



# GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

## Promoção da qualidade na prática clínica

Maria Otilia Brites Zangão  
Paula Cristina Vaqueirinho Bilro  
(Organizadoras)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022



# GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

Promoção da qualidade na prática clínica

Maria Otilia Brites Zangão  
Paula Cristina Vaqueirinho Bilro  
(Organizadoras)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras

Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade do Estado de Mato Grosso

Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria



Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Edevaldo de Castro Monteiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Renato Jaqueto Goes – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas



## Governança clínica: promoção da qualidade na prática clínica

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Yaidy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadoras:** Maria Otília Brites Zangão  
Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G721 Governança clínica: promoção da qualidade na prática clínica / Organizadoras Maria Otília Brites Zangão, Paula Cristina Vaqueirinho Bilro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0548-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.481221808>

1. Clínica médica. 2. Médico e paciente. 3. Saúde. I. Zangão, Maria Otília Brites (Organizadora). II. Bilro, Paula Cristina Vaqueirinho (Organizadora). III. Título.

CDD 610.696

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## PREFÁCIO

A obra “Governança Clínica: Promoção da qualidade na prática clínica”, tem como foco principal contribuir para o empoderamento dos profissionais de saúde, na tomada de decisões e na colaboração na Governança Clínica, mediante a apresentação de 6 capítulos que versam a temática sob várias perspetivas.

A obra abordará de forma categorizada pesquisas desenvolvidas por estudantes do Curso de Pós-graduação em Administração de Unidades de Saúde da Universidade de Évora, na Unidade Curricular – Governança Clínica.

A Governança Clínica surge nas unidades de saúde como um processo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, elevando assim os padrões de qualidades das instituições, criando ambientes favoráveis e de excelência para a prática clínica. Partindo dos Pilares da Governança clínica, serão abordados alguns aspetos que conduzem à reflexão e melhoria da prática das instituições de saúde.

A gestão do risco, assim como a segurança dos utentes, emergem como uns dos aspetos fundamentais a ter em consideração na cultura das organizações. O processo de identificação do doente é, assim, essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. No entanto, inúmeros fatores contribuem para a sua não conformidade, o que acarreta erros e eventos adversos, os quais podem ter graves consequências para todos os envolvidos. A colocação de uma pulseira ao doente é uma prática usual, que tem como finalidade contribuir para uma prática clínica segura, isenta de não conformidades a este respeito.

A gestão do conhecimento é essencial, para as organizações de vários setores da economia. Também no setor da saúde, esta questão tem ganhado cada vez mais interesse por parte dos investigadores e dos colaboradores das instituições de saúde, especialmente nas últimas décadas. Desta forma, tem se vindo a concluir que a gestão do conhecimento, deve ser integrada na estratégia organizacional, pois é um tema multidisciplinar e transversal a várias áreas que compõem as organizações de saúde.

A auditoria clínica configura-se como uma ferramenta de extrema importância para a garantia da qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes, do bem-estar dos profissionais que os prestam e também, da eficácia e sucesso das instituições encarregues desses mesmos cuidados de saúde.

A gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros) são vitais para o funcionamento de uma organização. Contudo, destaca-se a gestão de recursos humanos por se considerar aquela que é mais pertinente numa instituição de saúde, envolvendo maior dificuldade na sua execução e a mais pertinente numa instituição de saúde.

Nas últimas décadas, o conceito de “participação do paciente” tem sido proeminente



ao longo do ecossistema de cuidados de saúde, tornando-se algo estratégico a abordar para aumentar a adesão ao protocolo clínico e, como consequência, para melhorar os resultados traduzidos em ganhos em saúde.

Os profissionais de saúde são dos grupos mais expostos aos chamados fatores de risco psicossociais, dos quais os fenómenos de burnout são dos mais discutidos. Nesta perspetiva, os serviços de Saúde deverão proporcionar não só um ambiente saudável para os seus utentes, como proporcionar locais de trabalho saudáveis para os seus profissionais.

**Palavras-chave (DeCS):** Gestão do Risco; Segurança do Paciente; Gestão do Conhecimento; Auditoria Clínica; Gestão de Recursos; Gestão em Saúde; Recursos em Saúde; Satisfação dos profissionais de saúde; Participação do doente; Instituições de Saúde; Unidade de Saúde.

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO DOENTE: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Cláudia Sofia Orvalho Mendes Amaro dos Santos

Sílvia de Fátima Garraio Botelho

Dina do Carmo Paulo Drogas

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218081>

### **CAPÍTULO 2..... 18**


#### **GESTÃO DO CONHECIMENTO NO SETOR DA SAÚDE**

Ana Judite Santos

Sílvia Leandra Zambujo Caeiro

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218082>

### **CAPÍTULO 3..... 28**

#### **AUDITORIA CLÍNICA: REVISÃO DA LITERATURA**


Catarina Cangarato Paixão

Inês Isabel Guerreiro Pinheiro

Maria de Afonso Perdigão

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218083>

### **CAPÍTULO 4..... 42**

#### **GESTÃO DE RECURSOS EM SAÚDE**


Ana Isabel Martins da Silva de Oliveira Travassos

Elsa Maria Candeias Garção Pires

Zanilda Andrade Mendes

Maria Otilia Brites Zangão

Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218084>

### **CAPÍTULO 5..... 54**

#### **A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA CIRURGIA BARIÁTRICA**

André Filipe Rodrigues Pedro Ferreira

Carla Sofia Fadista Godinho Pereira

Maria Otilia Brites Zangão


Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218085>

**CAPÍTULO 6..... 64**

**GESTÃO DE RISCO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO**

Alice Isabel Rodrigues Galhardo  
Ana Margarida Borges Ramalho  
Ana Rita Teixeira Frade  
Cláudia Isabel Arocha Galego Castelo  
Pedro Moura  
Afonso Gouveia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4812218086>

**SOBRE AS ORGANIZADORAS..... 77**

## A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO DOENTE: UMA RÉVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/06/2022

### Cláudia Sofia Orvalho Mendes Amaro dos Santos

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Bloco Operatório  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-7873-5558>

### Sílvia de Fátima Garraio Botelho

ARS Alentejo - ACES Alentejo Central - USF Matriz  
Évora – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-1753-0908>

### Dina do Carmo Paulo Drogas

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Oftalmologia  
Évora – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-4459-9134>

### Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.  
Évora - Portugal.  
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

### Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

Centro de Saúde de Montemor – o – Novo, USF Alcoides.  
Montemor – o – Novo - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-4490-5680>

**RESUMO:** Introdução: O processo de identificação do doente é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. No entanto, inúmeros

fatores contribuem para a sua não conformidade, o que acarreta erros e eventos adversos, os quais podem ter graves consequências para todos os envolvidos. A colocação de uma pulseira ao doente é uma prática usual. Objetivo: Descrever a adoção da identificação inequívoca do doente na prestação de cuidados de saúde. Metodologia: Revisão narrativa da literatura, no período de 2017 a 2021, articulada com a nossa reflexão prática, enquanto profissionais de saúde numa instituição hospitalar. A pesquisa foi realizada na Plataforma EBSCOhost, com os descritores “patient safety” e “patient identification systems”. Resultados: Da pesquisa realizada selecionaram-se 7 estudos, os quais, na sua maioria, evidenciaram que o procedimento de identificação do doente através do uso de pulseira é executado com falhas, aumentando a probabilidade de ocorrência de incidentes. Conclusão: É essencial criar estratégias para sensibilizar os profissionais de saúde para a correta execução deste procedimento, de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

**PALAVRAS-CHAVE:** (DeCS): Gestão de Perigos; Gestão da Qualidade; Sistema de Identificação de Pacientes; Segurança do Paciente

### THE UNEQUIVOCAL IDENTIFICATION OF THE PATIENT: A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

**ABSTRACT:** Introduction: The process of identifying the patient is essential to ensure the safety and quality of care provided in health institutions. However, numerous factors contribute to its non-compliance, which causes errors and

adverse events, which can have serious consequences for all involved. Placing a bracelet on the patient is a usual practice. Objective: To describe the adoption of the unambiguous identification of the patient in the provision of healthcare. Methodology: Narrative review of the literature, in the period from 2017 to 2021, articulated with our practical reflection, as health professionals in a hospital institution. The research was carried out on the EBSCOhost Platform, with the descriptors “patient safety” and “patient identification systems”. Results: From the research conducted, 7 studies were selected, which, in most cases, showed that the procedure for identifying the patient using a wristband is performed with failures, increasing the probability of occurrence of incidents. Conclusion: It is essential to create strategies to sensitize health professionals to the correct implementation of this procedure, to ensure the quality and safety of the care provided.

**KEYWORDS:** (DeCS): Hazard Management; Quality Management; Patient Identification System; Patient Safety

## 1 | INTRODUÇÃO

A governação em saúde assume um papel preponderante na organização dos serviços e das unidades prestadoras de cuidados (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE [OPSS], 2009 *apud* FERNANDES, 2014) e diz respeito às ações e aos meios adotados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à proteção da saúde da sua população (DODGSON *et al.*, 2002 *apud* OPSS, 2006). Esta pode ser vista, por um lado, ao nível macro, isto é, a nível sistémico; e, por outro lado, ao nível micro, ou seja, ao nível das organizações que prestam cuidados de saúde, nomeadamente os centros de saúde e os hospitais. Nesta última perspetiva, o conceito de governação clínica assume grande importância (OPSS, 2006).

A governação clínica é um sistema que se baseia numa série de processos através dos quais as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados (FERNANDES, 2014), criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos (SANTOS e SÁ, 2010). Para que se verifique qualidade, as organizações devem prestar cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenham em conta os recursos disponíveis e consigam a adesão e a satisfação dos utentes (SATURNO *et al.*, 1990 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas dos utentes e o melhor desempenho possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A segurança constitui uma das principais dimensões da qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Trata-se de um aspeto central da prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes (RAMOS *et al.*, 2021).

Nos dias de hoje, e cada vez mais, a prestação de cuidados de saúde envolve, meios humanos e tecnológicos de grande complexidade o que acarreta riscos, incertezas e

insegurança. Estes múltiplos fatores podem originar eventos adversos e erros que podem causar lesões ou danos nos utentes (FRAGATA e MARTINS, 2004 *apud* FERNANDES, 2014), nos profissionais e no desempenho e credibilidade das instituições de saúde (RAMOS *et al.*, 2021). A ocorrência de incidentes pode acontecer em diversos momentos da prestação de cuidados, desde a administração de medicação à utilização de equipamentos médicos e até às falhas do sistema organizacional (AZEVEDO *et al.*, 2020).

A real valorização deste problema surgiu, no ano 2000, após a publicação do relatório americano “To Err is Human” que trouxe ao conhecimento público a existência de erro nos cuidados de saúde (RAMOS *et al.*, 2021) e “que por ano milhares de pessoas morreriam devido a erros nos cuidados prestados, na sua maioria preveníveis, com um enorme impacto em termos de qualidade de vida (...)” (SALES, 2021, p. 2). Além dos danos e consequências para os doentes, os eventos adversos envolvem significativos custos sociais e económicos que não podem ser ignorados (SANTOS, 2017).

Este reconhecimento deu ênfase à importância da segurança dos doentes, como um dos objetivos primordiais em saúde, transversal a todos os contextos de cuidados de saúde e uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 2004 criou a Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes, visando a definição a nível global de políticas, padrões de qualidade, normas e a identificação internacional de critérios de excelência (RAMOS *et al.*, 2021).

Em Portugal, “a segurança do doente foi considerada, através do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, como sendo um dos elementos primordiais da qualidade em saúde, evidenciando que todo o cidadão tem direito a receber cuidados de saúde de qualidade” (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE [DGS], 2013 *apud* COELHO e RESENDES, 2021, p. 15). Neste âmbito, foi desenhado e publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, o qual se constitui como uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), no que respeita à aplicação de boas práticas de segurança (COELHO e RESENDES, 2021). A experiência resultante da execução deste plano, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes na elaboração PNSD 2021-2026, que tem por “objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, (...), sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 97).

A OMS define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 *apud* MENDES e BARROSO, 2014, p. 198). Nesta ordem de ideias, pode afirmar-se que a gestão do risco constitui um importante instrumento para garantir a qualidade dos cuidados prestados (CAMPOS e CARNEIRO, 2010 *apud*

FERNANDES, 2014), minimizando os riscos associados à prática clínica, na perspectiva dos doentes, dos prestadores de cuidados e da organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Azevedo *et al.* (2020) de modo a existir uma melhoria contínua da qualidade, é necessário realizar uma gestão dos riscos existentes, identificando-os e avaliando-os para posteriormente implementar ações preventivas e avaliar as medidas implementadas. Desta forma, é prioritária a elaboração de programas de gestão de risco clínico e não clínico, a fim de se antecipar e prevenir os erros (FIRMINO-MACHADO *et al.*, 2017).

O risco clínico compreende os riscos associados aos processos de prestação de cuidados e à natureza dos serviços de saúde (e.g. infeção associada à prestação de cuidados, administração de medicamentos...) enquanto o risco não clínico integra os restantes riscos que não decorrem do processo de prestação de cuidados, nomeadamente, o risco de incêndio, acidentes com doentes, pessoal ou terceiros, entre outros (VAZ, 2009 *apud* BERNARDINO, 2017).

A gestão do risco clínico, pretende dar resposta às Políticas Internacionais de Segurança do Doente (SILVA, 2014), as quais incluem uma correta identificação do utente, melhorar a comunicação efetiva, assegurar uma cirurgia segura (local de intervenção, procedimentos e doente correto), melhorar a segurança na administração de medicação, reduzir o risco das infeções associadas aos cuidados de saúde, reduzir o risco de úlceras de pressão e de quedas em doentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2007).

De entre as várias metas e soluções internacionais para a segurança do doente apresentadas pela OMS na Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes, destaca-se a identificação inequívoca do doente (ALMEIDA, 2016), na medida em que se trata de uma das medidas de segurança mais simples (RAMOS, 2021) e que na maioria das vezes, na prática clínica, é subvalorizada, com “a justificação de que já conhecemos muito bem a pessoa que temos à nossa frente, que há excesso de trabalho, falta de recursos ou que a própria situação clínica não o permite” (SALES *et al.*, 2021, p. 209).

A identificação incorreta dos doentes é cada vez mais reconhecida como um problema generalizado nas instituições de saúde, constituindo um risco grave para a segurança dos doentes (NHS, 2021 *apud* SALES *et al.*, 2021). Desta forma, o processo de identificação inequívoca de doentes deve ser considerado “um passo fundamental e indispensável em todo o seu percurso nos cuidados de saúde, seja na admissão, antes da prestação de qualquer cuidado ou mesmo durante a passagem de informação” (SALES *et al.*, 2021, p. 210) e a responsabilidade da sua execução é transversal a todos os profissionais de saúde (VENTURA-SILVA *et al.*, 2020).

A identificação do doente é o processo de “adequar corretamente um doente às intervenções pretendidas e comunicar informações sobre a identidade do doente de forma

precisa e fiável ao longo de todo o continuum de cuidados” (ERCI, 2016 *apud* SALES *et al.*, 2021, p. 209). A correta identificação é um passo muito importante para a segurança do doente em todos os momentos do processo da prestação de cuidados de saúde (SALES *et al.*, 2021). Inúmeras evidências demonstram que a prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação do doente ou a correspondência do doente ao procedimento a que é submetido não sejam devidamente realizadas (SOUZA *et al.*, 2019 *apud* por VENTURA-SILVA *et al.*, 2020). O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou de emergência, potenciam esta situação, e conseqüentemente, a probabilidade de ocorrência de incidentes desta natureza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Da análise global deste tipo de incidentes, são vários os fatores contributivos para erros de identificação do doente, que podem ser agrupados em três dimensões (SALES *et al.*, 2021): (1) Sistema – inexistência de pulseiras de identificação, inexistência de um procedimento interno de identificação do doente, inexistência de norma que alerte para os riscos de juntar no mesmo quarto doentes com nome idêntico, fraca cultura de segurança e inexistência de um dispositivo eletrónico de identificação do doente, através da leitura de código de barras; (2) Profissional – não realização da identificação positiva do doente, falha na confirmação da correta identificação do doente, utilização de informação insuficiente para realização do procedimento, falhas de comunicação na equipa multidisciplinar e ausência da perceção dos riscos inerentes à não utilização de práticas seguras; (3) Doente – reduzida literacia em saúde, pouco envolvimento/educação dos doentes por parte dos profissionais/instituições, problemas cognitivos e sensoriais e pouca consciência sobre os riscos para a sua segurança.

Os erros de identificação estão documentados em vários estudos e relatórios internacionais e são a causa raiz de muitos problemas, com graves conseqüências para todos os envolvidos, nomeadamente, doentes, familiares, profissionais e instituições de saúde (REZENDE *et al.*, 2019 *apud* SALES *et al.*, 2021). O National Health Service, em 2010, evidenciou que, entre fevereiro de 2006 e janeiro de 2007, foram registados 24.382 relatórios de situações incompatíveis com os cuidados à pessoa (VENTURA-SILVA *et al.*, 2020). Contudo, a verdadeira dimensão deste problema, não é conhecida devido à inexistência ou à fraca cultura de notificação de eventos adversos (NEVES e MELGAÇO, 2011 *apud* ALMEIDA, 2016).

A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança evidenciam que as possíveis falhas associadas à identificação dos doentes podem resultar em erros de medicação, erros transfusionais, erros na colheita de espécimes para análise, erros em procedimentos cirúrgicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e em procedimentos invasivos, erros de diagnóstico (DGS, 2011).



Neste sentido, a identificação inequívoca do doente é indispensável a uma prática segura (SALES *et al.*, 2021), devendo, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, ser sempre confirmada a identidade dos doentes (DGS, 2011), através de dados fidedignos, como é o caso do nome completo, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo uma prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O número do quarto ou da cama de um doente internado não se considera um dado de identificação fidedigno (WHO, 2007; DGS, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Segundo SALES *et al.* (2021) a identificação positiva e o envolvimento do doente neste processo de identificação são essenciais, sendo que o profissional de saúde deve colocar perguntas diretas ao doente, para que este responda ao que se pretende confirmar (e.g. Qual o seu nome completo? Qual a sua data de nascimento?).

No primeiro contato do doente com o serviço de saúde devem ser recolhidos os seus dados identificativos pessoais, nomeadamente o nome completo, a data de nascimento, o número de utente do SNS, a morada e o contato telefónico. Esta recolha de dados iniciais deve ser efetuada com o suporte de um documento identificativo válido, que possua fotografia atual, de modo a confirmar os dados prestados pelo doente ou pelo seu familiar/representante. Após a recolha de dados identificativos, os mesmos devem ser cuidadosamente inseridos na base de dados da instituição pelo assistente técnico e confirmados pelos diferentes profissionais aquando do contato com o doente (SALES *et al.*, 2021).

Pode acontecer que, numa situação de emergência, o doente não se faça acompanhar do seu documento identificativo e que o seu estado não lhe permita prestar essas informações, pelo que, nestes casos, os serviços administrativos, deverão atribuir um número de episódio específico com a identificação do sexo do indivíduo ou desconhecido e a data e hora de admissão no serviço, para posterior identificação correta, sem prejuízo da informação clínica e cuidados entretanto prestados (SALES *et al.*, 2021).

A identificação do doente, de acordo com o PNSD 2015-2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), deve sempre ocorrer, antes de qualquer intervenção, seja referente ao diagnóstico, ao tratamento (e.g. realização de exames, administração de medicamentos...) ou à prestação de serviços de apoio (e.g. fornecimento de alimentos ao doente...). Além disto, deve-se assegurar a exata correspondência da intervenção a realizar com o doente certo. Desta forma, deve-se, também, verificar a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, de recipientes e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Assegurar a identificação inequívoca do doente, constitui o 5.º objetivo estratégico do PNSD 2015-2020, o que se alinha com a recomendação da OMS no ano de 2007, no sentido da exigência de serem adotadas estratégias nacionais que promovam a normalização de boas práticas nesta área (WHO, 2007).

Como princípio de boa prática, as instituições de saúde devem disponibilizar aos profissionais procedimentos escritos com a descrição dos passos necessários à implementação de uma correta identificação do doente, consciencializando-os para a importância desta medida e para a adoção de práticas seguras (SALES *et al.*, 2021). Para além da implementação, o Ministério da Saúde (2015) destaca, por um lado, a necessidade de auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente nos processos de passagem de turno, transferência ou altas dos doentes; e, por outro lado, as notificações dos incidentes que ocorram na instituição e que esta seja capaz de responder de forma rápida e estruturada por forma a evitar a sua repetição.

A OMS, como estratégias de boa prática nesta área, recomendou a utilização de sistemas com códigos de barras e de pulseiras de identificação de doentes e a realização de formação específica tanto aos profissionais de saúde como aos cidadãos em geral (WHO, 2007). Atualmente, nos hospitais é comum a emissão eletrónica ou o preenchimento manual de uma pulseira identificadora, que será colocada no doente, após confirmação com o mesmo dos dados nela constantes (SALES *et al.*, 2021), o que corrobora o estipulado na Orientação n.º 018/2011 emitida pela DGS (2011, p. 1), “a identificação dos doentes deve ser feita com pulseira, sempre que adequado”, sendo da responsabilidade dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados confirmar que os prestam à pessoa certa (DGS, 2011).

O uso da pulseira de identificação permite minimizar situações de risco em ambientes específicos e constitui um equipamento de segurança (DGS, 2011). Para HOFFMEISTER e MOURA (2015) *apud* ALMEIDA (2016), a pulseira de identificação configura-se como a principal ferramenta para a correta identificação do doente, por ser de fácil acesso e visualização, ajudando os profissionais de saúde na verificação dos dados inequívocos antes da prestação de qualquer cuidado, e incentivando a identificação positiva do doente. Trata-se de uma importante estratégia para evitar os erros em doentes com alteração do estado de consciência (FASSARELLA *et al.*, 2012 *apud* ALMEIDA, 2016), quer no momento da admissão no serviço de saúde, quer decorrente de agravamento do estado clínico do doente no decurso do internamento (SALES *et al.*, 2021).

Segundo SALES *et al.* (2021) a pulseira é colocada no doente para permitir aos profissionais de saúde confirmar os dados inscritos com a informação prestada pelo próprio doente e a informação existente nas prescrições médicas (e.g. terapêuticas, transfusões sanguíneas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica). “O objetivo é que, se os dados não coincidirem entre si, seja levantado um alerta de que algo não está correto. Esta ‘barreira’ de segurança permite identificar erros (...)” (SALES *et al.*, 2021, p. 214). Uma pulseira danificada deve ser substituída logo que possível e a mesma deverá ser retirada do doente, quando este tiver alta, imediatamente antes de abandonar a instituição de saúde (DGS, 2011).

Nas pulseiras de identificação devem ser colocados, em tinta de cor preta, os dados de identificação inequívoca dos doentes, nomeadamente o nome em maiúsculas, a data de nascimento no formato dia/mês/ano e o número único de processo clínico da instituição. Estas, de acordo com a DGS (2011), devem ser colocadas no pulso do braço dominante do doente e devem ser de cor branca, em material antialérgico, flexíveis e cómodas, sem arestas ou bordos cortantes, resistentes (à água, à tensão e ao calor) e de tamanho ajustável no pulso e com fecho de segurança não manipulável. Esta padronização das pulseiras de identificação, bem como a informação contida nas mesmas e os processos usados para a confirmação dos dados nos momentos críticos são fundamentais para se melhorar a segurança dos doentes (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009 *apud* VENTURA-SILVA *et al.*, 2020).

No que respeita à pessoa que executa a colocação da pulseira no utente verificam-se algumas discrepâncias, no entanto, o mais comum é ser o enfermeiro que irá proceder ao acolhimento do doente no serviço de saúde, efetuar a colocação da mesma, devendo explicar-lhe o motivo da sua colocação, as suas vantagens e assegurando a confirmação dos dados nela inscritos e o seu consentimento, na medida em que o doente pode recusar a colocação da pulseira, devendo, neste contexto, ser informado sobre os riscos da não colocação da mesma (SALES *et al.*, 2021).

A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a (1) doentes internados nos hospitais ou nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados, (2) doentes em Hospital de dia, (3) doentes submetidos à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (4) doentes submetidos a Cirurgia de ambulatório, e (5) doentes admitidos nos serviços de urgências (DGS, 2011). Pela especificidade de alguns contextos (doentes em internamento crónico psiquiátrico) e de algumas situações clínicas (a nível dermatológico), por vezes, a colocação da pulseira de identificação, como preconizado, não é adequada ou possível (SALES *et al.*, 2021). Nestes casos, “compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do doente através de medidas alternativas” (DGS, 2011, p. 2), nomeadamente a colocação da pulseira junto da unidade do doente (SALES *et al.*, 2021).

Em ambulatório, nas Consultas Externas dos hospitais ou nos cuidados de saúde primários, não há recurso à utilização de uma pulseira de identificação. No entanto, o reconhecimento positivo da identificação do doente antes da prestação de qualquer cuidado de saúde ou registo continua a ser obrigatório para todos os profissionais em todas as situações e contextos (SALES *et al.*, 2021). De acordo com o PNSD 2015-2020, quanto mais graves puderem vir a ser as consequências para o doente relativamente a uma identificação incorreta, mais normalizados devem ser os procedimentos internos a realizar.

Com efeito, o objetivo é descrever a adoção da identificação inequívoca do doente na prestação de cuidados de saúde, na medida em que se trata de uma prática simples,

segura e essencial para evitar ou reduzir a ocorrência de erros e eventos adversos, melhorando a qualidade, e conseqüentemente, a segurança dos cuidados prestados aos doentes.

## 2 | MÉTODOS

Foi elaborada uma revisão narrativa da literatura articulada com a nossa reflexão prática, enquanto profissionais de saúde numa instituição hospitalar do SNS.

A recolha de dados realizada em dezembro de 2021, pretendeu responder à questão de investigação, elaborada segundo o acrónimo, PICO: “Será que as instituições de saúde adotam corretamente a identificação inequívoca do doente, na prestação de cuidados de saúde?”

A pesquisa eletrónica de publicações científicas indexadas, foi realizada na Plataforma EBSCOhost, bases de dados CINAHL® Complete, MEDLINE® Complete e MedicLatina, utilizando os descritores validados em DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) “Segurança do paciente”, “Sistema de Identificação de pacientes” com a respetiva correspondência no idioma Inglês (“patient safety”, “patient identification systems”) e interligados através do operador booleano “and”.

A pesquisa procurou identificar documentos produzidos nos últimos cinco anos (de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021). Para além da data de publicação foram considerados como critérios de inclusão: o idioma (Português, Inglês e Espanhol), o tipo de publicação (“Revistas Académicas”) e a disponibilidade (“Texto Completo”).

Obtiveram-se 36 artigos, dos quais, 29 foram excluídos (2 por duplicação e 27 que, após leitura do título e do resumo, se constatou que não tinham implementado na instituição de saúde a colocação da pulseira de identificação, como procedimento que assegura a identificação inequívoca do doente). Neste sentido, a amostra final desta revisão narrativa da literatura é constituída por 7 estudos, que foram selecionados segundo as normas PRISMA (Figura 1).

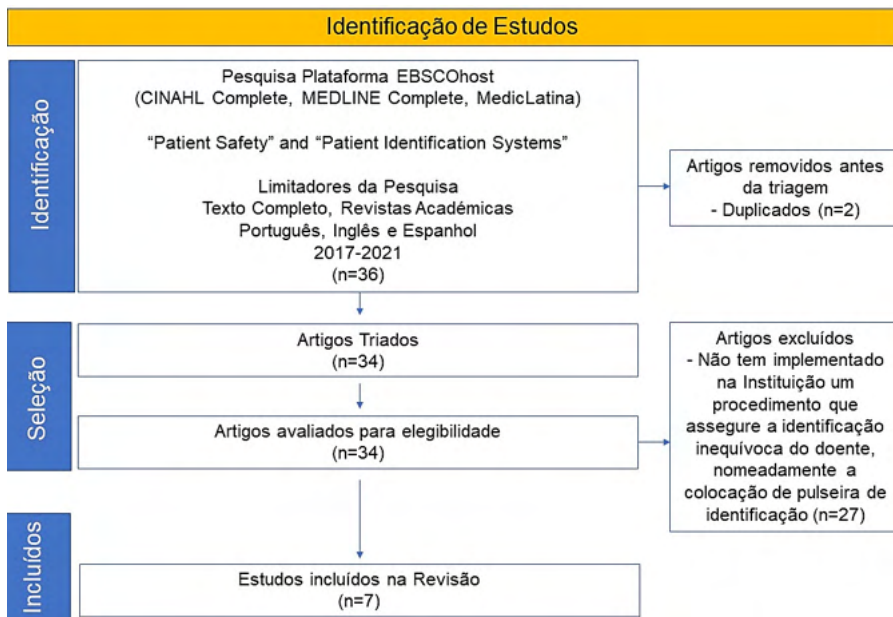


Figura 1. Diagrama de Fluxo PRISMA

### 3 | RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de seleção dos artigos, obtivemos 7 artigos. A análise e extração de dados foi realizada por dois elementos de forma independente, sendo que um terceiro elemento foi incluído sempre que existiram desacordos entre os dois elementos. Os dados extraídos, estão apresentados na Tabela 1.

Ano	Autores	Título	Objetivo	Método
2021	D'ACUNTO, J., et al.	Detección de Fallas en las Pulseras Identificadoras de Pacientes Internados.	Analisar a percentagem de doentes internados num Hospital da Argentina a quem foi adiada a colheita de sangue para fins analíticos por estarem incorretamente identificados.	Estudo Retrospectivo, com revisão de dados de internamentos do ano de 2019.
2020	GL, M., et al.	Colocación de pulseras identificativas y de grupo sanguíneo en quirófano de ortopedia.	Determinar se é correta a identificação através de pulseiras identificativas e de grupo sanguíneo em doentes submetidos a cirurgia ortopédica no Hospital de Burgos (Espanha).	Estudo descritivo transversal, realizado por observação direta, numa Sala de Cirurgia Ortopédica.
2020	SILVA, R., et al.	Evaluación de la conformidad de utilización de un protocolo para la identificación de pacientes.	Avaliar a conformidade de utilização de protocolo de identificação de doentes num hospital de doenças infecciocontagiosas (internamentos) no Nordeste do Brasil.	Pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva, com colheita prospetiva dos dados, realizada entre outubro de 2017 e abril de 2018.
2019	SILVA, R., et al.	Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals.	Analisar o uso de pulseiras de identificação em recém-nascidos internados numa maternidade pública da cidade de Teresina - Brasil com relação à segurança do paciente.	Estudo descritivo. Os dados foram recolhidos por meio da observação e da realização de entrevistas entre Março e Agosto de 2017.
2019	TRINDADE, T., et al.	Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: uso de pulseiras de identificação.	Avaliar o uso da pulseira de identificação em doentes internados em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital geral de grande porte, público e terciário do município de Salvador (Brasil).	Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado em três Unidades de Terapia Intensiva (Cirúrgica, Emergência e Geral) entre setembro de 2017 e janeiro de 2018.
2018	ASSIS, T., et al.	Adherence to the correct identification of the patient by hospital wristband.	Avaliar a adesão à identificação do doente por pulseira pela equipe de saúde e pelos doentes numa Unidade Intensiva de Cardiologia num hospital do Rio de Janeiro (Brasil).	Estudo quantitativo, descritivo e documental.
2017	LEMOS, C. e CUNHA, K.	The use of patient identification in a Hospital Unit.	Indicar as formas de identificação dos doentes (pulseiras) utilizadas no período de internamento numa Enfermaria de um hospital do Rio de Janeiro (Brasil), e como é garantida a sua manutenção.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

Tabela 1 – Descrição dos Artigos selecionados para análise

## 4 | DISCUSSÃO

Atualmente, como referido anteriormente, nos hospitais é comum a colocação de uma pulseira identificadora no doente (SALES *et al.*, 2021). Trata-se de uma estratégia da identificação inequívoca do doente, a qual integra as recomendações emanadas a nível mundial pela OMS e a nível nacional pela DGS (WHO, 2007; DGS, 2011).

Segundo a DGS, “nos serviços prestadores de cuidados de saúde (...) a identificação dos doentes deve ser feita com pulseira, sempre que adequado” (DGS, 2011, p. 1). É neste sentido, que a instituição hospitalar onde exercemos funções, tem implementado o procedimento de identificação dos doentes, com recurso ao uso da pulseira, no Serviço de Urgência (Geral e Pediátrica) e nos Serviços de Internamento.

No Serviço de Urgência, aquando da realização da Triagem de Manchester, o enfermeiro afeto ao posto de triagem coloca a pulseira identificativa no doente, a qual contém os seus dados pessoais (previamente confirmados no serviço administrativo). Esta pulseira, difere da que é colocada nos Serviços de Internamento, uma vez que é colorida atendendo à prioridade atribuída pelo sistema de triagem.

Caso, o doente necessite de internamento, aquando da admissão no respetivo serviço, a pulseira será substituída por uma de cor branca, que contém o nome do doente em letras maiúsculas, a data de nascimento e o número do seu processo hospitalar. Esta

substituição será da responsabilidade do assistente técnico no horário de funcionamento do trabalho administrativo no serviço e, na sua ausência, será da responsabilidade do enfermeiro. Procedimento idêntico é adotado nos doentes a admitir provenientes do domicílio ou do Serviço de Consultas Externa. As pulseiras de identificação, habitualmente, são colocadas no braço dominante do doente e obedecem às características preconizadas pela Orientação n.º 018/2011 emitida pela DGS.

Esta foi, também, a estratégia implementada nas instituições de saúde, onde foram realizados os 7 estudos que compõem a amostra desta revisão narrativa da literatura (Quadro 1). O uso da pulseira de identificação é apontado, por vários autores, como um método eficiente de identificação do doente e o mais recomendado pela sua simplicidade e aceitação por parte do mesmo (SILVA et al., 2020).

Nos estudos em análise, constatou-se que as características da pulseira são semelhantes às preconizadas no nosso país, nomeadamente a cor (branca), o material constituinte, os dados constantes, entre outros.

Dos 7 estudos que constituem a amostra do presente paper, 2 apenas analisaram a presença de pulseira de identificação. No estudo de D'Acunto *et al.* (2021) verificou-se que 9,8% dos doentes que foram submetidos à recolha de sangue para fins analíticos não possuíam a pulseira de identificação, sendo este valor bastante mais elevado do que o aceite na bibliografia conceituada sobre a temática, que ronda os 0,2%-0,3%. No outro estudo, realizado na sala de cirurgia ortopédica, verificou-se que todos os doentes estavam a usar a pulseira (100%), no entanto, no decurso da cirurgia, por colocação incorreta houve necessidade de a retirar a 27% dos doentes, sendo que os mesmos permaneceram quase uma hora sem que estivessem com a pulseira colocada (GIL *et al.*, 2020).

Ao nível do Bloco Operatório, da nossa prática diária, verifica-se que todos os doentes submetidos a intervenção cirúrgica, se encontram identificados com a pulseira, e que a identificação positiva com envolvimento do doente faz parte do procedimento realizado. Neste serviço está, também, implementado a “Cirurgia Segura”.

Nos restantes estudos em análise, para além de se avaliar a presença da pulseira de identificação no doente, foram analisados os outros aspetos com relação ao protocolo instituído, nomeadamente os dados constantes na pulseira, as características da pulseira e as condições referentes ao seu uso.

No estudo de Silva *et al.* (2020) observou-se que 94% dos doentes internados apresentavam a pulseira de identificação, no entanto, o cumprimento do protocolo relativamente à avaliação das condições de uso da pulseira (e.g. isenta de rasgos...) obteve uma percentagem de conformidade mais baixa (82%). Em relação a este aspeto, num outro estudo analisado (LE MOS e CUNHA, 2017), verificou-se que apenas 5,55% dos profissionais de enfermagem realizavam a manutenção da pulseira (substituindo-a

em caso de necessidade), o que corrobora com o observado na nossa prática diária, na instituição hospitalar onde exercemos funções, uma vez que não é dada a devida atenção a este aspeto. Este estudo evidenciou que 76,6% dos doentes estavam identificados com pulseira, havendo, porém, recurso à utilização de dados não fidedignos na identificação do doente (LEMOS e CUNHA, 2017). De acordo com Trindade *et al.* (2019) a falta de exatidão dos dados contidos nas pulseiras pode vir a causar confusão e aumentar o risco da ocorrência de eventos adversos.

O estudo de Trindade *et al.* (2019) realizado numa Unidade de Terapia Intensiva evidenciou que 41% dos doentes não apresentavam a pulseira de identificação. A percentagem de recém-nascidos que não estavam identificados com pulseira, num estudo realizado numa maternidade pública, foi de 15,4%. Este estudo destaca que, 80,9% dos profissionais de saúde, não realizaram a verificação da pulseira de identificação antes da prestação de cuidados ao recém-nascido (SILVA *et al.*, 2019). A presença da pulseira não dispensa a confirmação verbal e, segundo Kelly *et al.* (2011), *apud* Trindade *et al.* (2019), é necessária a verificação da pulseira, quanto à presença e exatidão dos dados.

Ainda em relação à verificação dos dados contidos na pulseira antes da realização do procedimento, uma percentagem igualmente elevada de profissionais que não realizavam esta verificação (61%) foi encontrada no estudo realizado por Assis *et al.* (2018). Tanto no estudo anteriormente referido, como neste, foi avaliado se os pais dos recém-nascidos e os doentes tinham sido informados sobre o intuito e vantagens da colocação da pulseira, sendo que à maioria, 65% e 90%, respetivamente, não lhe tinha sido transmitida qualquer informação sobre este assunto. O envolvimento do doente neste processo é essencial (SALES *et al.*, 2021). Para GIL *et al.* (2020) os doentes devem ser treinados sobre a importância e relevância de sua correta identificação, envolvendo-os no processo, bem como seus familiares.

No estudo de Assis *et al.* (2018) constatou-se que 100% dos doentes internados na Unidade Intensiva de Cardiologia tinham a pulseira de identificação, no entanto, 26% apresentavam não conformidades na pulseira.

Com exceção de dois estudos, em todos os outros foi verificado um índice elevado de doentes que não estavam identificados com a pulseira de identificação, ou seja, o protocolo de identificação inequívoca do doente, nas instituições onde se desenvolveram os estudos, é praticado com falhas. Tal facto, revela fragilidades do processo, o que pode acarretar a ocorrência de incidentes.

A incorreta identificação do doente é um problema reconhecido mundialmente e uma fonte de erros na prestação de cuidados de saúde, com consequências desastrosas para o doente, profissionais de saúde e instituições de saúde (TASE *et al.*, 2018). Nesta perspetiva, a identificação inequívoca do doente deve ser uma das ações de absoluta prioridade nas instituições de saúde, porém, é algo que, nos dias de hoje, é ainda, desafiador (SILVA *et*



al., 2020), na medida em que esta prática de execução simples (RAMOS, 2021), por vezes, é subvalorizada (SALES et al., 2021).

Desta forma, é imprescindível, que as instituições de saúde desenvolvam e executem programas e protocolos focados na responsabilidade dos profissionais de saúde para a correta identificação dos doentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Tais programas e protocolos devem enfatizar que “em todos os contatos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação” (DGS, 2011, p. 1).

A principal ferramenta para a identificação inequívoca do doente (HOFFMEISTER e MOURA, 2015 apud ALMEIDA, 2016), é o uso de pulseiras de identificação, as quais permitem uma redução de aproximadamente 50% dos erros associados à identificação incorreta dos doentes (MARTINEZ-OCHOA et al., 2010 apud GIL et al., 2020). Apesar disto, verificou-se, nesta análise narrativa da literatura, que os procedimentos não se encontram devidamente implementados, sendo que urge investir nesta área.

## 5 | CONCLUSÃO

O presente artigo constitui-se como uma mais-valia para um melhor desempenho da nossa atividade profissional, de forma a proporcionar aos doentes uma identificação inequívoca, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a segurança.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **A Identificação inequívoca do doente em contexto hospitalar**. 2016. 138 p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde) - Instituto Politécnico de Lisboa, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/7189>. Acesso em: 08 dez. 2021.

ASSIS, T.; ALMEIDA, L.; ASSAD, L.; ROCHA, R.; FASSARELLA, C.; AGUIAR, B. **Adherence to the Correct Identification of the Patient by Hospital Wristband**. Journal of Nursing UFPE Online, Recife, v. 12, n. 10, p. 2621-2627, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a23477p2621-2627-2018>. Acesso em: 08 dez. 2021.

AZEVEDO, L.; SOUSA, A.; COELHO, S. **A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - Revisão integrativa**. Cadernos de Saúde, Lisboa, v. 12, n. 1, p. 2-22, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BERNARDINO, M. **Gestão em Saúde – Organização Interna dos Serviços**. 1. ed. Coimbra: Almedina, 2017. 248 p.

COELHO, A.; RESENDES, A. Segurança do doente no contexto da prestação de cuidados de saúde. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 11-18.

D'ACUNTO, J.; KHOURY, M.; PARODI, G.; ESTRADA, G. **Detección de Fallas en las Pulseras Identificadoras de Pacientes Internados**. Revista Medicina, Buenos Aires, v. 81, n. 4, p. 597-601, 2021. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=152778797&lan=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 10 dez. 2021.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Orientação n.º 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde**, Lisboa, p. 1-3, 2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>. Acesso em: 02 dez. 2021.

FERNANDES, A. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde**, Lisboa, p.1-22, 2014. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014\\_7\\_governacao.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_7_governacao.pdf). Acesso em: 02 dez. 2021.

FIRMINO-MACHADO, J.; MAGALHÃES, I.; RODRIGUES, J.; RAMOS, V.; BAPTISTA, S.; VILAS-BOAS, B. **Governação de Saúde e Gestão de Proximidade: A Necessidade de Autonomia de Gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde**. Acta Med Port, Lisboa, v. 30, n. 6, p. 431-433, 2017. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/8274/5070>. Acesso em: 05 dez. 2021.

GIL, M.; CAMPO, M.; LUIS, M.; DIEZ, F.; MARTÍNEZ, M. (2020). **Colocación de pulseras identificativas y de grupo sanguíneo en quirófano de ortopedia**. Metas de Enfermería, Madrid, v. 23, n. 3, p. 50-56, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.23.1003081568>. Acesso em: 02 dez. 2021.

LEMOS, C.; CUNHA, K. **The Use of Patient Identification in a Hospital Unit**. Journal of Nursing UFPE On-Line, Recife, v. 11, n. 1, 130–139, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201716>. Acesso em: 02 dez. 2021.

LOURENÇO, I. **O contributo da auditoria interna para a governação clínica e de saúde numa Unidade de Saúde Familiar**. 2018. 209 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) - Universidade do Algarve - Faculdade de Economia, 2018. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/15004/1/PIS%20definitivo.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

MENDES, C.; BARROSO, F. **Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 197-205, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Organização Interna e Governação do Hospitais**. Lisboa, p. 1-48, 2010. Disponível em: <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para a Saúde – Eixo Estratégico: Qualidade em Saúde**. Lisboa, p. 1-11, 2011. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024\\_-\\_Qualidade\\_em\\_Sau%CC%81de\\_2013-01-17.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17.pdf). Acesso em: 05 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho n.º 1400-A/2015**. Diário da República, 2.ª série - n.º 28 - 10 de fevereiro de 2015. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho n.º 9390/2021**. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 24 de setembro de 2021. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/4672700/despacho-9390-2021-de-24-de-setembro>. Acesso em: 05 dez. 2021.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Relatório de Primavera 2006 – Um ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2006, 217 p. Disponível em: <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>. Acesso em: 05 dez. 2021.

RAMOS, S., SALES, L., & BARROSO, F. Segurança do doente no século XXI. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 2.

RAMOS, S. Desafios para a segurança do doente. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 208.

SALES, L. Segurança do doente: Princípios e Conceitos. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 3-10.

SALES, L., BARROSO, F., & RAMOS, S. Identificação Inequivoca do doente. In BARROSO, F.; SALES, L.; RAMOS, S. **Guia prático para a segurança do doente**. Lisboa: Lidel, 2021. p. 209-216).

SANTOS, J. **O Enfermeiro como promotor da qualidade e segurança nos cuidados – Gestão do erro**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) - Politécnico de Leiria, 2017. 102 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/3068>. Acesso em: 05 dez. 2021.

SANTOS, I.; SÁ, E. **Estratégias de Governação Clínica**. Rev Port Clin Geral, Lisboa, v. 26, n. 10, p. 606-612, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmsgf.v26i6.10803>. Acesso em: 05 dez. 2021.

SILVA, A. **Gestão de Risco Clínico na Segurança do doente – Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Universidade Católica Portuguesa, 2014. 112 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/16383>. Acesso em: 02 dez. 2021.

SILVA, R.; ROCHA, S.; GOUVEIA, M.; DANTAS, A.; SANTOS, J.; CARVALHO, N. **Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals**. Anna Nery School Journal of Nursing, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0222>. Acesso em: 02 dez. 2021.

SILVA, R.; SANTOS, R.; MENEZES, H.; COSTA, T.; OLIVEIRA, L.; FERNANDES, S.; LIMA, F. **Evaluación de la conformidad de utilización de un protocolo para la identificación de pacientes**. Revista Cubana de Enfermería, Cuba, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=145537200&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 02 dez. 2021.

TASE, T.; QUADRADO, E.; TRONCHIN, D. **Avaliação do risco de erro na identificação de mulheres numa maternidade pública.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 1, p. 131-137, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0134>. Acesso em: 02 dez. 2021.

TRINDADE, T.; PICANÇO, C.; VIEIRA, S.; BATALHA, E. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: uso de pulseiras de identificação.** Enfermagem Brasil, Petrolina, v. 2019, n. 2, p. 225-233, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2309>. Acesso em: 05 dez. 2021.

VENTURA-SILVA, J.; CASTRO, S.; SOUSA, S.; ESTEVES, N.; MONTEIRO, M.; RIBEIRO, O. **Identificação do paciente como estratégia de segurança.** Journal of Nursing UFPE On-Line, Recife, v. 14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245056>. Acesso em: 05 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Identification** – Volume 1, Solution 2. 2007. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 dez. 2021.

## GESTÃO DO CONHECIMENTO NO SETOR DA SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2022

### Ana Judite Santos

Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo  
Central  
Évora – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-4642-4971>

### Sílvia Leandra Zambujo Caeiro

Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo  
Central  
Évora – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-7914-1647>

### Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre  
(CHRC)  
Universidade de Évora  
Escola Superior de Enfermagem São João de  
Deus  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

### Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

Centro de Saúde de Montemor – o – Novo,  
USF Alcaldes  
Montemor – o – Novo – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-4490-5680>

**RESUMO:** Introdução: A gestão do conhecimento é essencial, para as organizações de vários setores da economia, como é o caso do setor da saúde. É um tema que tem despertado muito interesse, nas últimas décadas. Deve ser integrada na estratégia organizacional, pois é um tema multidisciplinar e transversal a várias áreas. Objetivo: Analisar a importância da gestão do conhecimento no setor da saúde. Métodos: Revisão bibliográfica, na

plataforma “Google Scholar”, com as palavras-chave “Gestão do Conhecimento” e “Instituições de Saúde”. Resultados: A gestão do conhecimento faz parte da estratégia das instituições e dos profissionais. Conclusão: Constatou-se que, há uma perceção crescente na importância da gestão do conhecimento, o que leva a que, instituições e profissionais apostem cada vez mais na partilha de conhecimento e na aposta em formação específica.

**PALAVRAS-CHAVE (DeCS):** Gestão do Conhecimento; Instituições de Saúde; Conhecimento.

### KNOWLEDGE MANAGEMENT IN THE HEALTH SECTOR

**ABSTRACT:** Introduction: Knowledge management is essential for organizations in various sectors of the economy, such as the health sector. It is a theme that has aroused much interest in recent decades. It should be integrated into the organizational strategy, since it is a multidisciplinary and transversal theme to several areas. Objective: To analyze the importance of knowledge management in the health sector. Methods: Literature review, on the “Google Scholar” platform, with the keywords “Knowledge Management” and “Healthcare Institutions”. Results: Knowledge management is part of the strategy of institutions and professionals. Conclusion: There is a growing perception of the importance of knowledge management, which leads institutions and professionals to increasingly invest in knowledge sharing and in specific training. **KEYWORDS (DeCS):** Knowledge Management; Facility, Health; Knowledge

## 1 | INTRODUÇÃO

A Gestão do Conhecimento conheceu maior relevância na última década, onde tem sido vista como um recurso essencial numa organização. A gestão do conhecimento abrange a forma de gerar, armazenar, distribuir e utilizar o conhecimento. No caso das instituições de saúde, o conhecimento é muito vasto e diversificado, sendo um dos recursos mais importantes de uma instituição de saúde. É importante que haja uma gestão organizada desse conhecimento, para que possa ser utilizado de forma rápida e assertiva pelos profissionais, nas tomadas de decisões. A relação da Gestão do Conhecimento com o desempenho organizacional leva à criação de uma competitividade sustentável (CRUZ e FERREIRA, 2016).

A Gestão do Conhecimento é complexa, pois envolve uma grande quantidade de dados, o que leva a que seja necessário recorrer às tecnologias de informação, como forma de organização dos mesmos. Além do conhecimento explícito, ou seja, o que está escrito e documentado, existe ainda o conhecimento tácito ou implícito, que é aquele que é adquirido com a experiência pessoal ao longo dos anos de prática profissional. Este conhecimento é tão importante como o explícito, e não pode ser nem esquecido nem desvalorizado, devendo sempre entrar nas formas de Gestão do Conhecimento da instituição.

A troca de experiências entre os profissionais é um importante meio de aprendizagem entre os mesmos. Segundo a literatura, a existência de programas de Gestão do Conhecimento nas organizações, leva à diminuição de custos, à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a tomadas de decisões mais assertivas e conseqüentemente, a uma diminuição dos erros clínicos.

A Gestão do Conhecimento abrange áreas como a tecnologia da informação e processos organizacionais, para promover aos membros da organização, as informações necessárias para estes tomarem decisões corretas (HUNG et al, 2005; PINHO et al, 2012).

Como objetivo para esta revisão definimos, analisar a importância da gestão do conhecimento no setor da saúde, nomeadamente num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Portugal.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Com base na referência de CRUZ e FERREIRA (2016), citando ROSSETTI “a mera existência de conhecimento na empresa é de pouco valor, se ele não estiver acessível e não for utilizado como um dos seus recursos mais importantes”. Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica na plataforma “Google Scholar”, com as palavras-chave “Gestão do Conhecimento” e “Instituições de Saúde”. Foram selecionados artigos com datas superiores a 2015 e, após leitura dos resumos, foram escolhidos os que aparentavam relevância para revisão proposta acerca da Gestão do Conhecimento. Após a revisão da bibliografia e

efetuada uma pesquisa na documentação disponível no Agrupamento de Centro de Saúde estudado, procedemos à verificação, se existem e se estão implementadas estratégias de governação da instituição, através do conceito de Gestão do Conhecimento, de modo a alcançar o objetivo desde trabalho.

### 3 | CONHECIMENTO

O conhecimento tem um papel importante na qualidade da assistência que é prestada na saúde. Cada vez mais as instituições de saúde consideram o conhecimento, como um dos recursos mais importantes que contribuem para o seu desenvolvimento, sendo este um dos recursos nos planos organizacionais (ROCHA et al, 2012).

Na figura 1, pudemos observar as quatro bases do conhecimento, que apresentamos:

- **Dado:** é um registo de atividades ou operações importantes, que ainda estão em bruto e que precisam ser trabalhadas.
- **Informação:** são os dados já trabalhados, e transformados numa mensagem, que alguém transmite a outro. É provavelmente o passo mais importante, dentro da instituição. São dados interpretados, relevantes e capazes de gerar conhecimento.
- **Conhecimento:** é a reunião de todas as informações, que vão gerar um conteúdo relevante. Não é algo simples de se processar, pois está em constante mudança e, por isso, exige sistemas para controlá-lo.
- **Sabedoria:** é saber como utilizar o conhecimento adquirido.



Figura 1: Estágios e evolução da dimensão conhecimento.

Fonte: MAGNIER-WATANABLA E SENOO (2008), citado por GONZALEZ E MARTINS (2017).

Segundo POLANYI (1967), NONAKA e TAKEUCHI (1997), MONTANI e BELLAZZI (2002), MENDES (2003) e ROCHA *et al* (2012), o conhecimento pode ser dividido em:

- **Conhecimento tácito**, é o conhecimento que deriva da experiência prática ou pessoal. Esse tipo de conhecimento empírico, intuitivo, pode não ser compartilhado com todo o grupo, uma vez que pode ser observado em pequenas ações do dia-a-dia dos profissionais, mas não é “palpável”. É um conhecimento difícil de formular, de documentar. Este conhecimento centra-se nas pessoas da instituição, logo, não é imitável.
- **Conhecimento explícito**, é conhecimento que foi documentado e que está acessível para consulta. Dada a sua natureza simples, o conhecimento explícito é muito mais fácil de armazenar e recuperar, num sistema de gestão de conhecimento. O desafio, é garantir que este conhecimento seja revisto com regularidade, para que se encontre sempre atualizado. Este conhecimento é suscetível de ser imitado por outras instituições (NELSON E WINTER, 1982). Caracteriza-se por apresentar aspeto confiável, formal, sistemático, de fácil e rápida disseminação e que conecta pessoas (ROCHA *et al*, 2012).

A interação entre o conhecimento tácito e explícito, também pode ser observada na “espiral do conhecimento” proposta por NONAKA E TAKEUCHI (1997), citados por ROCHA *et al* (2015), que propõe a constante conversão do conhecimento tácito até ao explícito, como se pode observar na figura 2.



Figura 2: A “espiral do conhecimento” de NONAKA e TAKEUCHI  
Fonte: NONAKA e TAKEUCHI (1997), citado por ROCHA *et al* (2015).

Segundo TSOUKAS (1996), os dois tipos de conhecimento, são inseparáveis e complementares. Argumenta que o conhecimento tácito está presente em ambos os conhecimentos, pelo que, os dois não devem ser analisados de forma isolada. Assim, não



sendo o conhecimento estático, mas sim em constante crescimento, cabe às organizações desenvolver processos de gestão desse conhecimento, para que o mesmo esteja sempre atualizado e acessível a todos os seus colaboradores.

## 4 | GESTÃO DO CONHECIMENTO

A Gestão do Conhecimento pode ser definida, como um ciclo constante de lidar com o conhecimento, dentro de uma organização, desde a criação à aplicação, para que as informações corretas possam ser encontradas por todos, no momento certo. Esse ciclo consiste em capturar, criar, distribuir, armazenar, partilhar e utilizar a informação (CRUZ e FERREIRA, 2016).

De modo objetivo, a Gestão do Conhecimento, implica transformar o conhecimento tácito ou implícito em conhecimento explícito. ROCHA *et al* (2012) defende que com os sistemas de informação, nas instituições de saúde deve existir capacidade para armazenamento de conhecimento tácito que mais tarde, deverá ser convertido em conhecimento explícito. Assim, a compreensão dos dois diferentes tipos de conhecimento é fundamental para definir ações de gestão, dentro das instituições de saúde. Quando realizada da maneira adequada, a Gestão do Conhecimento pode promover a inovação e levar a organização a obter vantagem competitiva sustentável (TSOUKAS,1996).

Já SERVIN e DE BRUN (2005) destacam que os processos e as tecnologias são importantes, porque agregam valor à organização, através da redução de custos, tempo e esforços das pessoas, facilitando que estas compartilhem conhecimento e informações necessárias, para atingirem os objetivos de Gestão do Conhecimento. Os autores afirmam, no entanto, que o investimento em tecnologia, ainda que de excelente qualidade, não agregará valor para a organização se sobrecarregar as pessoas de informação, se for desajustado às necessidades organizacionais, se for entendido pelos profissionais como gerador de tarefas adicionais e não facilitadoras das atividades de rotina e se estiver em desacordo com os modos de trabalhar das pessoas (SERVIN e DE BRUN,2005).

Por seu lado, NAIR e PRAKASH (2009) consideram que, a Gestão do Conhecimento, estuda também a liderança, além das pessoas, dos processos e das tecnologias. Para ROCHA *et al* (2012) e GONZALEZ E MARTINS (2017), o processo de Gestão do Conhecimento abrange toda a forma de gerar, armazenar, distribuir e utilizar o conhecimento, conforme ilustrado na figura 3. Este processo envolve o tratamento de grandes volumes de dados, tornando necessária a utilização de tecnologias de informação (...) possibilita aos profissionais alcançarem respostas rápidas e assertivas vinculadas às decisões que necessitam de tomar.

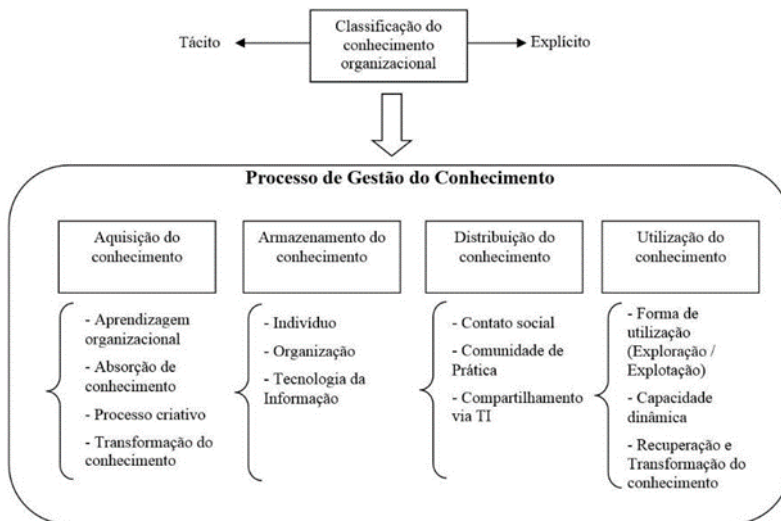


Figura 3: Modelo para Gestão do Conhecimento.

Fonte: KAKABADSE et al (2003), citado por GONZALEZ e MARTINS (2017).

Para DALKIR (2013), a Gestão do Conhecimento, é a coordenação intencional e sistemática do conhecimento das pessoas de uma organização, da tecnologia, dos processos e estrutura organizacional, a fim de agregar valor, através da reutilização e inovação do conhecimento gerido. Esta definição permite uma visão multidisciplinar da Gestão do Conhecimento, como abordagem de gestão organizacional.

Através das ideias destes autores, podemos perceber que, todos defendem a multidisciplinariedade da Gestão do Conhecimento. Não é só um fator, mas sim uma junção de vários fatores, que contribuem para a Gestão do Conhecimento organizacional. BHATT (2001) afirma que, a cultura e a história organizacional, são a sinergia entre os elementos, as pessoas, os processos e as tecnologias, e por esta razão, as estratégias de Gestão do Conhecimento, não podem ser facilmente replicadas por outras organizações. SERVIN e DE BRUN (2005), também, consideram que os resultados de Gestão do Conhecimento são dependentes da cultura organizacional e comportamental.

Para DALKIR (2013), uma das poucas áreas de consenso nos estudos de Gestão do Conhecimento, com outros autores, é a sua multidisciplinaridade. A autora considera que a Gestão do Conhecimento incorpora o conhecimento da ciência organizacional, da ciência cognitiva, da educação e formação, da antropologia e sociologia, das tecnologias da informação, das tecnologias colaborativas, da linguística e linguística computacional, da informação e biblioteconomia, da comunicação e “storytelling”, da escrita técnica e linguística. CAFEZEIRO *et al* (2016) destacam, o papel da interdisciplinaridade, sinalizando a impossibilidade dos “saberes ditos exatos” ou dos “saberes ditos humanos”, resolverem

“por si só”, os desafios experimentados pela ciência e tecnologia contemporâneas.

## 5 | GESTÃO DO CONHECIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em Portugal, com as reformas dos sistemas de saúde dos últimos anos, foram implementados novos modelos de gestão que visam melhorar a eficiência e a eficácia, dos cuidados de saúde, e que já valorizam a Gestão do Conhecimento por reconhecerem a sua importância. Segundo EL MORR *et al* (2010), a Gestão do Conhecimento, começou a ser tema nos anos 80, com o crescimento das tecnologias de informação, o que levou ao desenvolvimento de ferramentas eficientes, para o tratamento de dados armazenados e softwares mais colaborativos. É uma disciplina que incorpora diferentes conceitos complementares, a saber, gestão da tecnologia de informação, filosofia, ciências cognitivas e organizacionais, que tem especial expressão no contexto da saúde pública onde as decisões são tomadas a partir de evidências geradas pelo conhecimento.

Relativamente aos serviços de saúde, a Gestão do Conhecimento, está a ser desenvolvida com base na gestão dos registos eletrónicos e na gestão das organizações de saúde. Várias são as ferramentas que podem ser tomadas em consideração e que facilitam o processo de tomada de decisão. O suporte para a prática baseada na evidência, as boas práticas armazenadas nos bancos de dados, repositórios clínicos ou ensino à distância (ROCHA *et al*, 2012). Segundo estes autores, “a gestão do conhecimento possibilita o alcance de respostas rápidas e assertivas na tomada de decisões na prática clínica”. Concluem ainda que, a globalização da economia, impulsionada pelas tecnologias de informação e comunicação, são uma realidade, e é nesse contexto que a gestão do conhecimento, se transforma em recurso estratégico para a vida das instituições de saúde e das pessoas que nela trabalham.

CRUZ e FERREIRA (2016) referem que, a implementação de um conjunto de reformas dos serviços de saúde, culminam na adoção de novos modelos de gestão, nomeadamente a criação de ACES, de modo a conferir às unidades de saúde, maior eficiência, rigor, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, autonomia, responsabilidade e melhoria contínua da qualidade de cuidados. Os autores, citando Monteiro, acrescentam ainda, que as práticas de gestão do conhecimento vigentes são ainda pouco consistentes e, na sua maioria, não formalizadas.

Acompanhando as reformas, foram assim criados os ACES, por Decreto de Lei nº 28/2008, sendo a raiz do ACES estudado criada em 2009, através da Portaria nº 275/2009. Nestes ACES de Portugal, como serviço da dependência de uma Administração Regional de Saúde (ARS), existem várias formas de partilha de conhecimento entre os profissionais, a saber, a *Intranet*, acessível a todos os profissionais de saúde do ACES, com informação geral e rápido acesso a várias aplicações; a plataforma *Teams*, que é utilizada pelas

equipas como forma de partilha de documentação, informação e interação; os programas S-Clínico, onde são efetuados os registos dos utentes e todo o conhecimento tácito que daí advém; as formações promovidas pela ARS; o programa de teleformação, que chega aos profissionais de toda a área de influência da ARS; as reuniões formativas promovidas localmente nas unidades funcionais do ACES, de modo a existir partilha de informação, quer obtida nas pesquisas efetuadas pelos profissionais, quer pelo conhecimento tácito obtido na experiência individual na prática profissional, entre outras.

Com o contexto mundial pandémico, segundo WANG e WU (2021) citando BURKLE, as organizações de saúde estão cada vez mais ameaçadas por crises emergentes e globais de saúde, e estão a enfrentar desafios operacionais cada vez mais graves e complexos. Estes autores referem ainda que, foram criadas muitas estruturas de gestão de conhecimento, de modo a oferecer diretrizes valiosas para ajudar a responder neste panorama, pois para tomar decisões estratégicas adequadas, é necessário adquirir rapidamente conhecimentos críticos; portanto, é essencial desenvolver um conjunto específico de práticas de gestão do conhecimento para lidar com as crises.

As instituições de saúde em Portugal não foram exceção, e neste ACES, várias foram as adaptações/modificações a que as unidades funcionais estiveram sujeitas e com as quais tiveram que lidar e operacionalizar. WANG e WU (2021), neste artigo, referem que para enfrentar desafios epidémicos desta natureza, será necessário utilizar plataformas de gestão de conhecimento, de modo a aumentar a precisão, integridade e confiabilidade, o que por si pode mitigar o pânico e os medos causados pela desinformação, permitindo que o conhecimento importante seja disseminado, avaliado e continuamente atualizado.

Em Portugal, através dos comunicados da Direção Geral de Saúde (DGS), a informação foi sendo atualizada diariamente para a população. Foi criada a plataforma Trace COVID-19, centralizada no acompanhamento da situação e dos utentes, onde é possível registar e tirar dados dos utentes infetados e dos que se encontram em vigilância, por serem contacto de risco. De igual forma, foi efetuada formação aos profissionais de saúde nas várias áreas, nomeadamente na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI's), na utilização das plataformas e programas, muitas delas, realizadas online, medida igualmente referida pelos autores WANG e WU (2021). Estes autores referem ainda, a importância da criação de equipas para gestão de crise, onde devem ser valorizadas, as reuniões de consenso entre especialistas multidisciplinares e interdisciplinares, de modo a facilitar a formação de soluções e interações, criando uma oportunidade de partilha de conhecimento mútuo.

Temos verificado a ocorrência destas reuniões, quer a nível nacional, na DGS, quer a nível local, onde as várias equipas criadas pela Unidade de Saúde Pública do ACES, foram reforçadas com profissionais de outras áreas (assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, higienistas orais, médicos, psicólogos, entre outros), que abriram horizontes

na resposta à pandemia, e tornaram possível uma atuação célere, quer em instituições quer individualmente aos utentes.

## 6 | CONCLUSÃO

Após a análise dos artigos, concluímos que, a gestão do conhecimento organizacional, possibilita aos seus colaboradores, alcançarem respostas rápidas e assertivas, aquando da necessidade da tomada de decisões durante prática clínica. É uma ferramenta de trabalho muito útil e com um peso preponderante, nas organizações de saúde. Apesar da sua reconhecida importância, as práticas de gestão do conhecimento, são ainda pouco consistentes e, na sua maioria, não estão organizadas, nem formalizadas.

No ACES estudado, embora se esteja a caminhar nessa direção, ainda existe um longo caminho a percorrer. Mas os primeiros passos estão dados, existe um serviço de gestão de informação que é essencial para o armazenamento e tratamento dos dados recolhidos, de modo que possam ser utilizados e disseminados. Também é importante, as instituições de saúde definirem os seus modelos de gestão, pois este fator é muito relevante para a gestão do conhecimento.

A gestão do conhecimento transforma-se em recurso estratégico para a vida das instituições de saúde e das pessoas que nela trabalham, impulsionada pelas tecnologias de informação e comunicação, que são uma realidade em constante evolução. Se existir incentivo aos profissionais, com a oferta de oportunidades de crescimento e desenvolvimento, a instituição consegue reter os seus colaboradores, em troca do seu compromisso para com os objetivos da organização. São os profissionais que fazem as instituições e é nos profissionais que reside o principal diferencial competitivo das organizações. Constatamos que, neste ACES, este facto poucas vezes é valorizado, e a experiência e opinião dos profissionais, poucas vezes são tidos em consideração.

Os atuais modelos de gestão dos Cuidados de Saúde Primários, com a criação das Unidades de Saúde Familiares e das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, parecem ser um fator positivo e facilitador, da implementação da Gestão do Conhecimento, através das suas equipas multidisciplinares.

## REFERÊNCIAS

CICONE, P. *et al.* **Gestão do conhecimento em organizações de saúde: revisão sistemática de literatura.** Revista saúde e pesquisa. 2015. v. 8 n. 2, p. 379-388. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3996/264> 4

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M.F. **Gestão do Conhecimento em instituições de saúde portuguesas.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2016. 69(3):492-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690311i>.

EL MORR, C.; SUBERCAZE, J. Knowledge Management in Healthcare. In CRUZ-CUNHA, M. M.; TAVARES, A. J.; SIMÕES, R. **Handbook of Research on Developments in E-Health and Telemedicine: Technological and Social Perspectives**. 2010. USA: Medical Information science reference.

GONZALEZ, R.; MARTINS, M. **O processo de gestão do conhecimento: uma pesquisa teórico-conceitual**. 2017. Gest. Prod. 24 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530X0893-15>

LISBOA. **Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008; Diário da República nº 38 – 1ª série**; Assembleia da República, [2008] Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

LISBOA. **Portaria nº 275/2009 de 18 de março de 2009; Diário da República nº 54 – 1ª série**; Assembleia da República, [2009]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/275-2009-605342>

NEVES, M.; VARVAKIS, G.; FIALHO, F. **Pessoas, processos e tecnologia na gestão do conhecimento: uma revisão da literatura**. Revista de Ciências da Administração. 2018. v. 20, n. 51, p. 152-167. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2018v20n51p152/pdf>

ROCHA, E. *et al.* **Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012. 20(2): [09 telas]. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rlae/a/V4TDCjXkQTbpN6nF6GGrzBm/?format=pdf&lang=pt>

ROCHA, R.; BARCELLOS, P.; DANILEVICZ, A. **Elaboração e aplicação de um modelo de Gestão do Conhecimento adaptado para o departamento comercial de uma indústria farmacêutica**. Researchgate. 2015.

Disponível em: [https://www.researchgate.net/figure/FIGURA-1-A-espiral-do-conhecimento-de-Nonaka-e-Takeuchi-Fonte-Nonaka-e-Takeuchi-1997\\_fig1\\_266217413](https://www.researchgate.net/figure/FIGURA-1-A-espiral-do-conhecimento-de-Nonaka-e-Takeuchi-Fonte-Nonaka-e-Takeuchi-1997_fig1_266217413)

WANG, W. T.; WU, S. Y. **Knowledge management based on information technology in response to COVID-19 crisis**. Knowledge Management Research & Practice, 2021. 19:4, 468-474, DOI: 10.1080/14778238.2020.1860665

ZIVIANI, F.; AMARANTE, E. P.; FRANÇA, R. S.; ISNARD, P.; FERREIRA, E. P.; **O impacto das práticas de gestão do conhecimento no desempenho organizacional: um estudo em empresas de base tecnológica**; Perspect. ciênc. inf. 2019. 24 (01). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/3468>.

Data de aceite: 01/06/2022

### Catarina Cangarato Paixão

Universidade de Évora. Serviço de Extensão à  
Comunidade em Psicologia  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-9073-3424>

### Inês Isabel Guerreiro Pinheiro

Climor - Centro Clínico de Montemor-o-Novo  
Montemor-o-Novo, Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-0755-4738>

### Maria de Afonso Perdigão

Hospital do Espírito Santo, EPE. Serviço de  
Radioterapia  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-8890-1257>

### Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre  
(CHRC), Universidade de Évora, Escola  
Superior de Enfermagem São João de Deus  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

### Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

Centro de Saúde de Montemor – o – Novo,  
USF Alcáides  
Montemor – o – Novo – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-4490-5680>

**RESUMO: Introdução:** A Auditoria Clínica é um dos pilares da Governação Clínica. **Objetivo:** Apresentar o conceito de Auditoria Clínica e as etapas para elaboração de uma auditoria clínica, com base na evidência científica mais recente. **Métodos:** Efetuou-se uma pesquisa bibliográfica

nas bases de dados PubMed, EBSCO, B-On, Google Scholar e MEDLINE., através de palavras-chave, onde foram analisados 9 artigos publicados entre 2003 e 2021, em português e inglês. **Resultados:** A auditoria clínica é um processo específico, que engloba vários tipos e etapas e torna imperativa a necessidade da formação de auditores qualificados em cada uma das áreas de saúde auditadas. **Conclusão:** A Auditoria Clínica é uma mais-valia no processo de Governação Clínica, pelo que, a sua prática de forma sistemática, promove o aumento da efetividade clínica, da gestão do risco, do desenvolvimento profissional, assim como, da transparência face à divulgação dos resultados obtidos, assegurando os padrões de prática profissional, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos serviços.

**PALAVRAS-CHAVE** (DeCS): Auditoria Clínica; Auditoria Administrativa; Unidade de Saúde; Revisão.

### CLINICAL AUDIT: LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT: Introduction:** The Clinical Audit is one of the pillars of Clinical Governance. **Objective:** Present the concept of Clinical Audit and the steps to design a clinical audit, based on the most recent scientific evidence. **Methods:** A bibliographic research was carried out in the databases PubMed, EBSCO, B-On, Google Scholar e MEDLINE., through 9 articles published between 2003 and 2021, in portuguese and english. **Results:** The Clinical Audit is a specific process, which encompasses several types and stages and makes it imperative to train qualified

auditors in each of the audited health areas. **Conclusion:** Clinical auditing is an asset in the Clinical Governance process, so, its systematic practice promotes increased clinical effectiveness, risk management, professional development, as well as transparency in the dissemination of obtained results, ensuring the standards of professional practice, promoting the continuous improvement of the quality of services.

**KEYWORDS** (DeCS): Clinical Audit; Administrative Audit; Health Unit; Revision.

## 1 | INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento do mundo global e de um sistema de organizações cada vez mais complexo e numeroso, tem-se vindo a verificar crescentes dificuldades na gestão da propriedade e do controlo do capital (OLIVEIRA DA SILVA, HAVEROTH, MAIA, TOMMASETTI, 2021). Em resultado destas dificuldades de gestão, têm surgido fenómenos de assimetria de informação, e por isso, sentiu-se a necessidade de configurar uma ferramenta de auxílio para reduzir esta assimetria e garantir a confiabilidade e fidedignidade das informações (OLIVEIRA DA SILVA, HAVEROTH, MAIA, TOMMASETTI, 2021), a qual se titula de auditoria.

Contudo, o termo auditoria, de uma forma global, acarreta, ainda, uma certa discordância na literatura, não existindo consenso sobre o papel que a mesma desempenha, pelo que, para além disto, no que ao âmbito da saúde diz respeito, sabe-se que, atualmente, estamos perante um contexto com grandes e rápidas mudanças, economicamente frágil e que por si só, implica uma vasta e complexa lista de tarefas diferentes associadas à prática de serviços de saúde (OLIVEIRA DA SILVA, HAVEROTH, MAIA, TOMMASETTI, 2021).

A auditoria clínica configura-se como uma ferramenta de extrema importância para a garantia da qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes, do bem-estar dos profissionais que os prestam e também, da eficácia e sucesso das instituições encarregues desses mesmos cuidados de saúde.

Desta forma, a presente revisão considera pertinente reunir estudos que permitam compreender o estado da arte sobre a Auditoria Clínica. Definiu-se como objetivo do presente estudo, apresentar o conceito de Auditoria Clínica e as etapas para a elaboração de uma auditoria clínica, com base na evidência científica mais recente.

## 2 | METODOLOGIA

No presente artigo, optou-se pelo desenho de estudo de revisão bibliográfica da literatura, que incidiu sobre o conceito de Auditoria Clínica e das temáticas que a envolvem.

Em termos de procedimento, após a definição do objetivo, a pesquisa inicial avançada passou por explorar a definição de Auditoria e de Auditoria Clínica, bem como os seus objetivos e tipologias. Para tal, procedeu-se à pesquisa através de palavras-chave



específicas como “auditoria clínica”, nas plataformas de pesquisa PubMed, EBSCO, B-On, Google Scholar e MEDLINE.

Na pesquisa, estipulou-se como critério a procura de artigos publicados nos últimos 5 anos. No entanto, dada a natureza do tema, foi necessário alargar o espaço temporal da pesquisa pela necessidade de consulta de artigos de referência.

Após a pesquisa, recolheram-se os dados obtidos e organizaram-se os mesmos nos Resultados, originando a Tabela 1, com as fontes de informação recolhidas e analisadas na pesquisa.

Referência	Objetivo
INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE. <b>Linhas de orientação para auditorias e sistemas de gestão da qualidade e/ou de gestão ambiental.</b> 2003. Disponível em: <a href="http://www.oet.pt/downloads/legislacao/NP%20EN%20ISO%2019011_2003.pdf">http://www.oet.pt/downloads/legislacao/NP%20EN%20ISO%2019011_2003.pdf</a>	Normalização dos processos e práticas nos quais os diferentes tipos de auditorias se inserem.
INSTITUTO PORTUGUÊS DE AUDITORIA INTERNA. <b>Enquadramento Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna.</b> 2013. Disponível em: <a href="https://www.ipai.pt/gca/index.php?id=58">https://www.ipai.pt/gca/index.php?id=58</a> .	Explicitar a definição de auditoria interna, assim como, apresentar o Código de Ética e Normas Internacionais Para a Prática Profissional de Auditoria Interna.
GEORGE, F. <b>Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde.</b> Lisboa. 2017. Disponível em: <a href="http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023323-1.pdf">http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023323-1.pdf</a>	Definir regras gerais e específicas para a preparação e condução das auditorias realizadas no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde.
MONTEIRO, M; BOCCARA DE PAULA, M. <b>Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura.</b> Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 2020, 9 (1), 71-93. Disponível em: <a href="https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/15909/8237">https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/15909/8237</a>	Estudo de revisão da literatura com o objetivo de reunir publicações relacionadas com a auditoria e a prática do enfermeiro auditor.
HEALTHCARE QUALITY IMPROVEMENT PARTNERSHIP. <b>Best practice in clinical audit.</b> 2020. Disponível em: <a href="https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/FINAL-Best-Practice-in-Clinical-Audit-2020.pdf">https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/FINAL-Best-Practice-in-Clinical-Audit-2020.pdf</a>	Estabelecer critérios atualizados no que diz respeito às melhores práticas recomendadas em auditorias clínicas locais.
EVANGELISTA, A; BEZERRA, M. <b>Auditoria em Saúde na Realidade Hospitalar.</b> Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 2021. Disponível em: <a href="https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2967/4710">https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2967/4710</a>	Descrição do trabalho de auditoria existente no Hospital e casa de saúde de Russas – HCSR, com objetivos específicos, a identificação das mudanças ocorridas nesta instituição de saúde após a chegada do auditor, e a descrição dos atributos do profissional de auditoria.
DIAS, A. <b>Auditorias Internas: Processo, Planeamento e Execução.</b> 2021. Disponível em: APO-Partner <a href="https://www.apopartner.pt/auditorias-internas-processo-planeamento-e-execucao/">https://www.apopartner.pt/auditorias-internas-processo-planeamento-e-execucao/</a>	Explicar de forma clara e intuitiva, todo o processo de auditoria, desde o seu planeamento até à sua execução.

NEWTON, HEATHER. <b>Auditing</b> . Salem Press Encyclopedia, 2021.	Introduzir os conceitos básicos da Auditoria, tais como, os objetivos, os processos e a preparação dos auditores.
OLIVEIRA DA SILVA, S.; MAIA, V; HAVEROTH, J; TOMMASSETTI, R. <b>Papel da Auditoria: uma visão a partir do Twitter</b> . Revista Catarinense da Ciência Contábil, 2021, 20. Disponível em: <a href="http://revista.crcsc.org.br">http://revista.crcsc.org.br</a>	Estudo descritivo com o objetivo de avaliar a percepção do público relativamente ao papel da auditoria.

Tabela 1 - Referências recolhidas na pesquisa de revisão de literatura sobre Auditoria Clínica.

Após análise detalhada das fontes recolhidas, identificaram-se quatro temáticas relevantes relacionadas com a Auditoria Clínica, nomeadamente: Os Tipos de Auditoria, a Equipa de Auditores, a Preparação e Execução da Auditoria e as Atitudes e Comportamentos dos Auditores. Estas temáticas foram utilizadas como orientadoras.

### 3 | AUDITORIA CLÍNICA

De origem latina, a palavra auditoria (“*audire*”) significava “ouvir”. Recuperado pela língua inglesa, a palavra auditoria (“*audit*” em inglês) começou a ser aplicada como o “processo que examina, corrige e certifica determinada atividade” (MONTEIRO, BOCCARA DE PAULA, 2020).

No dicionário da língua portuguesa, a definição de auditoria surge como “fiscalização da legalidade ou da conformidade de uma atividade, de um serviço, de um sistema, de um processo, etc.” (PRIBERAM, 2021). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), a auditoria é um “processo sistemático, independente e documentado para obter evidência objetiva e respetiva avaliação objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios [da auditoria] são cumpridos” (GEORGE, 2017).

Deste modo, aquando da literatura analisada, a Auditoria consiste numa revisão das informações reportadas relacionadas com determinado serviço, cujo objetivo consiste em compreender os critérios da auditoria, dividir as informações financeiras em ciclos, conhecer as informações dos gestores e conhecer os objetivos gerais e específicos da auditoria para cada atividade (NEWTON, HEATHER, 2021).

Em termos históricos, uma das primeiras evidências da utilização da auditoria enquanto ferramenta de aferição, surge no ano 1314, verificando-se a existência do cargo de auditor do tesouro de Inglaterra, cuja função seria verificar valores para fins de prestação de contas (MONTEIRO, BOCCARA DE PAULA, 2020). Também em Inglaterra, em 1559, observam-se evidências da existência de um processo de auditoria dos pagamentos dos servidores públicos como medida de controlo financeiro no reinado da Rainha Isabel I (MONTEIRO, BOCCARA DE PAULA, 2020).

No Brasil, surge o alvará de 18 de junho de 1808, que exigia o uso dos serviços de auditoria independente na Real Fazenda Portuguesa, porém, os registos indicam que

no Brasil o uso da auditoria seria anterior a esta data, indicando o ano de 1790 (SOUZA, DYNIEWICZ, KALINOWSKI, 2010).

A utilização da auditoria como ferramenta de monitorização das atividades em saúde remonta o ano de 1580, em Itália, onde a Igreja começou por criar uma pasta composta por todos os documentos e informações relativos aos indivíduos enquanto pacientes (MONTEIRO, BOCCARA DE PAULA, 2020). No caso de Portugal, não se encontraram fontes históricas sobre o início da sua prática no país. Todavia, a Auditoria em instituições de saúde tem a sua génese no Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1988 (ALEXANDRE, 2016). Apesar de ser uma ferramenta aplicada no Século XX, só a partir de 2005 tem sido verificada uma notória evolução da Auditoria, dando origem aos seus variados ramos na área da saúde (ALEXANDRE, 2016).

De acordo com o *Department of Health and Children* (2008, p.152) da Irlanda, a auditoria clínica

“é um processo de melhoria da qualidade conduzido clinicamente que visa a melhoria dos cuidados ao paciente, assim como os respetivos *Outcomes*, através de uma revisão sistemática dos cuidados prestados em relação a critérios expressos e agindo para a melhoria desses cuidados quando os mesmos não seguem os padrões de prática. O processo envolve a seleção de aspetos da estrutura, processos e resultados da prestação de cuidados que são sistematicamente avaliados em relação a padrões de prática. Se necessário, as melhorias devem ser implementadas a nível individual, de equipa ou organização e, posteriormente, o processo deve ser reavaliado para confirmar as melhorias”.

A auditoria clínica é uma atividade muito específica, pois, apenas um auditor médico poderá auditar processos/procedimentos médicos, apenas um auditor enfermeiro poderá auditar processos/procedimentos de enfermagem, e assim sucessivamente (SOUZA, DYNIEWICZ, KALINOWSKI, 2010).

Deste modo, o objetivo da auditoria clínica consiste em verificar precedentes e gerenciar áreas específicas dos cuidados de saúde, auxiliar na organização de procedimentos e materiais, tais como medicamentos, e também aferir a qualidade dos serviços de saúde prestados (SOUZA, DYNIEWICZ, KALINOWSKI, 2010).

Por último, quer a auditoria, no geral, quer a auditoria clínica, em particular, detém como objetivo final, assegurar a validade e confiabilidade das informações reportadas pelos técnicos de determinada atividade profissional, e garantir uma avaliação fiável do controlo interno de uma determinada organização (NEWTON, HEATHER, 2021).

## 4 | TIPOS DE AUDITORIAS

As auditorias podem ser, de forma geral, designadas por dois tipos: auditoria

interna e auditoria externa, verificando-se que esta designação também se aplica no que diz respeito à Auditoria Clínica. Não obstante a simbiose, a auditoria interna e a auditoria externa apresentam níveis e graus diferentes de operacionalização (OLIVEIRA, GOMES, PORTO, 2012).

A auditoria interna consiste num tipo de auditoria realizada por funcionários da organização em causa, com a finalidade de ajudar a gerir, a implementar e a avaliar fatores internos (OLIVEIRA DA SILVA, HAVEROTH, MAIA, TOMMASETTI, 2021). Para além disto, é função deste tipo de auditorias identificar irregularidades, prevenir erros e até testar determinadas estratégias e mecanismos para maior eficácia do serviço (OLIVEIRA DA SILVA, HAVEROTH, MAIA, TOMMASETTI, 2021).

A auditoria externa define-se como um processo que advém de fora da organização auditada, sendo realizada por um auditor sem vínculo à mesma, mas, que pretende aferir a existência de anomalias nas informações reportadas e emitir uma opinião imparcial sobre a adequação às normas definidas (OLIVEIRA DA SILVA, HAVEROTH, MAIA, TOMMASETTI, 2021). Como referido em ALMEIDA (2019), os auditores externos poderão, ainda, estabelecer estreitas relações com os diversos departamentos de auditoria interna, a fim de contribuir para a conclusão do seu trabalho.

Ademais, as auditorias clínicas apresentam diferentes tipos, como evidenciado na literatura adicional consultada, nomeadamente (JUNQUEIRO, 2001 *apud* LUDMER, M., LUDMER, G., 2013):

- Auditoria preventiva - tal como o nome indica, tem o objetivo de prevenir, ou seja, diz respeito a acontecimentos programados, em contexto hospitalar, com a finalidade de identificar falhas antes que estas ocorram, avaliar a eficiência dos processos clínicos e compreender se estes são adequados aos objetivos da organização de saúde.
- Auditoria analítica - define-se como um processo mais abrangente, no qual se pretende recolher informações sobre o hospital, de modo que, posteriormente, se proceda a uma análise representativa dos dados, para que se tenha uma ideia de possíveis riscos, problemas ou oportunidades a curto ou longo prazo. Permite avaliar se os serviços ou sistemas de saúde vão ao encontro das normas e padrões definidos previamente.
- Auditoria operacional - consiste em observar os processos e atividades diárias da organização de saúde, verificando-se como as mesmas são realizadas e qual poderá ser a melhor forma de as realizar de forma eficaz e eficiente. Corresponde, também, ao momento em que são auditados os procedimentos durante e após a sua realização.

Em suma, apesar de existirem diferentes tipos de auditorias clínicas (SOUZA, DYNIEWICZ, KALINOWSKI, 2010), estas não são exclusivas entre si, visto que, idealmente, deverão ser realizadas, periodicamente, na mesma organização de saúde.

## 5 | EQUIPA DE AUDITORES

A auditoria é um processo que requer competência e exigência, de forma a transmitir confiança e credibilidade a todos os envolvidos, e para tal, é necessário fazer-se uma seleção de auditores, que irão constituir uma equipa, para a realização de uma auditoria. Sempre que a equipa seja constituída por mais de um elemento é necessário nomear um auditor coordenador, que ficará responsável pela preparação e condução da auditoria (GEORGE, 2017). Segundo o Instituto Português da Qualidade (IPQ) e a DGS, a seleção da equipa baseia-se em atributos pessoais dos auditores, nos seus conhecimentos e competências e na sua experiência em auditorias (IPQ, 2003; GEORGE, 2017).

Ao nível dos atributos pessoais, convém que o auditor tenha responsabilidade ética; espírito aberto; seja diplomata no relacionamento com as pessoas; observador do meio envolvente; versátil; tenaz; decidido e autoconfiante (IPQ, 2003). Acima de tudo, requer-se que o auditor tenha bom senso e, na tomada de decisões, seja equilibrado e perspicaz (EVANGELISTA, BEZERRA, 2021).

Ao nível dos conhecimentos é importante que pelo menos um elemento da equipa auditora tenha formação em auditorias levadas a cabo pela norma NP EN ISO 19011:2012 (IPQ, 2003). Os conhecimentos e competências estão divididos em quatro tópicos (IPQ, 2003):

- Conhecimentos e competências genéricos de sistemas de gestão da qualidade e de sistemas de gestão ambiental;
- Conhecimentos e competências genéricos de auditores coordenadores;
- Conhecimentos e competências específicos de sistemas de gestão da qualidade;
- Conhecimentos e competências específicas de sistemas de gestão ambiental.

Abaixo, na figura 1, está ilustrado o conceito de competência dos auditores, pelo Departamento Português da Qualidade.

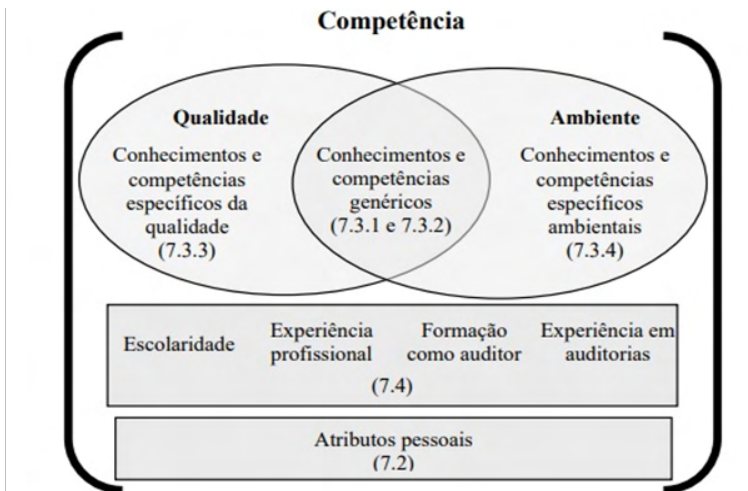


Figura 1 - Conceito de competência dos auditores

FONTE: IPQ (2003)

Para adquirir esses conhecimentos é necessária formação como auditor. Um auditor comum deve ter 40 horas de formação em auditorias e deve completar 4 auditorias com, pelo menos, 20 dias de experiência de auditoria como auditor em formação, sob orientação de um auditor coordenador (IPQ, 2003). Para assumir a função de auditor coordenador são pedidas 3 auditorias completas com pelo menos 15 dias de experiência no papel de auditor coordenador, sob a orientação de um auditor coordenador (IPQ, 2003).

## 6 | PREPARAÇÃO E EXECUÇÃO DA AUDITORIA

Independentemente do objetivo da auditoria ou do tipo de auditoria, o processo inclui três fases (GEORGE, 2017): a preparação da atividade, a condução da auditoria e a sua realização e a elaboração do relatório de auditoria.

Como anteriormente referido, quando a equipa auditora é constituída por mais de um elemento, torna-se necessário nomear um auditor coordenador. Um auditor tem a responsabilidade de conduzir a auditoria, estabelecer um relacionamento harmonioso com os auditados, adaptar o plano de auditoria no decurso do mesmo (caso seja necessário), assumir as responsabilidades sobre a pertinência das constatações da auditoria e elaborar e apresentar o relatório (GEORGE, 2017).

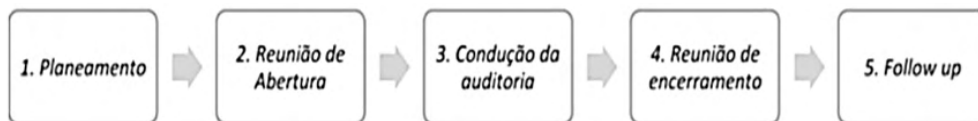


Figura 2 - Processo de auditoria

Fonte: DIAS (2021)

Inicia-se com o planejamento e preparação da atividade. Em caso de auditorias externas é importante que haja um contacto com a entidade auditada para confirmar a data da mesma (DIAS, 2021). Outros pontos importantes a ter em conta na preparação da auditoria, que são comuns aos dois tipos de auditorias (interna/externa), são (DIAS, 2021; HEALTH QUALITY IMPROVEMENT PARTNERSHIP [HQIP], 2020):

- Confirmar que não há conflitos de interesse;
- Identificar, analisar e definir os objetivos da auditoria;
- Confirmar os critérios que vão servir de avaliação;
- Analisar toda a documentação disponível e solicitar documentação complementar, caso seja necessário;
- Avaliar questões relacionadas com a confidencialidade e segurança da informação. Definir a metodologia a utilizar;
- Confirmar que a equipa auditora tem as competências necessárias para realizar a auditoria;
- Confirmar que a equipa auditora detém todos os recursos disponíveis;
- Identificar possíveis riscos que levem à não obtenção dos objetivos da auditoria;
- Elaboração do plano de auditoria e envio do mesmo aos auditados com antecedência.

Seguidamente, terá lugar a reunião de abertura, onde se explica ao auditado os objetivos da auditoria, o que será analisado, as ações a realizar, caso sejam verificadas falhas e/ou incumprimentos, e o período de implementação das mesmas (DIAS, 2021).

Posteriormente verifica-se, se da auditoria anterior houve alguma não conformidade identificada e em caso afirmativo, se houve ações implementadas de modo a corrigir essas não conformidades (DIAS, 2021). A segunda parte da condução da auditoria, propriamente dita, passa pela revisão da documentação apresentada pelos auditados, pelas entrevistas aos colaboradores e pela verificação de máquinas, equipamentos e datas de validade de componentes e produtos, se aplicável (DIAS, 2021; GEORGE, 2017).

Na fase de encerramento da auditoria, os auditores devem apresentar todas as informações recolhidas, dando um feedback dos pontos positivos e dos pontos que devem

ser melhorados, sugerindo medidas de ação, assim como, os seus prazos de correção (HQIP, 2020). Questões mais preocupantes devem ser apresentadas aos órgãos de gestão da administração da instituição auditada (DIAS, 2021). Por fim, segue-se a fase do *follow up*, onde o auditor deve verificar se o auditado realizou as medidas de correção, se as realizou no período estipulado, se a medida foi eficaz e se o registo de riscos e oportunidades necessita de ser revisto e atualizado após a implementação e avaliação da ação corretiva (DIAS, 2021; HQIP, 2020).

## 7 | ATITUDES E COMPORTEAMENTOS DOS AUDITORES

Encontra-se em vigor o Enquadramento Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna, do *Institute of Internal Auditors* (IIA), que compreende orientações de carácter obrigatório, tais como: a Definição de Auditoria Interna; O Código de Ética; e As Normas. Concerne, simultaneamente, orientações fortemente recomendadas, nomeadamente: Tomadas de Posição; Práticas Recomendadas e Guias Práticos (IIA, 2008 *apud* INSTITUTO PORTUGUÊS DE AUDITORIA INTERNA [IPAI], 2013).

Os auditores internos (neste caso, entendem-se por auditores internos os membros do Instituto, os detentores ou os candidatos às certificações profissionais e os que fornecem serviços de auditoria interna ao abrigo da Definição de Auditoria Interna [IIA, 2008 *apud* IPAI, 2013]) devem, assim, reger-se e respeitar o Código de Ética, que engloba princípios e regras de conduta, que regem o comportamento dos indivíduos e das organizações na condução da auditoria interna e descreve os requisitos mínimos de conduta e comportamento esperado (IIA, 2008 *apud* IPAI, 2013). A prática profissional da auditoria interna engloba Normas que são aplicáveis em todo o mundo, designadas por “Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna”, sobre as quais é necessário agir em conformidade. Como o próprio nome indica, estas são normas internacionais, pelo que devem ser aplicadas quer em Portugal quer noutro país (IIA, 2008 *apud* IPAI, 2013; COSTA, 2019).

De acordo com o IIA (2008) citado por IPAI (2013), os Princípios, concernentes ao Código de Ética, cujo auditores internos devem seguir, e que, posteriormente, se traduzem nos domínios segundo os quais as Regras de Conduta são apresentadas, dizem respeito à:

- Integridade: “A integridade dos auditores internos gera confiança e, por conseguinte, proporciona o fundamento para confiar no seu julgamento”;
- Objetividade: “Os auditores internos manifestam o mais elevado grau de objetividade profissional ao coligirem, avaliarem e comunicarem a informação sobre a atividade ou processo em análise. Os auditores internos fazem uma avaliação equilibrada de todas as circunstâncias relevantes e os seus julgamentos não são influenciados por interesses particulares e por opiniões alheias”;



- Confidencialidade: “Os auditores internos respeitam o valor e a propriedade da informação que recebem e não divulgam a informação sem a devida autorização, excepto em caso de obrigação legal ou profissional de o fazer”;
- Competência: “Os auditores internos aplicam os conhecimentos, técnicas e experiência necessárias no desempenho dos serviços de auditoria interna”.

No que diz respeito às auditorias clínicas em Portugal, o Departamento da Qualidade na Saúde estabeleceu um procedimento geral no seu sistema interno da qualidade, que deve ser cumprido por todos os seus auditores, internos e externos (GEORGE, 2017).

Neste sentido, para poderem desempenhar as suas funções de acordo com os valores e código de ética em vigor na DGS e no Departamento da Qualidade na Saúde, os auditores têm de agir sob os princípios recomendados pela Norma NP EN ISO 19001:2012 (GEORGE, 2017). Os auditores que atuam em nome do Departamento da Qualidade na Saúde e que intervêm nas auditorias realizadas no âmbito dos processos do sistema de gestão da qualidade do Departamento da Qualidade na Saúde e da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, devem reger a sua atuação pelos seguintes princípios, enfatizados na Tabela 2.

<b>Princípios</b>	<b>Descrição</b>
Ética	Devem ser justos, verdadeiros e honestos.
Espírito Aberto	Possuir capacidade para considerar e analisar ideias ou pontos de vista alternativos.
Diplomacia	Capacidade de usar tato no relacionamento com outras pessoas.
Espírito de observação	Demonstrar aptidão para captar a realidade do meio ambiente que observam e das atividades nele decorrentes.
Perceptividade	Desenvolver aptidões para compreender situações distintas.
Versatilidade	Capacidade de adaptação a diferentes situações no decurso das auditorias.
Tenacidade	Foco no cumprimento dos objetivos da auditoria.
Decisão	Capacidade de obter conclusões de auditoria através de um raciocínio lógico.
Autonomia	Capacidade de exercer as suas funções de forma independente.
Coragem	Capacidade de enfrentar eticamente situações de discórdia e confronto.
Abertura à melhoria	Disposição para aprender com as situações com que se deparam nas auditorias.
Sensibilidade para aspetos culturais	Respeitar a cultura organizacional da unidade de saúde ou entidade auditada.
Espírito colaborativo	Interagir de forma eficaz com os outros membros da equipa auditora e com os colaboradores da unidade de saúde ou entidade auditada.

Tabela 2 - Princípios e atitudes esperados para um auditor.

Fonte: GEORGE (2017)

Em concordância com o acima mencionado, são ainda estabelecidas as principais atitudes comportamentais exigidas a um auditor (GEORGE, 2017):

- Comparecer à hora indicada no local a auditar;
- Usar vestuário que transmita a formalidade do ato de auditoria, bem como representante da Direção-Geral da Saúde;
- Adotar um estilo assertivo, sem deixar de se colocar no lugar do auditado;
- Não ter atitudes agressivas, rígidas ou inspetivas;
- Colocar as questões ao auditado de maneira pausada e clara, com respeito e amabilidade;
- Evitar introduções extensas e explicativas e evitar uma linguagem técnica complexa;
- Nunca recorrer a linguagem popular ou calão;
- Nunca colocar ao auditado questões de interesse pessoal;
- Não formular questões inquisitivas ou insistentes e nunca repetir perguntas sobre as quais já constatou não existir informação;
- Não emitir opiniões pessoais nem juízos de valor sobre a informação recolhida durante o processo de auditoria;
- Recolher, de forma sistemática e factual, a informação relevante para a matéria a auditar e apenas essa;
- Perturbar, o menos possível, a atividade assistencial durante o ato de auditoria;
- Acautelar aspetos de segurança, tanto para os auditados como para os auditores e seguir estritamente as exigências de segurança clínica que lhes forem indicadas;
- Respeitar a confidencialidade e segurança da informação a que tem acesso no exercício da sua função de auditor.

## 8 | CONCLUSÃO

As principais conclusões da presente revisão salientam que a auditoria clínica é uma ferramenta útil que permite avaliar a qualidade dos cuidados de saúde e o processo envolvente, através da fiscalização, de acordo com as normas de prática. Permite, ainda, aos profissionais de saúde, gestores/administradores e pacientes terem conhecimento sobre os serviços prestados, permitindo a sua melhoria contínua, o que demonstra o impacto positivo da realização de processos de auditoria na área da saúde (NHS, s/d; BENNADI, KONEKERI, KYSHETRIMAYUM, REDDY, 2014).

A auditoria é uma atividade aplicada em diferentes áreas geográficas, diferentes

contextos, ambientes diversos e no seio de organizações que variam em finalidade, dimensão e estrutura, sendo, simultaneamente crucial, respeitar as políticas locais da organização auditada (IIA, 2008 *apud* IPAI, 2013; HQIP, 2020).

Face às limitações, notaram-se algumas no que diz respeito à literatura disponível, pois, verificou-se um baixo número de artigos relacionados com as auditorias clínicas externas e com o papel dos auditores externos. Na sua generalidade, a literatura encontrada remete para o processo de auditoria clínica interna, tanto a nível de orientações/normas a seguir, como a nível de outros estudos realizados. Os estudos referentes à realização de auditorias clínicas em instituições de saúde privadas também se revelaram em pouca quantidade.

Em suma, através da elaboração da presente revisão, foi possível constatar a existência de múltiplos benefícios da realização de auditorias clínicas regulares, nomeadamente, a possibilidade de avaliar e melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados prestados ao utente, assegurar os padrões de prática profissional, estimular e apoiar o desenvolvimento profissional, identificar e mensurar áreas de risco, fomentar uma cultura organizacional de transparência e melhoria contínua da qualidade no local auditado e manter os profissionais de saúde atualizados e a exercer segundo a prática baseada na evidência e atualização científica (SKULL, 2020).

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Vítor. **A função de auditoria interna no Serviço Nacional de Saúde**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas) - Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, 2016. Disponível em: [https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2985/1/Disserta%20a7%20a3o\\_A%20fun%20a7%20a3o%20de%20Auditoria%20Interna%20no%20SNS.pdf](https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2985/1/Disserta%20a7%20a3o_A%20fun%20a7%20a3o%20de%20Auditoria%20Interna%20no%20SNS.pdf) Acesso em: 22 nov. 2021.

ALMEIDA, Sara. **Interação entre auditores externos e internos-estudo da reciprocidade de benefícios**. 2019. Dissertação (Mestrado em Auditoria) - Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/12860/1/Disserta%20A7%20A3o%2020170176%20VERS%20C3%83O%20Definitiva.pdf> Acesso em: 22 nov. 2021.

BENNADI, D., KONEKERI, V., KSHETRIMAYUM, N., REDDY, V. (2014). **Clinical Audit- A Literature Review**. Journal of International Dental & Medical Research, 2014; 7(1). Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/289224065\\_Clinical\\_audit\\_-\\_A\\_literature\\_review](https://www.researchgate.net/publication/289224065_Clinical_audit_-_A_literature_review).

COSTA, Ana. **Implementação do sistema de gestão da qualidade no meio hospitalar e o papel da auditoria Interna: caso do Hospitalar da Figueira da Foz, EPE**. 2019. Dissertação (Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública) - Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra, 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31437> Acesso em: 14 nov. 2021.

DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN (Government of Ireland). **Building a culture of patient safety: Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance: Dublin: Stationery Office**. 2008 Disponível em: <https://www.gov.ie/en/publication/5d9570-building-a-culture-of-patient-safety-report-of-the-commission-on-pat/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

DIAS, A. **Auditorias Internas: Processo, Planejamento e Execução**. 2021. Disponível em: <https://www.apopartner.pt/auditorias-internas-processo-planeamento-e-execucao/>.

EVANGELISTA, A.; BEZERRA, M. **Auditoria em Saúde na Realidade Hospitalar**. Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2967/4710>.

GEORGE, F. **Preparação e Condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde**. Lisboa. 2017. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023323-1.pdf>.

HEALTHCARE QUALITY IMPROVEMENT PARTNERSHIP. **Best practice in clinical audit**. 2020. Disponível em: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/FINAL-Best-Practice-in-Clinical-Audit-2020.pdf>

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE. **Linhas de orientação para auditorias e sistemas de gestão da qualidade e/ou de gestão ambiental**. 2003. Disponível em: [http://www.oet.pt/downloads/legislacao/NP%20EN%20ISO0%2019011\\_2003.pdf](http://www.oet.pt/downloads/legislacao/NP%20EN%20ISO0%2019011_2003.pdf)

INSTITUTO PORTUGUÊS DE AUDITORIA INTERNA. **Enquadramento Internacional de Práticas Profissionais de Auditoria Interna**. 2013. Disponível em: <https://www.ipai.pt/gca/index.php?id=58>

LUDMER, M., & LUDMER, G. **Gestão Integrada da Auditoria Médica e Sistemas de Informação: Um Estudo de Caso em uma Cooperativa de Trabalho Médico**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 2013; 2(1), 116-139. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/54>

MONTEIRO, M; BOCCARA DE PAULA, M. **Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 2020, 9 (1), 71-93. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/15909/8237>

NEWTON, HEATHER. **Auditing**. Salem Press Encyclopedia, 2021.

NHS. **Clinical audits and registries**. (s/d) Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/clinical-audits-and-registries> Acesso em: 12 nov. 2021.

OLIVEIRA DA SILVA, S.; MAIA, V.; HAVEROTH, J.; TOMMASETTI, R. **Papel da Auditoria: uma visão a partir do Twitter**. Revista Catarinense da Ciência Contábil, 2021, 20. Disponível em: <http://revista.crcsc.org.br>

OLIVEIRA, D., GOMES, G., Porto, L. **A importância da auditoria interna no processo de gestão das organizações em um ambiente globalizado e cada vez mais competitivo**. Revista de Ciências Gerenciais. 2012. Vol. 1, nº. 1. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4739/2/Oliveira%20Denise%20Silva.pdf>

PRIBERAM. **Auditoria**. 2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/auditoria> Acesso em: 12 nov. 2021.

SKULL, S. **Embedding clinical audit into everyday practice: Essential methodology for all clinicians**. Journal of Pediatrics and Child Health, 2020; 56(10), 1533-1536. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpc.15068> Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpc.15068>

SOUZA, L.; DYNIEWICZ, A.; KALINOWSKI, L. **Auditoria: uma abordagem histórica e atual**. 2010. RAS – Vol.12, nº47. Disponível em: <https://www.sentidounico.com.br/wp-content/uploads/2018/05/artigo-9.pdf>

Data de aceite: 01/06/2022

### Ana Isabel Martins da Silva de Oliveira Travassos

Hospital do Espírito Santo, EPE. Serviço de  
Ortopedia  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-6034-4185>

### Elsa Maria Candeias Garção Pires

Hospital do Espírito Santo, EPE. Unidade de  
Hospitalização Domiciliária Polivalente  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-6128-513X>

### Zanilda Andrade Mendes

Serviço de Saúde de Cabo Verde  
Ilha do Fogo - Cabo Verde  
<https://orcid.org/0000-0003-0847-676X>

### Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre  
(CHRC), Universidade de Évora, Escola  
Superior de Enfermagem São João de Deus  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

### Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

Centro de Saúde de Montemor – o – Novo,  
USF Alcáides  
Montemor – o – Novo – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-4490-5680>

**RESUMO:** Enquadramento: Este artigo pressupõe uma abordagem da temática de Gestão de Recursos em Saúde, em particular dos recursos humanos a nível hospitalar, com vista a obter um maior ganho em saúde. Associado a

esta gestão encontram-se três grandes áreas: gestão de recursos humanos, materiais e financeiros. Objetivo: Aprofundar conhecimentos sobre a gestão de recursos em meio hospitalar. Metodologia: Revisão bibliográfica nos idiomas português e inglês. Selecionaram-se artigos dos últimos dez anos. Resultados: Os artigos selecionados são perentórios a afirmar que a satisfação dos profissionais depende da capacidade de liderança que existir. Conclusão: Após 13 anos, a realidade alterou-se e a preocupação salientada, em 2008, tornou-se numa evidência de uma Gestão de Recursos Humanos mais eficaz e eficiente. Contudo, maior esforço deve ser realizado pelas instituições em saúde para que a satisfação dos profissionais permaneça elevada e daí resultem melhores cuidados em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão de Recursos; Gestão de Recursos Humanos em Saúde; Gestão em Saúde; Recursos em Saúde; Satisfação dos profissionais de saúde.

### HEALTH RESOURCE MANAGEMENT

**ABSTRACT:** Background: This article presupposes an approach to the theme of Health Resources Management, in particular human resources at the hospital level, in order to obtain a greater health gain. Associated with this management are three major areas: human, material and financial resources management. Objective: To deepen knowledge about resource management in hospitals. Methodology: Literature review in Portuguese and English. Articles from the last ten years were selected. Results: The selected articles are perentory to affirm that the

satisfaction of the professionals depends on the leadership capacity that exists. Conclusion: After 13 years, the reality has changed and the concern highlighted in 2008 has become evidence of a more effective and efficient Human Resource Management. However, more effort should be made by health institutions so that the professionals' satisfaction remains high, resulting in better health care.

**KEYWORDS:** Resource Management; Human Resource Management in Health; Health Management; Health Resources; Satisfaction of Health Professionals.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gestão de recursos é um tema com alguma amplitude, e reveste-se de imensa importância no meio hospitalar, meio este onde vai incidir a nossa pesquisa. Começamos por apoiar a citação de MIRANDA (2015), sobre CHIAVENATO (2005), ao afirmar que “os recursos são os pilares da organização pois são a base para a criação do produto ou para a prestação dos serviços. Deste modo, os recursos podem ser humanos, materiais, financeiros, administrativos ou mercadológicos.” E serão sobre alguns destes recursos que faremos uma pequena abordagem, terminando por aprofundar a temática da gestão de Recursos Humanos por considerarmos, que nela se sustenta a eficiência e eficácia de qualquer organização, seja ela relacionada com a saúde ou com qualquer outro âmbito.

Esta abordagem tem como objetivo geral aprofundar conhecimentos sobre a gestão de recursos, em particular dos recursos humanos no meio hospitalar. De uma forma específica, pretendemos adquirir conhecimentos que nos permitam responder a várias questões de investigação com as quais nos deparamos numa fase inicial, nomeadamente:

- A gestão de recursos humanos é um dos processos mais importantes para o correto funcionamento de uma instituição de saúde?
- A satisfação dos recursos humanos é importante para a qualidade?
- A satisfação dos elementos de uma organização é influenciada pela capacidade de liderança do gestor?

## 2 | METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi feita uma revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo, Pubmed-Medline e no Google Académico. Foi efetuada uma análise de vários artigos sobre esta temática, de forma a garantir as nossas questões. Foram escolhidos artigos, com uma abordagem qualitativa, cuja fundamentação baseia-se na formulação discursiva acerca da temática, sustentado na literatura científica nacional e internacional e análise dos autores.

Os artigos foram selecionados a partir de uma busca na base de dados, utilizando as palavras-chave: Gestão de Recursos; Gestão de Recursos Humanos em Saúde; Gestão

em Saúde; Recursos em Saúde, Satisfação dos profissionais de saúde. Os critérios para a seleção dos artigos foram publicações disponíveis nos últimos cinco (5) anos, em português e inglês.

Iniciamos a pesquisa com as palavras-chaves já indicadas e realizamos este estudo sobre a gestão de recursos em saúde. Por desafio, decidimos especificar a área temática, recaindo a nossa escolha sobre o estudo de Gestão de Recursos Humanos, uma vez que é a área em Gestão de Recursos em Saúde, que maior desafio representa, dadas às particularidades dos próprios elementos. Ao debruçarmo-nos sobre esta temática foi possível verificar que a satisfação dos profissionais, reveste-se de extrema importância, para a qualidade de cuidados prestados, portanto para a qualidade do produto final, de uma empresa hospitalar. Foi, igualmente, possível verificar que em muitas bibliografias a questão da Satisfação dos profissionais de saúde aparece influenciado positivamente, pela capacidade de liderança, que possa existir num determinado local.

### 3 | GESTÃO DE RECURSOS

Em Portugal, os cuidados de saúde têm sofrido algumas mudanças. Segundo CORREIA (2019) numa das suas apresentações, referiu que o sistema de saúde na década de 70 do século XX "...apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então:

- Taxa de mortalidade infantil: de 58.6%;
- Aproximadamente 8.000 médicos para uma população com apenas um pequeno incremento populacional ao longo destes 30 anos;
- 63% de Partos domiciliários;
- A capacidade de financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada;
- A despesa com a saúde em 1970, era de apenas 2,6% do PIB.”.

Várias mudanças, tiveram palco no nosso país, a partir de 1974, com a implantação do regime democrático, depois com a criação da Constituição da República, em 1976 e 3 anos mais tarde, em 1979 com o aparecimento do primeiro modelo de Sistema Nacional de Saúde (SNS). Lentamente, a ideia de cuidados para todos começa a tomar peso significativo dentro das políticas de saúde, iniciando-se em 1998-2005 a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Esta reforma do nosso sistema de saúde sofre uma estagnação entre 2008 e 2012, dada a uma crise económica, que obrigou a entrada da Troika. Só perto de 2015 se retoma o interesse de melhoria dos cuidados de saúde, com a reforma de 2015-2016.

O Programa Nacional de Saúde (PNS) para 2012-2016 passa a clarificar a responsabilidade do Sistema de Saúde pela promoção da Cidadania em Saúde, pela

Equidade e Acesso, pela Qualidade em Saúde, pelas Políticas Saudáveis, pela Obtenção de Ganhos em Saúde, pela Promoção de Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida, pelo Reforço do Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença, pelo Fortalecimento da Participação de Portugal na Saúde Global. Este plano, vai muito além da prestação de cuidados de saúde, para mobilizar recursos e capacidades de outros setores sociais relevantes para a obtenção de ganhos em saúde (<https://pns.dgs.pt/historico/pns-2012-2016/>).

Uma vez que as orientações da OMS-EURO vinham reforçar as orientações deste último plano, é decidido realizar uma extensão do mesmo, com pequenas atualizações dos 4 eixos estratégicos: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis. A implementação deste plano tinha como objetivo mais ganhos em saúde para a população portuguesa, e ao mesmo tempo, assegurar a equidade, qualidade e sustentabilidade do Sistema de Saúde (DGS, 2015).

No ponto 5.2, das estratégias para implementar o plano de extensão até 2020, é referido que "...deverão ser negociadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças normas de atribuição de recursos que garantirão que as recomendações do PNS serão implementadas" (DGS, 2015, p.28). De entre os vários recursos importantes para que este plano se concretize, temos os recursos humanos, materiais e financeiros.

### 3.1 Gestão de Recursos Humanos (GRH)

Os recursos humanos revestem-se de especial importância, pois neles assenta todo um sistema de saúde, quer nos profissionais de saúde, quer em todos os que constituem um sistema completo de cuidados e que permitem o correto funcionamento da organização, onde são prestados os mesmos. Contudo, é a gestão destes recursos que maior dificuldade gera nas organizações. Segundo RODRIGUEZ e TORRES (2015) esta gestão pode ser abordada do ponto de vista clássico, como abordam os teóricos que estudam as organizações, ao dizerem que os hospitais devem ser classificados como organizações profissionais, porque se caracterizam essencialmente por serem dependentes de trabalho especializado de pessoas para se realizarem. Referem ainda, que estes profissionais têm uma particularidade no exercício das suas funções, porque dispõem de um elevado grau de independência, sobretudo os profissionais de saúde, uma vez que decidem qual a atitude mais adequada em cada situação. Dado esta característica, estas organizações são específicas e diferenciadas, pois, os profissionais controlam o seu trabalho e o de outros profissionais, acarretando algumas atitudes administrativas que os próprios assumem, ou nomeando quem os faça. O que acrescenta uma carga para a estrutura administrativa, ao tentar atualizar-se nas necessidades da instituição em relação aos seus recursos humanos e não só.

A problemática de difícil gestão é incontornável, mas mantém-se de extrema



importância, e de forma a garantir o objetivo emanado pelo PNS no que se refere a:

- “Um sistema de saúde que responda com rapidez às necessidades, utilizando da melhor forma os recursos disponíveis para evitar o desperdício;
- A sustentabilidade, de forma a preservar estes valores para o futuro, em que se possa conjugar: uma população saudável; comunidades resilientes que possam dispor de uma boa rede informal de cuidados; políticas e práticas de saúde bem integradas nas outras políticas e práticas sociais e económicas; um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objetivos, que seja eficiente, e tenha recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa, de modo a cuidados de saúde integrados” (DGS, 2015, p. 9).

Portanto, um sistema centrado nas pessoas para pessoas. Estas últimas, que são sujeitas aos cuidados de saúde, tem direito aos cuidados de saúde de acordo com as suas necessidades, com eficácia e eficiência. E para satisfazer estes cuidados, quantos profissionais de saúde serão necessários, para que sejam satisfeitas essas necessidades de saúde com equidade, eficácia e eficiência? O que nos conduz a outra temática, respeitante ao cálculo do número de profissionais adequados a prestarem os ditos cuidados. Em especial, quantos profissionais de enfermagem serão necessários? E esta passará a ser a nossa incidência em termos de gestão destes recursos humanos.

Para controle dos números adequados e corretos, a ordem dos enfermeiros criou um documento em que ressalva as chamadas “dotações seguras” de enfermeiros, para cada serviço, por um determinado número de doentes e, inclusive, a dotação em termos de enfermeiros especialistas, para cada doente a necessitar dos seus cuidados. Algo que dada a situação atual não se verifica, até porque houve canalização de alguns profissionais de saúde para abertura de novos serviços que fizessem frente às necessidades pandémicas. Verifica-se também um aumento do absentismo por exaustão, imperativos de ausência do serviço relacionadas com situações de contágio e/ou situações de isolamento profilático, entre outras. A maior parte das enfermarias funcionam sob o esforço das suas equipas, que mantém o princípio de prestação de cuidados de saúde com qualidade. Apesar desta tentativa da Ordem dos Enfermeiros, os recursos humanos, dos profissionais de enfermagem mantém-se aquém do desejado.

Desde 2007, que o ministério da saúde tem como orientador, o instituto da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) que é um Instituto Público, “... integrado na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa e financeira, que executa as orientações do Ministério da Saúde e está sob a sua superintendência e tutela. A ACSS tem jurisdição sobre todo o território continental” (SNS, 2021). Este instituto tem como missão “...assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde (MS) e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização,

regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, no domínio da contratação da prestação de cuidados” (SNS, 2021). Com esta intenção, a ACSS teve a preocupação de avaliar a necessidade de enfermeiros em relação à necessidade de cuidados em cada serviço. Criou um sistema de classificação de Cuidados de Enfermagem, com carga horária variável, dependendo das valências em que se encontram e do tipo de cuidados que cada doente possa precisar no momento. Classificação essa que atribui a cada doente um total de horas de cuidados necessárias e consoante, esta carga horária, assim é avaliada se o rácio enfermeiro/doente é correta ou há sobrecarga.

Contudo, esta gestão de pessoas que cuidam de outras pessoas, com o objetivo de obterem um produto final de excelência para ambas as partes, depara-se com várias influências que podem alterar o êxito das suas intenções. Uma prestação de fraca qualidade, profissionais com competências mal aproveitadas e não condicionadas a funções, onde se evidenciarão a sua prestação, profissionais com fracas qualificações para certos serviços, entre outras. Para além destes aspetos, a GRH é responsável não só pela aquisição de novos elementos que contribuam para o correto funcionamento da organização, como de manter quem se dedica aos objetivos da mesma, de motivar para uma melhor prestação, de os monitorizar em termos de realização das suas funções, verificando se o fazem com eficácia e eficiência. Já CHIAVENATO (2009) defendia o que hoje se afirma com maior consistência: Os objetivos da Gestão de Pessoas ou Administração de Recursos Humanos passaram a ser estratégicos e os seus processos são: agregar, aplicar, recompensar, manter, desenvolver e monitorar pessoas.

O que induz que cada gestor particular, em cada serviço, tenha a capacidade de o fazer. Nesta perspetiva, MORAES et al (2021) defende que a satisfação dos profissionais influencia a segurança do doente, e que essa satisfação do profissional está relacionada com a capacidade de liderança do gestor. Que avança afirmando que e a “...liderança é a “capacidade de influenciar um conjunto de pessoas para alcançar metas e objetivos. O exercício da liderança em enfermagem tem influência na organização do trabalho em saúde e concretiza-se na interação da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar, tendo como foco a assistência ao indivíduo e sua família.” (MORAES et al, 2021, p. 2).

Embora, a liderança por si só não basta, pois também será necessário que este gestor tenha em posse ferramentas que lhe permitam recompensar. Sendo que, uma das formas encontradas para recompensar um elemento com qualidade, nas suas funções, é através de promoções, que nos conduz ao esquema da avaliação de desempenho. No caso dos profissionais da função pública o “...sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP) foi estabelecido pela Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, sendo aplicável ao desempenho dos serviços públicos, dos respetivos dirigentes e demais trabalhadores” (DGAEP, 2017). Que prevê que o funcionário possa

ascender na carreira e em termos de remuneração ao fim da aquisição de 10 pontos.

### 3.2 Gestão de Recursos Materiais (GRM)

A gestão de recursos materiais está relacionada com a administração que é realizada de artigos essenciais à produção de um bem ou serviço, tendo como objetivo principal colocar os recursos necessários no processo produtivo com qualidade, em quantidade adequada, no tempo correto e ao menor custo. A gestão de recursos materiais inclui a gestão das instalações, a gestão dos equipamentos e a gestão dos bens de consumo. Segundo FREDERICO (2006), os recursos relacionados com a atividade hospitalar são e serão sempre escassos, uma vez que dentro da organização têm que responder aos princípios da economia pela qual a mesma é dirigida. Da gestão de recursos materiais, fazem parte: a aquisição de material (em quantidade e qualidade definidas pela organização, da responsabilidade do serviço de compras), armazenamento de material (de forma correta, protegendo os materiais de avarias, destruição ou obsolescência e controlando quantitativamente e qualitativamente o seu uso) e distribuição do material (de forma rápida, dinâmica, eficaz e em segurança). A articulação das várias vertentes relacionadas com os Recursos Materiais, visa responder com eficácia e eficiência às necessidades de cuidados de saúde dentro de uma organização. A preocupação de gerir de forma eficiente evitando desperdícios deve estar presente em todos os níveis de gestão, uma vez que só desta forma poderemos assegurar a responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados.

Segundo CARVALHO e RAMOS (2009), numa organização de prestação de cuidados de saúde, o processo logístico existe em vários processos, nomeadamente com fornecedores, para consumíveis vários, para materiais de consumo clínico, para produtos farmacêuticos, para equipamentos e substituíveis, para serviços de lavandaria, de limpeza e vigilância, entre outros.

Existem ferramentas de gestão que permitem agilizar a entrega de material nos respetivos serviços. As Unidades hospitalares dispõem de um PDA (terminal móvel) que permite realizar o registo on-line de todos os produtos consumidos nos serviços, cuja informação é recebida no armazém. Desta forma, o sistema emite os alertas da quantidade de material a repor nos serviços, de acordo com os níveis estabelecidos para o mesmo. Com este modelo de reposição e tecnologia, é possível reduzir os stocks existentes nas unidades hospitalares, bem como no armazém geral, rentabilizando recursos humanos e materiais, garantindo a manutenção permanente do inventário dos materiais existentes. Tem ainda a possibilidade de monitorizar a validade dos bens, evitando desperdícios. É um excelente exemplo de como a tecnologia pode funcionar como ferramenta ou instrumento auxiliar nestas questões da gestão hospitalar.

Na realidade portuguesa, em algumas instituições hospitalares, utiliza-se o sistema Kanban como ferramenta na eficácia da gestão de materiais e stocks nos diferentes

serviços desta organização de saúde. Este sistema teve origem no ramo automóvel, mais concretamente na Toyota, na década de 50, de forma a minimizar os custos com o material durante o processo de produção. O objetivo do Kanban é reabastecer os produtos apenas quando consumidos. Nos hospitais, o Kanban tem sido usado para gerir os materiais, os medicamentos, os materiais de escritório e hotelaria, entre outros. De acordo com LANDRY et al (2004), o sistema de reabastecimento Kanban aplicado no setor da saúde, mostrou melhorias na gestão de stocks que outros métodos tradicionais não conseguiram.

### 3.3 Gestão de Recursos Financeiros (GRF)

Os responsáveis pela gestão das organizações defrontam-se, atualmente, com situações cuja complexidade não se pode comparar com a de tempos passados, quando o êxito dos negócios dependia essencialmente da experiência, da intuição e do espírito de iniciativa.

A incessante evolução tecnológica, as diferentes expectativas dos consumidores, a globalização da economia, entre outras, transformou as organizações em sistemas complexos cuja orientação está cada vez mais subordinada a novas técnicas, métodos e a novos saberes. Isto implica, no seio das organizações a necessidade de quadros e dirigentes que possuam sólidos conhecimentos nos mais diversos domínios. Segundo COSTA et al (2008) a contabilidade, como sistema de informação nas organizações, tem uma função de grande relevo nas atividades de Gestão. Estas atividades compreendem, nomeadamente:

- A definição dos objetivos,
- A análise e controlo das atividades,
- A criação de valor para os acionistas,
- O respeito por um conjunto de normas jurídicas e éticas que condicionam a atividade das organizações.

De acordo com BARNEY (2001), define-se recursos como o conjunto de todos os ativos, capacidades, processos, características e conhecimento que uma empresa tem em sua posse e que, mediante a sua organização, lhe permite implementar a sua estratégia e, ao mesmo tempo, melhorar a sua eficiência e eficácia, e que recursos financeiros é tudo o que está relacionado com a atividade financeira da empresa, lucros, créditos, débitos. Para BARNEY E CLARK (2007); WEERAWARDENA et al (2010) estes incluem todas as fontes de fundos de uma organização, tais como dívidas, capital próprio, retenção de resultados, apoio governamental ou donativos privados.

Boas gestões financeiras hospitalares são essenciais para manter as contas equilibradas, sendo este um assunto complexo e que demanda atenção no dia a dia. Até porque envolve uma série de ações que impactam departamentos deferentes da unidade. Neste contexto, o administrador precisa de conhecimentos que vão além da área de saúde

para ter sucesso na administração financeira da sua empresa. Também deve dispor de profissionais competentes, capazes de prestar assessoria quando necessário.

A Gestão financeira hospitalar comporta um conjunto de medidas e processos que serve para controlar os gastos e receitas de forma contínua. Permite, ainda, segundo MORSCH (2021) que o hospital planeie as ações futuras com segurança e a sua importância está na necessidade de se manter lucrativos para sobreviver, sem desconsiderar a inegável missão social das unidades de saúde, pois a maioria dos hospitais são empresas, e a função deste é servir a sociedade quanto obter lucro, a fim que possa se sustentar, uma das bases para manter a organização lucrativa é gerir bem os recursos financeiros, pois são eles que apoiam o avanço da organização.

Ainda segundo o mesmo autor, MORSCH (2021) determinou que as oito melhores práticas em gestão financeira hospitalar devem:

- Fazer um planeamento,
- Estabelecer metas e indicadores de desempenho,
- Manter o fluxo de caixa atualizado,
- Atenção aos desperdícios de insumos,
- Investir na manutenção,
- Diminuir as glosas financeiras,
- Avaliar os resultados.

## 4 | DISCUSSÃO

A gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros) são vitais para o funcionamento de uma organização. Destacamos a gestão de recursos humanos por ser o que envolve maior dificuldade e o mais pertinente numa instituição de saúde. Tal como, LOUREIRO et al (2008) afirmam que “É um facto que a eficiência dos serviços de saúde depende da qualidade da sua estrutura organizacional, porém são os seus agentes que a potenciam, desenvolvem e a reajustam às necessidades e como tal os recursos humanos da saúde são o capital que mais benefícios trarão às Organizações e aos sistemas de saúde.”

Tal como afirmam RODRIGUEZ e TORRES (2015), a interface entre performance organizacional e GRH pode ser caracterizada pelo fato de que os resultados assistenciais são alcançados através da competência dos profissionais na aplicação de seu conhecimento, e também disponibilidade de tecnologia e recursos. Tais fatores, segundo ZIGAN et al. (2007) precisam ser usados eficientemente com o objetivo de minimizar riscos para os pacientes e, sempre que possível, aumentar sua satisfação.

Na tentativa de conduzir esta gestão para os resultados, com qualidade desejada, foram criadas várias estratégias, nomeadamente, de determinação do rácio enfermeiro/doente, para que a qualidade do cuidado fosse assegurada com a qualidade desejada. A classificação criada pela ACSS tem alguns aspetos de fraca justiça em algumas valências, como o caso da ortopedia, pois não inclui a necessidade de levantar o doente sem condições de mobilidade, não inclui nestes doentes ortopédicos, outras patologias que impliquem certos cuidados, que são cotados em serviços como cirurgia e medicina. Esta errada classificação, atribui necessidades de enfermeiros abaixo da realidade, causando sobrecarga dos mesmos, exaustão e desmotivação. Outra das problemáticas da gestão dos recursos Humanos!

Na intenção de evitar as situações referidas e assegurar uma qualidade plena dos cuidados de enfermagem, a ordem dos enfermeiros, construiu uma norma, que assegura as dotações seguras em relação a cada setor de cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros.

Com a perceção crescente da importância da motivação, foi criado o sistema de avaliação de desempenho que permitisse premiar os que mais se envolviam nos objetivos da instituição, algo que não é percebido pelos profissionais a quem se destinam. Uma vez que exige um elevado número de anos para que se visualize a dita promoção. Mais facilmente é sentido como uma forma de monitorização e o de obrigatoriedade de cumprimento de objetivos gerais.

Outros dos aspetos relevantes na GRH é a capacidade de liderança, já identificada num artigo de 2008 de LOUREIRO et al, ao deixar como conclusão que existisse uma preocupação futura de formação de líderes em enfermagem, vocacionando-os na resolução de problemas com que nos vimos confrontados neste século, oferecendo, em simultâneo, competências que lhes permita exercer um bom controlo e influência situacional, com capacidade de flexibilidade, para ajustar o seu estilo de liderança a cada situação.

Atualmente, encontra-se legislado na carreira de enfermagem que o enfermeiro gestor, de cada serviço, tenha formação na área da gestão. Não que confira capacidade de líder, mas porque transmite algumas informações pertinentes para uma liderança mais eficaz.

Este artigo que referimos em último, analisou a satisfação dos enfermeiros partindo de um princípio seguro de que quanta maior satisfação, maior a qualidade dos cuidados prestados, e concluíram que a satisfação depende de vários fatores, mas os mais diretos são a forma de liderança do enfermeiro gestor do serviço onde prestam cuidados. Apesar de deixarem a ressalva de que um gestor líder não é inato, deve ir desenvolvendo essa qualidade para que possa conduzir uma equipa a cuidados de excelência. Outra das sugestões que libertam na conclusão é de que "...a satisfação profissional seja valorizada e monitorizada nestas organizações para que possam ser identificados e anulados os fatores

de insatisfação ou, pelo menos limitados.” (LOUREIRO et al, 2008, p. 23).

Anos mais tarde, deparamos com um estudo de FERNANDES et al (2021), com a abordagem do mesmo binómio Liderança/Satisfação e chegam às mesmas conclusões. Neste sentido, vários estudos analisaram que o ambiente de trabalho favorável para a prestação de cuidados e a comunicação efetiva visam a maior satisfação no trabalho e a prestação de cuidados com qualidade, evidenciando-se o papel do enfermeiro-líder como promotor no desempenho da equipa que lidera. Neste contexto, o líder deve servir de inspiração para a sua equipa com a finalidade de obter melhorias e satisfação profissional, dado que a liderança na enfermagem exerce uma relação positiva e significativa sobre a satisfação no trabalho, demonstrando a necessidade do desenvolvimento dessa competência nos enfermeiros.

## 5 | CONCLUSÃO

Atualmente, consideram a avaliação de satisfação como parte integrante do processo de uma organização de saúde, e a liderança tão relevante para o alcance da satisfação dos profissionais, que se encontra contemplado em termos de carreira de enfermagem, ao exigirem que seja realizada uma formação em gestão de saúde, para a categoria de gestor.

Assim, pudemos concluir que se verifica uma evolução dos conceitos que permitem uma melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem, e com este aspeto uma melhoria dos cuidados de saúde, alcançada pela preocupação que tiveram com o investimento realizado nos recursos humanos, para cumprimento do PNS.

## REFERÊNCIAS

BARNEY, J. **Is the resource-based “view” a useful perspective for strategic management research? Yes.** *Academy of Management Review*, Vol. 26, pp. 41–56. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.5465/AMR.2001.4011938>

BARNEY, J., CLARK, D. **Resource-based theory. Creating and sustaining competitive advantage.** New York: Oxford University Press. 2007.

CARVALHO, J.; RAMOS, T. **Logística na Saúde.** Lisboa: Ed Sílabo, 2009. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos.** 9 ed. Rio de Janeiro; Ed. Campus, 2009. DGS 2015. **Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020.** Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.

DGS. **Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.** (ACSS). 2021. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/administracao-central-do-sistema-de-saude/>.

DGS. **Plano Nacional de Saúde.** 2015. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

DPGAEP. **SIADAP**. 2017. Disponível em: <https://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=83DDD323-6047-46DB-B137-6A732C8C2202>.

FERNANDES, V.; CONTENTE, A.; GUERREIRO, I.; JOSÉ, H.; GOUVEIA, M.; HENRIQUES, M. **Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa**. *Gestão e Desenvolvimento*, 29 (2021), 465-482. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

FREDERICO, M. **Administração para Enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2006.

LANDRY, S.; PHILIPPE, R. **How Logistics Can Service Healthcare**. *Supply Chain Forum*, 2004; 5(2), pp.24–30.

LOUREIRO, R.; FERREIRA, M.; DUARTE, J. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Fev, 2008; Pp.11-26.

MIRANDA, D. **Gestão de Recursos Humanos e Materiais em Contexto Hospitalar**. DGS 2013. PNS 2012-2016. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real, 2015. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27174/1/ulfpie051245\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27174/1/ulfpie051245_tm.pdf).

MORAES, D.; FERREIRA, D.; BALSANELLI, G. **Nursing coaching leadership and its influence on job satisfaction and patient safety**. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55: e03779. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020042103779>.

RODRIGUES, J.; TORRES, H. **Eficiência/desempenho hospitalar e resultados da gestão de recursos humanos – uma aproximação possível?** *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, v.9, n.24, p. 1128-1142. 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d309/955cd80d2664e3bbf656fcbdfb27302f271d.pdf>

ZIGAN, K., FRASER, M., DESOMBRE, T. **Intangible resources as performance drivers in European hospitals**. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 57 No. 1, pp. 57-71. <https://doi.org/10.1108/17410400810841236>

WEERAWARDENA, J., MCDONALD, R., MORT, G. Sustainability of nonprofit organizations: An empirical investigation. *Journal of World Business*, 45 (4), 346-356. 2010



## A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Data de aceite: 01/06/2022

### André Filipe Rodrigues Pedro Ferreira

Hospital do Espírito Santo de Évora, Serviço de  
Cirurgia  
Évora – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-0217-6099>

### Carla Sofia Fadista Godinho Pereira

Hospital do Espírito Santo de Évora, Serviço de  
Nutrição e Dietética  
Évora – Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-7439-3933>

### Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre  
(CHRC), Universidade de Évora, Escola  
Superior de Enfermagem São João de Deus  
Évora - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

### Paula Cristina Vaqueirinho Bilro

Centro de Saúde de Montemor – o – Novo,  
USF Alcaides  
Montemor – o – Novo - Portugal  
<https://orcid.org/0000-0003-4490-5680>

**RESUMO:** A obesidade é um problema de saúde pública, sendo que nos casos mais graves, a cirurgia bariátrica tem emergido como o tratamento mais eficaz. Nas últimas décadas, o conceito de “participação do paciente” tem sido proeminente ao longo do ecossistema de cuidados de saúde. Este artigo de revisão narrativa da literatura tem como objetivo analisar os estudos que estabeleçam intervenções com vista a potenciar a participação dos doentes no processo da

cirurgia bariátrica. Esta é uma revisão narrativa reflexiva da literatura, com base na pesquisa estruturada em três bases de dados – PubMed, MedLine e Scopus. Não foi imposto limite temporal para a publicação dos artigos. Foram aplicados os critérios PRISMA de estruturação de estudos de revisão da literatura. Para a inclusão dos estudos, estes deveriam efetuar referência exclusiva a cirurgia bariátrica, referência a ações/ programa que visem o aumento da participação do doente no tratamento e apresentarem redação do artigo em língua portuguesa ou inglesa. Foram incluídos cinco artigos que cumpriam os critérios de inclusão. Foram submetidos a análise, fatores como o sexo, idade e Índice de Massa Corporal dos participantes. Verificou-se elevada heterogeneidade no rigor metodológico descrito, para além de que os estudos analisados utilizam instrumentos e têm objetivos distintos. Globalmente, os resultados dos estudos parecem traduzir um aumento da participação dos doentes, seja pela utilização de aplicações digitais para *smartphone*, seja pelo aumento da comparência às consultas após a intervenção. Na generalidade, os artigos encontrados não eram exclusivos da cirurgia bariátrica ou não apresentavam ações/programas explícitos para aumentar a participação dos pacientes ao longo do processo cirúrgico. Será importante a realização de novos estudos capazes de contribuir para o conhecimento sobre os processos que potenciem a participação dos pacientes no tratamento cirúrgico da obesidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade; Cirurgia bariátrica; Participação do doente.

## PATIENT'S PARTICIPATION AT BARIATRIC SURGERY

**ABSTRACT:** Obesity is a serious public health issue. For the most severe cases, bariatric surgery has emerged as the most effective treatment. In the past few decades the construct of “patient’s engagement” has been prominent amid the healthcare ecosystem. This narrative review paper main goal is to analyze the studies that establish interventions to enhance the participation of the patients in the bariatric surgery process. This is a narrative literature review, based on the research in three databases – PubMED, MedLine e Scopus. There was no temporal limit for the articles publication. PRISMA criteria for structured systematic review studies were applied. For the inclusion of the studies, these should refer exclusively to bariatric surgery, refer to actions/program that aim to increase patient engagement in the treatment and be written in Portuguese or English. There were included five articles that fulfilled the inclusion criteria. Factors, like sex, age and Body Mass Index of the participants were analyzed. There was high heterogeneity on the described methodological precision, besides the fact that the analyzed studies use instruments and have different goals. Globally, the studies’ results seem to traduce in an increased engagement of the patients, either by the use of mobile apps, either by the increased number of appointments attendance after the intervention. In general, the found articles were not exclusive of the bariatric surgery or did not present actions/programs to increase patients’ engagement along the surgical process. It would be important to perform new studies capable to contribute to the knowledge about the processes that enhance patients’ engagement along the surgical treatment for obesity.

**KEYWORDS:** Obesity; Bariatric surgery; Patient’s participation.

## 1 | INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crónica, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a epidemia do século XXI (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2000). Poderá ser definida de forma simples, enquanto acumulação excessiva de gordura que pode prejudicar a saúde (WHO, 2016).

A prevalência de excesso de peso e obesidade tem vindo a aumentar de forma bastante acentuada em todo o mundo nas últimas três décadas, tanto em crianças, como em adultos, tendo o número de pessoas com obesidade passado de 921 milhões em 1980, para 2.1 mil milhões em 2013 (NG et al., 2014), o que constitui um problema de saúde pública (WILLIAMS et al., 2015). Em Portugal contabilizam-se um total de 38.2% adultos com pré-obesidade e 17.7% com obesidade (EUROSTAT, 2019).

No contexto de falta de eficácia dos programas de tratamento não cirúrgicos para a obesidade grave, a cirurgia bariátrica emergiu como o tratamento mais eficaz para este grupo de doentes (NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL, 2013), ao permitir uma perda de peso relevante e mantida no tempo.

A cirurgia bariátrica, enquanto procedimento invasivo, requer uma cuidada avaliação médica, psicológica, e de fatores comportamentais, também para garantir que será selecionada a opção de tratamento mais adequada (SOGG e MORI, 2008). O tratamento

deverá ser individualizado e multidisciplinar, basear-se em cuidados clínicos adequados e intervenções suportadas em evidência científica (YUMUK et al., 2015; AL HADAD, 2021).

Quanto ao modelo de cuidados de saúde, tem existido uma mudança de modelo centrado na doença para um modelo centrado no paciente (STANTON, 2002). Neste contexto, nas últimas décadas, o conceito de “participação do paciente” tem sido proeminente ao longo do ecossistema de cuidados de saúde (SELBY et al., 2012).

HIGGINS e col. (2017), afirmam que para maximizar o potencial de participação do paciente, o processo necessita de ser personalizado, o paciente tem de ter acesso a informação e recursos, as estratégias de mudanças comportamentais deverão ser aplicadas adequadamente, e deverá existir uma relação de suporte entre os pacientes, os prestadores de cuidados, os cuidadores e as instituições de saúde.

No que diz respeito à investigação em saúde, também se regista uma mudança de paradigma relativamente à participação do paciente, o que cria oportunidades para um maior impacto dos cuidados centrados neste. Esta mudança exige que os investigadores, os clínicos e os administradores de saúde entendam os pacientes como parceiros ativos e sérios no processo de investigação (MANAFO et al., 2018). A participação dos pacientes e o aumento crescente da compreensão das suas experiências, metas e necessidades através de parcerias no processo de investigação conduz a investigação mais relevante e efectiva (MASON et al., 2019).

Também tem aumentado ao longo da última década o papel dos pacientes enquanto parceiros no desenvolvimento de tecnologias de saúde (HOOS et al, 2015; PUSHPARAJAH, 2018).

Relacionado com o conceito de participação do doente, encontra-se o conceito de empoderamento. O empoderamento procura desenvolver ou fortalecer as capacidades físicas, mentais ou sociais dos pacientes para atingirem a autogestão das doenças e tratamento, bem como a autodeterminação em saúde (AUJOLAT et al., 2007; FISHER e OWEN, 2008).

A Organização Mundial de Saúde define o empoderamento do paciente como um processo no qual os pacientes compreendem o seu papel, no qual lhes é dado o conhecimento e as competências pelo prestador de cuidados de saúde para conduzir a tarefa num ambiente em que existe consciência das diferenças da comunidade e culturais, e onde os pacientes são encorajados a participar (WHO, 2009).

CASTRO e col. (2016) afirmam que *“O empoderamento individual do paciente é um processo que permite aos pacientes exercer maior influência sobre a sua saúde individual através do aumento das suas capacidades para ganharem maior controlo sobre aspetos que os próprios definem como importantes.”* (p. 1927)

O presente artigo de revisão narrativa da literatura tem como objetivo analisar os

estudos que estabeleçam intervenções com vista a potenciar a participação dos doentes no processo da cirurgia bariátrica.

O conjunto da informação obtida será relevante e útil no âmbito da preparação e acompanhamento pré- e pós-cirúrgico dos doentes, no sentido em que um maior e melhor participação destes será benéfico para a otimização de resultados do tratamento cirúrgico da obesidade.

## 2 | MÉTODOS

Foi efetuado um estudo de revisão narrativa reflexiva da literatura, com base nos critérios PRISMA (PAGE et al., 2021). Definimos como questão e investigação: Quais as intervenções estabelecidas, que visam potenciar a participação do doente no processo de cirurgia bariátrica?

Realizou-se uma revisão narrativa nas bases de dados em formato digital, PubMed/MedLine e Scopus. Não foi considerada qualquer barreira temporal, tendo sido utilizadas as equações de pesquisa (bariatric surgery[Title/Abstract]) AND (engagement[Title/Abstract]) e (TITLE (bariatric AND surgery) AND TITLE (engagement) AND ABS (bariatric AND surgery) AND ABS (engagement)). A totalidade da pesquisa resultou em 37 artigos (1 duplicado, que foi excluído na base de dados PubMed/MedLine. Seguiu-se a pesquisa na base de dados SCOPUS, resultando em 3 artigos, sendo que 1 era duplicado das bases de dados PubMed/MedLine e foi excluído. Assim, foram considerados 38 artigos, sendo que foram excluídos 33 por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1).

<b>Crítérios de inclusão dos estudos</b>	<b>Crítérios de exclusão dos estudos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Referência exclusiva a cirurgia bariátrica</li><li>• Referência a ações/programa que visem o aumento da participação do doente no tratamento</li><li>• Redação do texto integral artigo em língua portuguesa ou inglesa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Referência não exclusiva a cirurgia bariátrica</li><li>• Ausência de referência a ações/programa que visem o aumento da participação do doente</li><li>• Artigo de revisão ou revisão sistemática de literatura</li><li>• Redação do artigo em Língua, que não o português ou inglês</li></ul>

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos para a análise narrativa da literatura.

Foram analisados 5 artigos em texto integral (Figura 1). Foram submetidos a análise vários fatores, como o tamanho amostral, o sexo, a idade e o IMC dos participantes. Analisaram-se também o tipo de estudos, o tipo de instrumentos utilizados e período do tratamento cirúrgico da obesidade a que se referem (pré- ou pós-cirúrgico). Foram ainda analisados, os principais resultados.

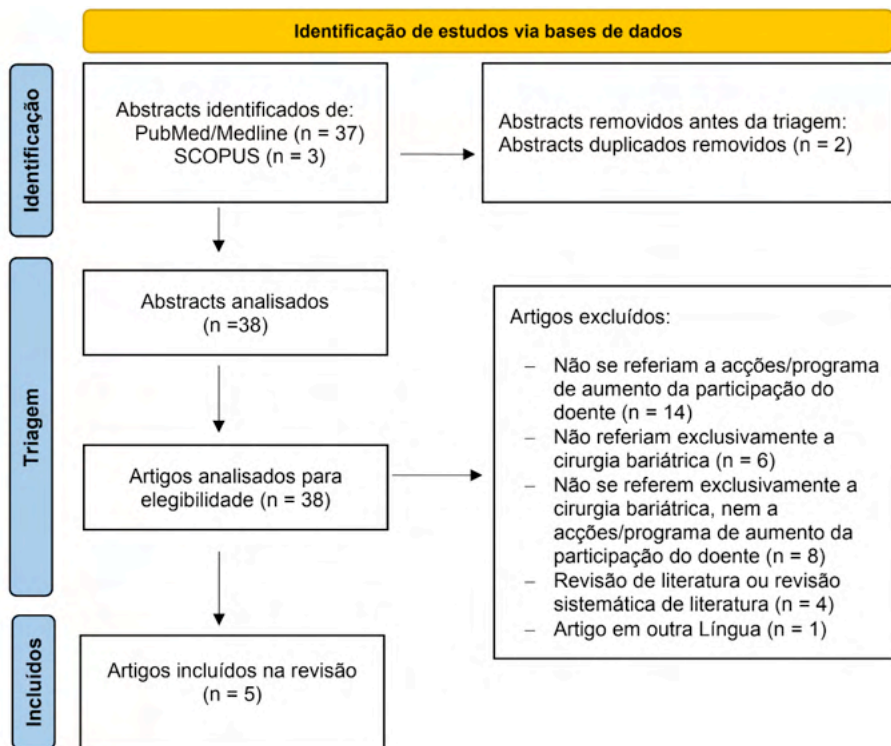


Figura 1. Fluxograma da pesquisa de artigos.

### 3 | ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados da revisão narrativa da literatura são apresentados na Tabela 2. É identificada a referência e ano de publicação dos estudos, o país de origem, o tamanho da amostra, a idade e o sexo dos participantes, e os dados referentes ao seu IMC (valores médios). É ainda referido o tipo de estudos, os instrumentos utilizados e o momento do tratamento cirúrgico da obesidade a que se refere. Foram incluídos 5 artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão enunciados anteriormente, totalizando 3596 sujeitos de três países diferentes, abrangendo dois continentes: América (quatro estudos) e Europa (um estudo).

Autor/ano/país	Idade	IMC (médio; desvio padrão – kg/m <sup>2</sup> )	Sexo Feminino (n ou %); Sexo masculino (n ou %)	Tipo de Estudo/ Metodologia/ Amostra (n)	Momento do tratamento cirúrgico	Principais resultados
MUNDI et al. (2015) EUA	M (dp) = 41.3 ± 11.4	46.3 ± 7.4 kg/m <sup>2</sup>	27 ♀; 3 ♂	Não referido Aplicação digital Amostra= 30	Pré-cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 sujeitos completaram o estudo;</li> <li>• Em média, 7 em 9 módulos educativos foram (70.9 ± 27.3%), e 37.8/123 EMA foram respondidos (30.7 ± 21.7%), com um tempo de resposta de 17.4 ± 4.4 min;</li> <li>• Os sujeitos reportaram elevada satisfação com a app;</li> <li>• 12 sentiram que a app se encaixava na sua rotina (facilmente” ou “muito facilmente”, tinham “perfeita” quantidade de mensagens EMA (n = 8), e era de grande ajuda na preparação para a cirurgia (n = 7).</li> </ul>
SANTIAGO et al. (2019) Canadá	S/ info.	S/ info.	S/ info	Não referido Entrevistas  Questionários online Amostra= 580	Pré-cirúrgico  Pós-cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparência M=65.9, dp=11.8 (pré-intervenção);</li> <li>• Falta M=9.00, dp=4.9 (pré-intervenção);</li> <li>• Cancelado M=11.0, dp=7.90 (pré-intervenção);</li> <li>• Comparência M=70.1, dp=18.5 (pós-intervenção);</li> <li>• Falta No-show M=11.3, dp=4.85 (pós-intervenção);</li> <li>• Cancelado M=19.4, dp=9.39 (pós-intervenção);</li> <li>• A intervenção trouxe uma poupança de \$21,251.08 pela utilização de consultas que de outra forma ficariam vagas ou utilizadas por pacientes que não precisariam delas.</li> </ul>
DOLAN et al. (2019) EUA	App inicial (n = 4); M (dp) = 46 ± 10.5  App revista (n = 6); M (dp) = 30 ± 9.2	App inicial M (dp) = 41 ± 5.8  App revista M (dp) = 46 ± 5.8	App inicial = 3 ♀; 1 ♂  App revista = 5 ♀; 1 ♂	Prospectivo Aplicação digital Amostra= 10	Pré-cirúrgico  Pós-cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 pacientes completaram o período de teste, 4 com a versão inicial da app e 6 a versão revista;</li> <li>• Todos os pacientes expressaram satisfação com a aplicação e mais frequentemente reportaram que as notificações eram úteis;</li> <li>• 1 paciente (25%) completou, pelo menos 70% dos inquéritos na versão inicial da app;</li> <li>• Na versão melhorada, 5 (83.3%) dos pacientes completaram, pelo menos 70% dos inquéritos, ultrapassando os critérios de participação de sucesso.</li> </ul>

HEUSER et al. (2020) Canadá	<p>Amostra 1 M (dp) = 44.85 ± 9.94</p> <p>Amostra 2 M (dp) = 47.63 ± 10.78</p>	<p>Amostra 1: M (dp) = 47.60 ± 8.21</p> <p>Amostra 2 = 48.27 ± 8.79</p>	<p>Amostra 1 = 308 ♀; 88 ♂</p> <p>Amostra 2 = 376 ♀; 82 ♂</p>	<p>Retrospectivo</p> <p>Aplicação digital</p> <p>Questionários</p> <p>Amostra 1: 396 (envolvidos na App)</p> <p>Amostra 2 (não envolvidos na App): 458</p>	Pós-cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>66.2% dos pacientes completaram o inquérito diário de saúde, pelo menos uma vez durante a primeira semana após a cirurgia. Este número diminuiu com o tempo, para 53.6%, 46.9%, e 38.2% dos pacientes completaram o inquérito, pelo menos uma vez por semana, 2, 3, e 4, respectivamente.</li> </ul>
-----------------------------	--	---	---	--	---------------	---

Tabela 2. Principais características dos estudos incluídos na revisão narrativa da literatura.

## 4 | DISCUSSÃO

As guidelines internacionais descrevem a participação do paciente como um elemento-chave da prática clínica baseada na evidência de elevada qualidade (ARMSTRONG et al., 2016). A participação dos pacientes tornou-se algo estratégico a abordar para aumentar a adesão ao protocolo clínico e, como consequência, para melhorar os resultados (GORETTI et al., 2020).

Perceber como a motivação, educação e participação dos pacientes e das suas famílias pode influenciar os resultados, é um ponto-chave para atingir melhores resultados globais (GORETTI et al., 2020).

Os estudos analisados utilizam instrumentos e têm objetivos distintos, verificando-se elevada diferença quanto aos tipos de resultados dos artigos analisados. Ainda assim, será importante destacar que três artigos (MUNDI et al., 2015; DOLAN et al., 2019; HEUSER et al., 2020), utilizam aplicações digitais para smartphone como forma de potenciar a participação do doente. Dois estudos (SANTIAGO et al., 2019; GORETTI et al., 2020) utilizam entrevistas para recolha de dados. Nos estudos de MUNDI et al., (2015) e DOLAN et al. (2019) os sujeitos relatam satisfação com a utilização das aplicações digitais para smartphone, o que está alinhado com a globalidade dos resultados da revisão sistemática de LU e col. (2018), na qual foram analisados os estudos que envolviam o envio de SMS's (short message service) e intervenções baseadas em aplicações digitais para smartphone em doentes de cirurgia bariátrica. Globalmente, foram registados níveis mais baixos de idas ao Serviço de Urgências, bem como elevada satisfação com os sistemas de comunicação automática pelos doentes e pelos profissionais de saúde.

Verificou-se elevada heterogeneidade no rigor metodológico descrito, existindo um estudo (SANTIAGO et al., 2019) que omitiu vários dados que consideramos importantes, como a idade, o IMC e o sexo dos sujeitos. Para além disso, também o tamanho amostral difere bastante entre os estudos, sendo que um destes (DOLAN et al., 2019) apresenta

uma amostra de validade questionável, de apenas 10 sujeitos.

Na presente revisão narrativa da literatura, não se verificou predominância do momento pré- ou pós-cirurgia bariátrica. Globalmente, os resultados dos estudos parecem traduzir um aumento da participação dos doentes, seja pela utilização de aplicações digitais para *smartphone* (e.g., MUNDI et al., 2015), seja pelo aumento da comparência às consultas após a intervenção (SANTIAGO et al., 2019). Estes resultados estão também alinhados com os resultados da revisão sistemática de LU e col. (2018) referida anteriormente, na qual se verificou que ambas as intervenções baseadas em aplicações digitais para *smartphone* e SMS's aumentaram a adesão à terapêutica, aos protocolos, bem como aumentaram a comparência às consultas.

## 5 | CONCLUSÕES

No estudo de revisão narrativa da literatura apresentado, será importante salientar que se verificou a existência de um reduzido número de estudos que referiam a utilização de ações/programas para aumentar a participação dos pacientes ao longo do tratamento cirúrgico da obesidade. Na generalidade, os artigos encontrados não eram exclusivos da cirurgia bariátrica ou não apresentavam ações/programas explícitos para aumentar a participação dos pacientes ao longo do processo cirúrgico. Importará ter em consideração, que foram apenas encontrados cinco estudos com uma amostra de pacientes bariátricos que referiam a utilização de ações ou programas para aumentar a participação destes.

Não obstante o reduzido número de artigos que foi possível analisar, o presente artigo de revisão narrativa da literatura permitiu examinar os estudos que estabeleciam intervenções com vista a potenciar a participação dos doentes no processo da cirurgia bariátrica e assim, cumprir o objetivo proposto. Destes estudos foi possível obter o conhecimento de quais foram as suas ações/programas e o impacto destes.

O presente estudo apresenta algumas limitações, desde logo pela sua tipologia, enquanto revisão narrativa da literatura. Existe a possibilidade da não inclusão de todos os artigos relevantes, devido aos critérios de inclusão e exclusão definidos, e em função das bases de dados utilizadas. Para além disso, verificou-se que os fatores de inclusão e exclusão selecionados, impuseram uma elevada restrição aos resultados da pesquisa, dando origem a um reduzido número de artigos. Em grande parte, deveu-se à necessidade de incluir apenas artigos que referissem exclusivamente ações/programas com vista ao aumento da participação dos pacientes no âmbito da cirurgia bariátrica.

A realização de novos estudos capazes de contribuir para o conhecimento sobre os processos que potenciem a participação dos pacientes no tratamento cirúrgico da obesidade, será relevante e útil. Este conhecimento terá elevado valor para o desenvolvimento de protocolos de avaliação e de acompanhamento adequados a esta população, geralmente



constituída por sujeitos com obesidade grave e muito grave, o que por sua vez potenciará a obtenção de melhores resultados globais com o tratamento cirúrgico da obesidade.

## REFERÊNCIAS

AL HADAD, M. Multidisciplinary care before and after sleeve gastrectomy. In: AL-SABAH, S. et al. (Eds.), **Laparoscopic Sleeve Gastrectomy**. Cham: Springer, 2021, p. 157-162.

ARMSTRONG, M. J. *et al.* Framework for enhancing clinical practice guidelines through continuous patient engagement. **Health Expect**, v. 20, p.3-10, 2017.

AUJOULAT, I.; D'HOORE, W.; DECCACHE, A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? **Patient Education and Counseling**, v. 66, n. 1, p.13-20, 2007.

CASTRO, E. M. *et al.* Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 99, p. 1923-1939, 2016.

DOLAN, P. T. *et al.* Lessons Learned From Developing a Mobile App to Assist in Patient Recovery After Weight Loss Surgery. **The Journal of surgical research**, v. 244, p. 402–408, 2019.

EUROSTAT. **European Health Interview Survey 2014**. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sgd\\_02\\_10/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sgd_02_10/default/table?lang=en), Acesso em: 12 nov. 2021.

FISHER, P.; OWEN, J. Empowering interventions in health and social care: Recognition through ecologies of practice. **Social Science and Medicine**, v. 67, n. 12, p. 2063-2071, 2008.

HIGGINS, T.; LARSON, E.; SCHNALL, R. Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 30-36, 2017.

HOOS, A. *et al.* Partnering with patients in the development and lifecycle of medicines: a call for action. **Therapeutic Innovation & Regulatory Science**, v. 49, n. 6, p. 929-939, 2015.

LU, K. *et al.* Use of short message service and smartphone applications in the management of surgical patients: a systematic review. **Telemedicine and e-Health**, v. 24, n. 6, p. 406-414, 2018.

MANAFO, E. *et al.* Patient engagement in Canada: a scoping review of the 'how' and 'what' of patient engagement in health research. **Health Research Policy and Systems**, v. 16, n. 1, 2018.

MASON, N. R.; SOX, H. C.; WHITLOCK, E. P. A patient-centered approach to comparative effectiveness research focused on older adults: lessons from the Patient-Centered Outcomes Research Institute. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 1, p. 21-28, 2019.

MUNDI, M. S., *et al.* Feasibility of Smartphone-Based Education Modules and Ecological Momentary Assessment/Intervention in Pre-bariatric Surgery Patients. **Obesity surgery**, v. 25, n. 10, p. 1875–1881, 2015.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia**. Disponível em: <https://www.nhmc.gov.au/guidelines-publications/n57>, Acesso em: 12 nov. 2021.

NG, M. *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 71, 2021.

PUSHPARAJAH, D. S. Making patient engagement a reality. **Patient**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2018.

SELBY, J. V.; BEAL, A. C.; FRANK, L. The Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) national priorities for research and initial research agenda. **JAMA**, v. 307, n. 15, p. 1583-1584, 2012.

SOGG, S.; MORI, D. L. Revising the Boston Interview: incorporating new knowledge and experience. **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 4, n. 3, p. 455-463, 2008.

STANTON, M. W. **Expanding Patient-Centered Care to Empower Patients and Assist Providers: Research in Action (AHRQ Publication No. 02-0024)**. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/patient-centered/ria-issue5/index.html>, Acesso em 12 nov. 2021.

WHO. **Obesity and overweight (Fact sheet)**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, Acesso em 14 nov. 2021.

WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization**. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/), Acesso em: 14 nov. 2021.

WHO. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. World Health Organization**. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/>, Acesso em: 14 nov. 2021.

WILLIAMS, E. P. *et al.* Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. **Current Obesity Reports**, v. 4, n. 3, p. 363-370, 2015.

YUMUK, V. *et al.* Obesity management task force of the European Association for the Study of Obesity. European guidelines for obesity management in adults. **Obesity Facts**, v. 8, n. 6, p. 402-424, 2015.

## GESTÃO DE RISCO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

*Data de aceite: 01/06/2022*

*Data de submissão: 11/04/2022*

### **Alice Isabel Rodrigues Galhardo**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,  
Serviço de Patologia Clínica  
Beja-Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-4463-3542>

### **Ana Margarida Borges Ramalho**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,  
Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
Beja-Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-5615-0858>

### **Ana Rita Teixeira Frade**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,  
Serviço de Patologia Clínica  
Beja-Portugal  
<https://orcid.org/0000-0001-7693-6954>

### **Cláudia Isabel Arocha Galego Castelo**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,  
Departamento de Cuidados de Saúde Primários  
Beja-Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-0008-721X>

### **Pedro Moura**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,  
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental  
Beja-Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-5811-4727>

### **Afonso Gouveia**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,  
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental  
Beja-Portugal  
<https://orcid.org/0000-0002-3055-2063>

**RESUMO:** Introdução: Os profissionais de saúde são dos grupos mais expostos aos riscos psicossociais, torna-se importante a gestão do risco profissional nos serviços de saúde. Objetivo: Este trabalho tem como objetivo a divulgação do Programa PROGERPSI da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Método: Este documento trata-se de um artigo de revisão bibliográfica. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed e Web of Science e na página de intranet da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Resultados: O Programa PROGERPSI tem como missão valorizar a qualidade de vida dos trabalhadores, as suas condições de trabalho e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Este é constituído por uma equipa de trabalho multidisciplinar, a qual tem implementado medidas de prevenção primária, secundária e terciária. O Programa PROGERPSI engloba Programas de inserção da temática dos riscos psicossociais nas áreas da formação e informação, Programas de avaliação do risco psicossocial sistémico na instituição, Consulta de Psiquiatria no Trabalho, Programa Vita-Q, Consulta de Enfermagem Psiquiátrica do Trabalho, Grupo de promoção da saúde mental e Consulta de Psicologia Clínica do Trabalho. Conclusão: Este programa é considerado um exemplo de boas práticas em saúde, o qual pretende atingir novas metas e ultrapassar constrangimentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão do Risco; Riscos Ocupacionais; Trabalhadores de Saúde; Saúde Mental.

## RISK MANAGEMENT IN HEALTHCARE WORKER OF BAIXO ALENTEJO

**ABSTRACT:** Introduction: As the healthcare professionals are one of the most exposed groups to the psycho social risks, the risks management on the health services is of the utmost importance. Objective: This essay aims to publicize the Progerpsi programme from the Baixo Alentejo local health unit. Method: This document is a revised article. The bibliographic Search took place in PubMed and Web of Science database. And also on the Baixo Alentejo local health unit intranet page. Results: The Progerpsi programme is mostly concerned with the workers' quality of life, their working conditions and the improvement of the quality of the healthcare provided. This includes a multi disciplinary team which has been implementing measures of primary, secondary and tertiary prevention. Progerpsi programme includes inserting the theme of Psychosocial hazard in the areas of formation and information, systemic Psychosocial risk evaluation programmes in the institution, psychiatry in the workplace consultation, Vita-Q programme, work psychiatric nursing consultation, promoting mental healthcare and clinical psychology consultation. Conclusion: This programme is considered to be an example of good practice which intends to achieve new goals and overcome constraints. **KEYWORDS:** Risks Management, Occupational Risks, Healthcare Worker, Mental Health.

### 1 | INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde são dos grupos mais expostos aos chamados fatores de risco psicossociais, dos quais os fenómenos de *burnout* são dos mais discutidos e, sabendo que, os serviços de Saúde deverão proporcionar não só um ambiente saudável para os seus utentes, como proporcionar locais de trabalho saudáveis para os seus profissionais, surge o programa PROGERPSI, o qual, existe desde 2017 e tem sido desenvolvido por profissionais da instituição, para os profissionais da instituição. Este programa visa a qualidade de vida dos trabalhadores, nas suas condições de trabalho e na forma como isso pode melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Este trabalho tem como objetivo a divulgação do Programa de Gestão Integrada dos Riscos Psicossociais nos profissionais da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – ULSBA, o chamado PROGERPSI.

### 2 | ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No PNS de 2012-2016, está consagrado que: *“a governação em saúde assume um papel decisivo na organização dos serviços e das unidades prestadoras de cuidados contribuindo para uma maior responsabilização e comunicação entre os diferentes níveis de gestão, os cidadãos e os profissionais de saúde através do desenvolvimento de sistemas de informação e de decisão rigorosos e transparentes. Desta forma, a Governação em Saúde contribui para uma melhoria global da qualidade clínica, da gestão do risco e da segurança dos doentes favorecendo, igualmente, uma gestão mais eficiente. A alocação*

ótima dos recursos disponíveis para melhor potenciar os ganhos em saúde” (FERNANDES, 2014).

A governação, em saúde, é um importante instrumento das políticas de saúde, assim como se verifica ser o processo pelo qual existe a responsabilização, por parte das organizações de saúde, pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de cuidados de saúde (FERNANDES, 2014).

Desta forma, torna-se importante a gestão do risco profissional (Figura 1) nos serviços de saúde, de forma a eliminar, minimizar e controlar os riscos dos profissionais, tomar medidas preventivas e corretivas, assegurar e melhorar a saúde e segurança dos trabalhadores, reduzir os acidentes de trabalho e reduzir as doenças profissionais e outras doenças associadas ao trabalho. Qualquer situação que apresente risco de dano à saúde do trabalhador é caracterizada como um risco ocupacional, dos quais fazem parte os riscos físicos, químicos, biológicos, elétricos, mecânicos, instalação, ergonómicos, organização e psicossociais.

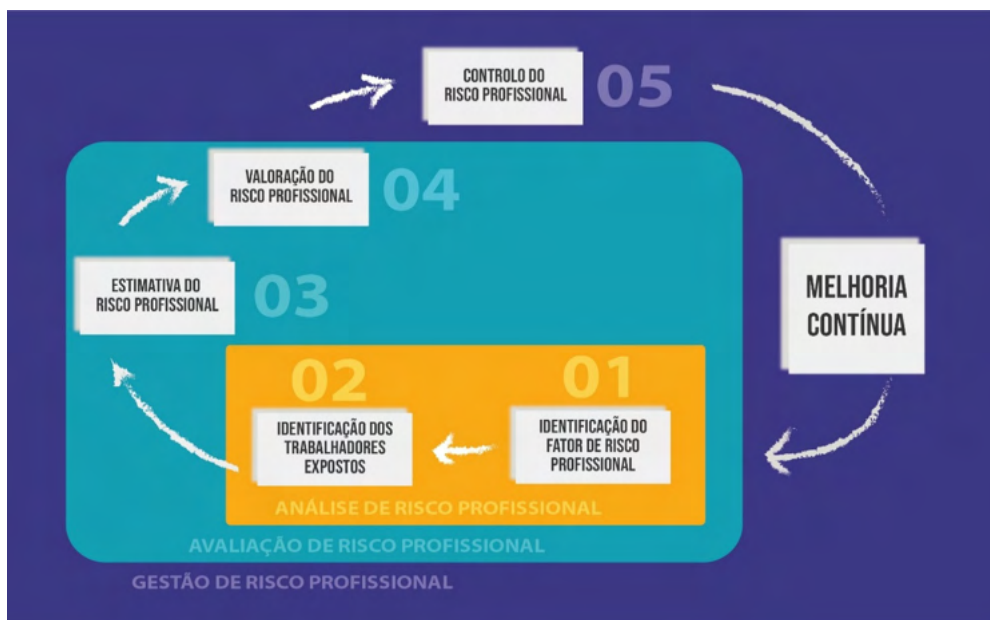


Figura 1 - Processo de gestão do risco

Fonte: autoria própria

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), os fatores de risco psicossocial são as características inerentes às condições e organização do trabalho que afetam a saúde dos indivíduos através de processos psicológicos e fisiológicos, os quais resultam da interação entre o indivíduo, as suas condições de vida e as

suas condições no trabalho. O stress no trabalho pode afetar qualquer pessoa, a qualquer nível, ocorrer em qualquer sector da organização, influenciando a saúde e a segurança das pessoas, mas também a saúde das organizações e das economias nacionais.

A *World Health Organization (WHO)*, 2004, 2008, reconhece nove categorias relacionadas com os riscos psicossociais sendo elas:

- conteúdo do trabalho: como tarefas monótonas, pouco estimulantes, com pouco sentido, com pouca diversidade, pouco agradáveis;
- ritmo e carga de trabalho: como trabalho sob pressão ao longo do tempo, tarefas excessivas, ou em pouca quantidade;
- horários de trabalho: que podem ser rígidos e inflexíveis, jornadas longas e com baixo nível de socialização, horário imprevisível, planificação deficiente de sistemas de rotação de turnos;
- participação e controlo: tais como a falta de participação nos processos de tomadas de decisão, controlo insuficiente métodos, ritmo, horário ou ambiente de trabalho;
- desenvolvimento da carreira, estatuto profissional e remuneração: insegurança no trabalho, falta de perspectivas de subida na carreira profissional, situações de sub ou sobre promoção, sistemas de avaliação do desempenho injustas ou pouco claras, sub ou sobre qualificação para exercer uma determinada função;
- papel na organização: função pouco clara na organização, papéis conflitantes dentro do mesmo trabalho, responsabilidade pelas ações de outras pessoas, trabalho contínuo ou com responsabilidades no cuidar de outros;
- relações interpessoais: supervisão inadequada, dificuldade de relacionamento com os pares ou chefias, fenómenos de *bullying*, assédio sexual e violência verbal ou física, trabalho isolado ou solitário, falta de procedimentos e protocolos para lidar com queixas ou situações problemáticas;
- cultura organizacional: passa por dificuldade na comunicação, problemas de liderança, falta de clarificação acerca dos objetivos organizacionais e da estrutura hierárquica;
- interferência casa-trabalho: conflitos entre a atividade laboral e a vida pessoal e doméstica tais como falta de suporte para os problemas domésticos no trabalho e vice-versa.

Uma vez que os profissionais de saúde são dos grupos mais expostos aos riscos psicossociais, o serviço de Psiquiatria da ULSBA criou o projeto PROGERPSI o qual, surgiu da necessidade de dar uma resposta dirigida às necessidades em saúde mental dos profissionais daquela instituição.

### 3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de um artigo de revisão bibliográfica. A procura de artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e Web of Science, sendo selecionados os publicados entre os anos de 2017 a 2021, escritos em inglês e português. Os artigos foram pesquisados com base nos termos “psychosocial risks”, “health workers”, “governança clínica” e “*burnout*”. O material bibliográfico sobre o projeto PROGERPSI foi obtido através da página de intranet da ULSBA. Através do motor de busca Google foi também possível obter acesso a informações de páginas institucionais, tais como Direção Geral de Saúde e Organização Mundial de Saúde.

### 4 | DISCUSSÃO

A ULSBA é constituída por um hospital público e 14 centros de saúde, sendo que emprega cerca de 1700 funcionários e encontra-se situada na região do Baixo Alentejo. Esta zona caracteriza-se por ser uma área rural, com grande dispersão populacional, com uma rede de estradas e transportes públicos insuficientes, assim como pouca oferta ao nível de serviços de saúde privados. Todas estas questões dificultam o acesso da população local a serviços especializados em saúde mental fora da ULSBA (MOURA, RUIVO, PIRES, 2020).

Segundo dados estatísticos em Portugal entre 2011 e 2013 47,8% dos profissionais de saúde revelaram ter *burnout* elevado, enquanto 21,6% apresentaram *burnout* moderado e 3 em cada 5 colaboradores experienciaram problemas de saúde psicológica devido ao trabalho. Estes números colocam em risco a qualidade dos cuidados, bem como dos profissionais de saúde (MOURA, BRITO, MAGALHÃES, 2019).

Segundo Menezes (2010:11), “... a estrutura organizacional não é permanente, nem definitiva, deve ajustar-se e reajustar-se constantemente, sempre que a situação e o contexto ambiental sofram mudanças, para desta forma poder responder adequadamente aos novos desafios e ser bem-sucedida...”

O projeto PROGERPSI nasceu em 2017 na ULSBA através de um protocolo assinado com a Direção Geral da Saúde (DGS), uma vez que este último foi um dos pioneiros em Portugal com a consulta de Psiquiatria do Trabalho. Caracteriza-se por ser um programa desenvolvido por trabalhadores de saúde, para trabalhadores de saúde e que visa promover e prevenir a saúde mental, bem como diagnosticá-la e tratá-la, precocemente, promovendo a reabilitação biopsicossocial em meio laboral dos trabalhadores da instituição (MOURA, MOURA, RUIVO, 2018).

O programa pretende, ainda, contribuir para a melhoria das condições de trabalho e produtividade da instituição, através de medidas de prevenção e mitigação dos riscos psicossociais. De acordo com Dr. Pedro Moura, médico psiquiatra da ULSBA, que coordena

o projeto “a doença mental não afeta apenas o trabalhador, mas a própria instituição, face à falta de produtividade e ao absentismo laboral” (MOURA, 2018).

Do programa fazem parte elementos dos serviços de Psiquiatria, Medicina do Trabalho e Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente da ULSBA, ou seja, é constituído por uma equipa multidisciplinar e da qual fazem parte médicos Psiquiatras, um dos quais coordenador do programa, Enfermeiros, com especializações nas áreas da saúde ocupacional, mental e comunitária, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistente Social e Técnicos de Segurança e Saúde no Trabalho. A mesma funciona em regime de part-time, numa média de 2 horas por semana, por cada membro, sendo que as atividades clínicas funcionam fisicamente no Serviço de Medicina do Trabalho e utilizam um sistema de registos clínicos distinto do programa informático da instituição, como forma de combater o estigma da doença mental.

O programa engloba várias vertentes, tornando-o vasto e bastante completo e são elas:

- Programas de inserção da temática dos riscos psicossociais nas áreas da formação e informação;
- Programas de avaliação do risco psicossocial sistémico na instituição;
- Consulta de Psiquiatria no Trabalho
- Programa Vita-Q (Qualidade de vida no trabalho);
- Consulta de Enfermagem Psiquiátrica do Trabalho;
- Grupo de promoção da saúde mental;
- Consulta de Psicologia Clínica do Trabalho

Este projeto que assenta numa colaboração, essencialmente, entre o serviço de Psiquiatria e o serviço de Saúde Ocupacional, embora com elementos de outras unidades funcionais, tem vindo a implementar medidas de prevenção primária, secundária e terciária (Figura 2).



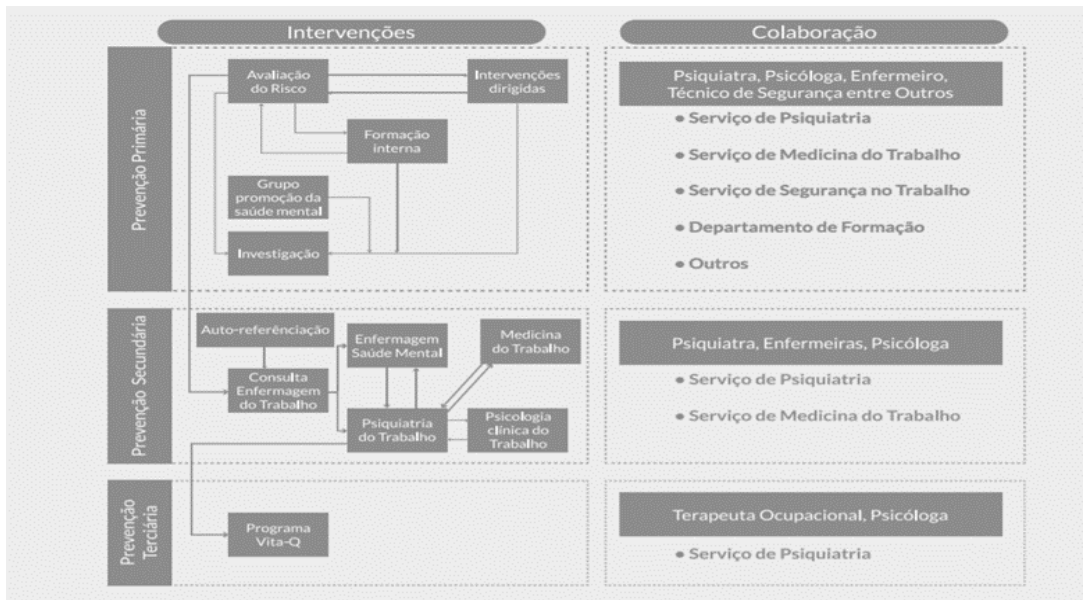


Figura 2 - Fluxograma do Programa PROGERPSI

Fonte: <https://www.ulsba.min-saude.pt/>

Ao nível das intervenções primárias, estas são realizadas nos serviços ou usando as instalações do departamento de formação interna. Neste âmbito foi efetuada uma avaliação global do risco psicossocial na instituição, de forma a obter um diagnóstico e plano de intervenção adequados e para que seja possível intervenções dirigidas aos serviços, a fim de se obter uma melhoria da resiliência dos trabalhadores e a melhoria das suas condições de trabalho (MOURA, 2021).

Ainda dentro da intervenção primária houve a criação da Consulta de Psiquiatria do Trabalho, a qual é facultada no prazo de uma semana, assim como o Grupo de Promoção da Saúde Mental. Este último funciona de 2 em 2 semanas, com sessões de cerca de 1,5 horas nas quais são abordados temas sobre a prevenção da saúde mental e a resiliência laboral. Ao nível da formação interna foi adicionada a temática dos riscos psicossociais a outras formações já em curso na instituição, de forma a aumentar a importância dada à saúde mental e também permitindo a divulgação de outras iniciativas existentes a fim de os trabalhadores procurarem ajuda precocemente. Até ao momento 4% dos funcionários participou nestes módulos (MOURA, RUIVO, PIRES, 2020).

Está inserida na intervenção secundária a Consulta de Enfermagem Psiquiátrica do Trabalho, a qual envolve uma avaliação clínica, através da realização de uma entrevista semiestruturada pela equipa de enfermagem da Saúde Ocupacional. Consoante o resultado da avaliação o trabalhador pode ser direcionado para consultas de enfermagem

na área da Saúde Mental, num máximo de 4 sessões de terapia cognitiva comportamental, realizadas de 4 em 4 semanas. Ou por outro lado, o funcionário pode ser direcionado para uma consulta de psiquiatria ocupacional quando estão presentes sintomas moderados. As patologias mais prevalentes encontradas foram transtornos depressivos major recorrentes, reações ao stress agudo e transtornos de personalidade, sendo que os grupos profissionais que mais procuram este programa são os assistentes operacionais, assistentes técnicos e enfermagem (MOURA, RUIVO, PIRES, 2020).

A emergência da pandemia colocou, desde os primeiros dias, uma pressão inédita sobre os sistemas de saúde, obrigando então a ajustes por parte das organizações e a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo não foi exceção. Durante a pandemia, ao nível da prevenção secundária, depois de relativa estabilidade no ano de 2019, assistiu-se a um aumento da procura muito significativa de primeiras consultas de Psiquiatria do Trabalho, de cerca de 400%, com um aumento global de 38% no número de doentes seguidos (MOURA, 2021).

No início do ano de 2021 foi realizado um estudo, pela equipa do projeto PROGERPSI, com o intuito de caracterizar a presença de fatores de risco psicossocial entre os trabalhadores de saúde da ULSBA dos serviços dedicados à COVID-19, durante a 3ª vaga, e estabelecendo uma comparação com os resultados obtidos de um estudo semelhante realizado em 2017 (MOURA, MOURA, RUIVO, 2018). Os resultados obtidos, em resposta a um questionário entre 15 a 28 de fevereiro de 2021, mostraram que os principais riscos para a saúde dos trabalhadores encontrados foram nas dimensões exigências emocionais, exigências cognitivas e influência no trabalho. Comparativamente com os dados obtidos em 2017 verificou-se que, houve um aumento significativo do risco em 13 dimensões, com especial ênfase para a influência no trabalho e compromisso com o trabalho. Desta forma foi possível concluir, através dos resultados obtidos, a importância da avaliação dos riscos psicossociais nas instituições de saúde, a promoção de políticas de redução de riscos para os trabalhadores, bem como o facto de ser crucial uma boa acessibilidade aos serviços de Saúde Ocupacional e a existência de programas terapêuticos e de reabilitação (MOURA, RUIVO, PIRES, 2020).

Ao nível da prevenção terciária, foi criado um em 2018 um grupo de intervenção, com a missão de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores que já manifestavam sintomas psicológicos/psiquiátricos, denominado de programa VITA-Q (Qualidade de Vida) e que segue alguns princípios de reabilitação dos trabalhadores, iniciados no Japão com o nome de Re-work4 (MOURA, 2021). Os funcionários selecionados são aqueles que apresentam elevadas taxas de absentismo no último ano, pois sabe-se que os trabalhadores com perturbações psiquiátricas possuem elevadas taxas de absentismo, assim como aqueles que se encontram em recuperação de doenças físicas apresentam com maior frequência sintomas psiquiátricos, tais como ansiedade e depressão (MOURA, MOURA, RUIVO,

2018).

O programa VITA-Q é constituído por workshops orientados por psicólogos clínicos, durante 3 meses, com duração de 2 horas por sessão, nos quais são abordados diversos tópicos de reabilitação: estilos de vida saudáveis e desporto, motivação, gestão de tempo e emoções, relaxamento, tomada de decisões, gestão de conflitos, assertividade e comunicação, trabalho em equipa, psicoeducação, adições. São também efetuadas avaliações com escala no início e fim da intervenção e ao ano de follow-up (MOURA, 2021).

Segundo dados preliminares, verificou-se como resultado da intervenção do programa VITA-Q uma melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores em todos os domínios, melhoria no compromisso com o trabalho, uma redução do absentismo em 0,73 dias/pessoas/mês, assim como um ganho económico em média de 31,14€/pessoa/mês (MOURA, RUIVO, PIRES, 2020). Ainda dentro do âmbito da intervenção terciária, em 2019 foi criado um subprograma do VITA-Q direcionado para funcionários com diagnósticos de depressão major recorrente.

Em 2018 a Ordem dos Psicólogos (OPP) distinguiu, com uma menção honrosa, o Programa PROGERPSI, sendo que esta foi atribuída no âmbito do Prémio Locais de Trabalho Saudáveis, uma iniciativa da OPP, que pretende distinguir, anualmente, as empresas e organizações portuguesas pelos contributos inovadores na área da segurança, bem-estar e saúde física e psicológica.

O júri do prémio “Investir em Saúde 2021” decidiu distinguir o projeto da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) “Programa de Gestão Integrada de Riscos Psicossociais: Iniciativas e Ações Face à Pandemia Covid-19”, pela excelência da sua candidatura à categoria «Recuperação da Pandemia».

Ainda em 2021, o projeto também foi reconhecido internacionalmente como exemplo de práticas denominadas de *Healthy Healthcare* (SAÚDE MENTAL, 2021).

Enquanto este projeto continua o seu desenvolvimento, existem metas que se pretendem atingir num futuro próximo, tais como o envolvimento das chefias em diversas iniciativas de forma que estas facilitem a presença dos seus funcionários nas sessões do PROGERPSI durante o seu horário de trabalho, situação que nem sempre é bem vista pelos mesmos. Esta prática é realizada com o intuito de incentivar os funcionários a aderirem às atividades, pela facilidade de já se encontrarem no seu local de trabalho e para que estas não interfiram com a sua vida pessoal e familiar. Outra das metas a atingir é conseguir aumentar a audiência presente nas sessões, assim como concentrar esforços em intervenções feitas sob medida e nas necessidades específicas dos serviços ou grupos profissionais, pois sabe-se que ainda existe um grande estigma associado à saúde mental o que dificulta a procura de ajuda profissional (MOURA, 2021).

Uma avaliação recente do programa permitiu concluir que a utilização dos recursos

internos, tanto humanos, como de instalações, existentes já nas organizações, faz com que os custos do seu funcionamento sejam economicamente acessíveis. Outro dos objetivos a alcançar por este programa é a implementação de métodos de avaliação individual de riscos, através do desenvolvimento de uma plataforma online que os trabalhadores podem voluntariamente usar e obter aconselhamento, tais como dicas úteis sobre a sua doença, ou como e onde procurar ajuda profissional (MOURA, RUIVO, PIRES, 2020).

Desde o início deste programa até à atualidade foi possível obter alguns dados demográficos (Tabela 1), relativamente aos profissionais da ULSBA que têm participado nas diversas áreas de atuação deste.

<b>Programa PROGERPSI</b>						
<b>Categoria profissional</b>	<b>Sexo masculino</b>	<b>Sexo feminino</b>	<b>Total</b>	<b>Média de idades</b>	<b>Média de horas de trabalho (efetivas)</b>	<b>Média de filhos</b>
<b>Enfermeiros</b>	16	38	56*	42 (25-59)	39	2 (0-3)
<b>Médicos</b>	10	6	16	50 (24-62)	44,6	2 (0-4)
<b>Assistente Operacional</b>	4	0	4	49 (39-59)	40,0	1 (0-2)
<b>Assistente Técnico</b>	3	24	27	41 (28-62)	40,4	2 (0-5)
<b>Técnicos Superiores</b>	3	32	35	42 (30-59)	40,4	2 (0-6)
<b>Gestão</b>	4	0	4	53 (46-60)	40	1 (0-2)
<b>Total</b>	38	100	140*	43 (24-62)	43 (35-60)	2 (0-6)

\*2 participantes não responderam à questão do sexo apesar de terem respondido às seguintes.

Tabela 1 – Dados sobre os funcionários participantes no Programa PROGERPSI

Na tabela abaixo (Tabela 2), estão descritos quais os riscos psicossociais de grau elevado mais encontrados entre os profissionais de saúde e a sua distribuição quer por categorias profissionais, quer por sexo.

Programa PROGERPSI		
		Riscos psicossociais de grau elevado
Categoria Profissional	Médicos	Ritmo de trabalho Exigências cognitivas Exigências emocionais
	Enfermeiros	Exigências cognitivas Exigências emocionais Influência no trabalho
	Assistentes Operacionais	Insegurança no trabalho Exigências emocionais Influência no trabalho
Sexo	Masculino	Exigências cognitivas Influência no trabalho Conflitos no trabalho Compromisso com o trabalho Comportamentos ofensivos
	Feminino	Burnout

Tabela 2 – Dados sobre os riscos psicossociais de grau elevados encontrados nos participantes do Programa PROGERPSI

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando um novo agressor biológico atravessa a barreira entre espécies e se dissemina por todo o planeta dizemos estar perante uma pandemia. Experiência vivenciada por todos nós nestes dois últimos anos, e a qual tem tido implicações quer para a saúde de todas as pessoas, quer para os sistemas de saúde, mostrando-se para os mesmo um desafio.

A pandemia COVID-19 teve um impacto no bem-estar psicológico e no perfil de risco do profissional de saúde, para além da carga de trabalho e da exposição aos riscos sanitários. Os resultados obtidos mostram a importância da avaliação dos fatores de stress psicossocial nas unidades de saúde para promover políticas de redução do risco nos trabalhadores do sector da saúde através de reformas no local de trabalho.

Outras entidades desenvolveram também iniciativas no âmbito da saúde mental, as quais são igualmente exemplos de boas práticas a seguir. Na área da telemedicina, a Escola de Medicina da Universidade do Minho, em associação com outras estruturas, criou logo numa primeira fase da pandemia o serviço Cuidar de quem Cuida, que tem disponibilizado, desde março de 2020, sessões online de avaliação, orientação e seguimento de profissionais de saúde com necessidades clínicas, com adesão muito significativa.

Num âmbito mais lato, é também interessante conhecer o trabalho da ARSLVT, que fomentou a criação de respostas em todos os hospitais e ACES da região, com recurso a linhas telefónicas para facilitar o acesso, providenciando ainda formação sobre apoio psicológico e sobre liderança, que claramente contribuíram para o desenvolvimento de

intervenções para prevenção do *burnout* dos profissionais (MOURA, 2021).

Tanto quanto se conhece, até ao momento o PROGERPSI trata-se do programa mais vasto e completo existente no nosso país neste domínio. Nesse sentido o projeto recebeu também apoio da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, de forma a tornar possível a implementação deste projeto em dois grandes hospitais públicos no sul do país.

Consideramos ainda que este tipo de projetos permite um conhecimento e consequente acompanhamento do estado de saúde mental dos profissionais. A implementação de projetos desta natureza permite promover ganhos em saúde dos profissionais e das suas equipas por forma a obter resultados em termos de efetividade e equidade com o envolvimento de todos, através da melhoria continua dos processos assistenciais e de intervenção em saúde dos profissionais de uma instituição. Um dos pontos de referência na Governação Clínica é o desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores. Desta forma, a potencialidade dos processos da organização será melhor, aproveitada se houver entre todos os profissionais uma cultura de partilha de valores, confiança e responsabilização. Para que tudo isto aconteça, a saúde mental, a motivação e resiliência dos profissionais tem que ser trabalhada e conhecida.

## REFERÊNCIAS

FERNANDES, A. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: roteiro de intervenção para governação em saúde. 2014. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014\\_7\\_governacao.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_7_governacao.pdf)

MOURA, G.; BRITO, M.; MAGALHÃES, T. **Prevalência e fatores associados à síndrome de burnout.** PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2019, 20(2), 300-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200203>

MOURA, P. A.; MOURA, T. R.; RUIVO, R. **Riscos psicossociais em trabalhadores de uma unidade local de saúde no Alentejo.** Revista Psilogos. Vol. 16 N.º 1 (2018) DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.14598>

MOURA, P.; RUIVO, R.; PIRES, A. M. **The PROGERPSI Programme: A New Comprehensive Approach for Healthcare Institutions in Portugal.** In: Tevik Løvseth, L., de Lange, A.H. (eds) Integrating the Organization of Health Services, Worker Wellbeing and Quality of Care. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-59467-1\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59467-1_18)

MOURA, P. **PROGERPSI Programa de Gestão Integrada de Riscos Psicossociais nos Profissionais.** Revista Saúde Mental, 2021. Disponível em: <https://www.revistapsiquiatria.pt/index.php/sppsm>

MOURA, P. **ULS do Baixo Alentejo: projeto «dá apoio a funcionários com doença mental».** justNews, abril, 2018. Disponível em: <https://justnews.pt/noticias/programa-de-sade-mental-dos-trabalhadores-da-ulsba-premiado-por- psicologos#.Y1QBC8jMK3A>

PRÉMIO investir em saúde. 2021. Disponível em: <http://www.ulsba.minsaude.pt/2021/10/12/premio-investir-em-saude-2021-premeia-projeto-da-ulsba>

PRÉMIO locais de trabalho saudáveis. 2018. Disponível em <http://www.ulsba.min-saude.pt/2018/04/13/premio-locais-de-trabalho-saudaveis-distingue-a-ulsba>.

PROJETO PROGERPSI. 2017. Disponível em <http://www.ulsba.min-saude.pt/2021/11/05/video-de-apresentacao-do-projeto-da-ulsba-progerpsi>

RODRIGUES, A.; FELÍCIO, M. **Governança clínica e de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas essenciais**. 2017. SNS. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinca%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

## **SOBRE AS ORGANIZADORAS**

**MARIA OTÍLIA BRITES ZANGÃO** - Concluiu o Doutoramento em Enfermagem em 2014 pela Universidade Católica Portuguesa, Mestrado em Human Ecology em 2003 pela Universidade de Évora, possui duas pós-graduações, uma em Psicologia da Gravidez e da Maternidade desde 2004 pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, outra em Administração de Unidades de Saúde desde 2017 pela Universidade de Évora e Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 1999 pela Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. É formadora em Aleitamento Materno com a Especialização em Formador e Conselheira em Aleitamento Materno desde 2010 pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. É Professor Adjunto na Universidade de Évora Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Diretora do Departamento de Enfermagem e Diretora do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus e investigadora no Centro de Investigação - Comprehensive Health Research Centre (CHRC). Publicou artigos em revistas especializadas. Possui capítulos de livros. Organizou e participou como palestrante em vários eventos. Orientou dissertações de mestrado/doutoramento. Recebeu prémios e/ou homenagens. Participa e/ou participou como investigador em 3 projetos financiados. Atua nas áreas de Ciências Médicas e da Saúde com ênfase em Ciências da Saúde, destacando a área de Enfermagem, Educação em Enfermagem, Aleitamento Materno, Saúde Materna, Obstétrica/Ginecológica e Violência.

**PAULA CRISTINA VAQUEIRINHO BILRO** – Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Mestrado em Sociologia – Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Évora em 2011, Pós-Licenciatura Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia pela Escola Superior de Enfermagem S. João Deus Évora, em 2010, Licenciada em Enfermagem pela mesma Escola em 2003. Possui Pós-Graduação em Administração de Unidades de Saúde desde 2017 pela Universidade de Évora. É Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na USF Alcaldes – Centro de Saúde de Montemor-o-Novo, nomeada em funções de direção e chefia entre 1/3/2017 a 11/04/2019 pelos ACES AC, integrando a Direção de Enfermagem. Integra o Conselho Técnico da Unidade desde 2015, desempenhando funções de responsável do grupo de Enfermagem. É avaliadora dos enfermeiros SIADAP desde 2017. Colabora, como Professora Adjunta Convidada, na Escola Superior de Enfermagem S. João Deus. Orientou dissertações de mestrado.





# GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

Promoção da qualidade na prática clínica

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

  
Ano 2022



# GOVERNAÇÃO CLÍNICA:

Promoção da qualidade na prática clínica

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

  
Ano 2022