RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

FLUXO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES EM EMERGÊNCIA: LACUNAS RELACIONADAS AOS PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS

Talita Cristiana Alves (talita.cristiana@yahoo.com.br)

Fernanda Coura Pena De Sousa (fernandacouraps@gmail.com)

Anna Caroline Leite Costa (anna.leitebh@gmail.com)

Clarissa Costa (clarissacantunes@gmail.com)

Alessandra Ferreira De Souza (alessandraleonel@hotmail.com)

Allana Dos Reis Corrêa (allanareiscorrea@gmail.com)

Introdução: A identificação correta do paciente é estabelecida como a primeira meta internacional de segurança, sendo fundamental para prevenir erros e garantir que o cuidado planejado seja entregue ao indivíduo correto (Roquini et al., 2026). No entanto, a admissão de pacientes não identificados em unidades de emergência rompe com esse protocolo padrão. A ausência de documentos e a incapacidade de autodeclaração, causada por alterações no nível de consciência, traumas graves ou intoxicações, impedem a conferência de identificadores primários (Acar; Tekin 2024; Roquini et al., 2026; Sousa et al.,

2026; Tastad et al., 2021; Umesh et al., 2017). Essa condição de anonimato torna esses pacientes uma população de alta vulnerabilidade, com riscos concretos decorrentes da impossibilidade de acesso ao histórico médico, alergias e condições preexistentes, elevando o risco de eventos adversos, como erros de medicação e atrasos diagnósticos (Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Tastad et al., 2021). O impacto da demora no processo de identificação é determinante para o prognóstico e o desfecho crítico do paciente. Estudo retrospectivo brasileiro demonstrou que permanecer sem identificação por mais de 24 horas está associado a 8,56 vezes mais chances de desfechos adversos, incluindo óbito, cirurgias de emergência ou internação em Unidades de Terapia Intensiva (Sousa et al., 2026). Além da alta mortalidade observada em diferentes contextos globais, a ausência de um protocolo sistematizado de identificação precoce não apenas compromete a segurança biológica do paciente, mas também implica em riscos legais e éticos, reforçando a urgência de estratégias que aliem o atendimento clínico imediato a mecanismos eficazes de identificação desses indivíduos (Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Umesh et al., 2017).

Objetivo: Identificar lacunas no fluxo de identificação de pacientes não identificados em um departamento de emergência.

Método: O estudo foi desenvolvido no departamento de emergência de um hospital público e de grande porte, referência no atendimento a urgências e emergências clínicas e traumáticas no estado de Minas Gerais. A população do estudo compreendeu os 2.425 pacientes não identificados admitidos no departamento de emergência entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022. O tamanho amostral foi calculado para população finita, com margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e variabilidade máxima (p = 0,50), resultando em 332 casos. Adotou-se amostragem aleatória estratificada proporcional por ano de admissão (2019: 53; 2020: 82; 2021: 86; 2022: 111), com seleção realizada no Minitab v.17, sem reposição e exclusão prévia de pacientes transferidos de outros hospitais.

As variáveis foram selecionadas segundo a perspectiva do fluxo de identificação do paciente não identificado (PNI), contemplando fragilidades assistenciais, documentais e administrativas, e foram construídos sete indicadores binários de lacuna (0 = ausência; 1 = presença), sendo eles: Não identificação no departamento de emergência, permanência como PNI maior que um dia, não identificação no desfecho hospitalar, método de identificação ausente/não aplicável, responsável pela identificação ausente/não aplicável, fragilidade documental e óbito antes da identificação.

Com base nesses indicadores, estruturou-se um escore global de lacunas no fluxo de identificação (variação teórica: 0–7 pontos), em que valores mais altos indicam maior acúmulo de fragilidades. O escore foi categorizado em três níveis: baixa carga de lacunas (0–1 ponto), carga moderada (2–3 pontos) e alta carga de lacunas (=4 pontos). Um segundo escore, denominado escore de lacunas posteriores, foi calculado excluindo o indicador relativo ao pronto-atendimento, com o objetivo de avaliar o acúmulo de fragilidades subsequentes à etapa inicial do fluxo e permitir comparações entre pacientes identificados e não identificados nessa fase.

As análises descritivas incluíram frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central para os escores. A associação entre carga de lacunas e desfecho crítico foi avaliada pelo teste qui-quadrado de Pearson, e a comparação dos escores entre grupos, pelo teste de Mann-Whitney. A relação entre identificação no departamento de emergência e lacunas posteriores foi interpretada como associação processual, e não causal, reconhecendo que a não identificação nesta etapa amplia a exposição do paciente ao fluxo institucional como PNI, favorecendo o acúmulo de fragilidades documentais e administrativas. Todas as análises foram realizadas no SPSS v.21, com nível de significância de 5%.

Resultados: Os resultados evidenciam que as lacunas no fluxo de identificação de PNI são frequentes, acumulativas e distribuídas por diferentes etapas do cuidado. A maioria dos pacientes apresentou alta carga de lacunas, especialmente relacionadas à não identificação no PA, permanência como não

identificado no desfecho, ausência de método e ausência de responsável registrado. A análise complementar mostrou que a identificação no departamento de emergência ocupa posição estratégica no fluxo, pois sua ausência esteve associada ao acúmulo posterior de lacunas, as medianas foram de 197,05 para o grupo não identificado (n = 265) e de 45,66 para o grupo identificado (n = 67), com diferença estatisticamente significativa pelo teste de Mann-Whitney (U = 781,000; Z = -12,012; p < 0,001). Esses achados sustentam a necessidade de protocolo assistencial que contemple busca ativa precoce, gatilhos temporais de reavaliação, definição de responsáveis, padronização documental e checklist de identificação antes de alta, transferência, internação ou encerramento do atendimento.

Conclusão: O estudo evidenciou que as lacunas na identificação de pacientes não identificados não são falhas isoladas, mas processos sucessivos que tem início na admissão hospitalar. A alta carga de lacunas observada demonstra que a ausência de uma identificação precoce na emergência funciona como um evento indutor de novas fragilidades administrativas e assistenciais ao longo do fluxo institucional. Diante dos achados, a implementação da busca ativa precoce, de disparadores temporais para reavaliação e o uso de checklists de identificação antes de transferências ou altas, constitui barreiras de segurança contra riscos ético-legais e eventos adversos graves.

Referências

ACAR, D.; TEKIN, F. C.. The problem of unconscious and unidentified patients in emergency department admissions; a 3-year retrospective study. PLOS ONE, [s. l.], v. 19, n. 7, p. e0307540, 24 jul. 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307540. Acesso em: 17 maio 2026.

ROQUINI, G. R. et al. Atendimentos em um pronto-socorro de grande porte a pacientes não identificados vítimas de agressão física. Revista de Enfermagem

do Centro-Oeste Mineiro, [s. l.], v. 16, p. e5726, 2026. DOI: http://doi.org/10.19175/recom.v16i0.5726. Acesso em: 17 maio 2026.

SOUSA, F. C. P. et al. Characteristics of unidentified patients: clinical, structural, and social challenges in a public hospital. Journal of Trauma Nursing, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 82-90, mar./abr. 2026. DOI: https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000907. Acesso em: 17 maio 2026.

TASTAD, K. et al. Unidentified patients in the emergency department: a historical cohort study. Canadian Journal of Emergency Medicine, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 772-777, 17 ago. 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s43678-021-00165-0. Acesso em: 17 maio 2026.

UMESH, A. et al. Unknown Patients and Neurology Casualty Services in an Indian Metropolitan City: A Decades Experience. Annals of Indian Academy of Neurology, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 109-115, abr./jun. 2017. DOI: https://doi.org/10.4103/0972-2327.205764. Acesso em: 17 maio 2026.

Apoio financeiro: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Flujo de identificación de pacientes en emergencias: brechas relacionadas con los pacientes no identificados

Introducción: La identificación correcta del paciente se establece como la primera meta internacional de seguridad, siendo fundamental para prevenir errores y garantizar que la atención planificada sea proporcionada al individuo

correcto (Roquini et al., 2026). Sin embargo, la admisión de pacientes no identificados en unidades de emergencia rompe este protocolo estándar. La ausencia de documentos y la incapacidad de autodeclaración, causadas por alteraciones del nivel de conciencia, traumatismos graves o intoxicaciones, impiden la verificación de identificadores primarios (Acar y Tekin, 2024; Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Tastad et al., 2021; Umesh et al., 2017). Esta condición de anonimato convierte a estos pacientes en una población altamente vulnerable, con riesgos concretos derivados de la imposibilidad de acceder a antecedentes médicos, alergias y condiciones preexistentes, aumentando el riesgo de eventos adversos, como errores de medicación y retrasos diagnósticos (Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Tastad et al., 2021). El impacto de la demora en el proceso de identificación es determinante para el pronóstico y los desenlaces críticos del paciente. Un estudio retrospectivo brasileño demostró que permanecer sin identificación durante más de 24 horas se asocia con una probabilidad 8,56 veces mayor de desenlaces adversos, incluidos fallecimiento, cirugías de emergencia o ingreso en unidades de cuidados intensivos (Sousa et al., 2026). Además de la alta mortalidad observada en diferentes contextos globales, la ausencia de un protocolo sistematizado de identificación temprana no solo compromete la seguridad biológica del paciente, sino que también implica riesgos legales y éticos, reforzando la urgencia de estrategias que combinen la atención clínica inmediata con mecanismos eficaces de identificación de estos individuos (Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Umesh et al., 2017).

Objetivo: Identificar brechas en el flujo de identificación de pacientes no identificados en un departamento de emergencias.

Método: El estudio se desarrolló en el departamento de emergencias de un hospital público de gran porte, referencia en la atención de urgencias y emergencias clínicas y traumáticas en el estado de Minas Gerais, Brasil. La población del estudio estuvo compuesta por 2.425 pacientes no identificados admitidos en el departamento de emergencias entre enero de 2019 y diciembre

de 2022. El tamaño de la muestra se calculó para una población finita, con un margen de error del 5%, nivel de confianza del 95% y máxima variabilidad (p = 0,50), resultando en 332 casos. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado proporcional por año de admisión (2019: 53; 2020: 82; 2021: 86; 2022: 111), con selección realizada en Minitab v.17, sin reemplazo y con exclusión previa de pacientes transferidos de otros hospitales.

Las variables fueron seleccionadas desde la perspectiva del flujo de identificación del paciente no identificado (PNI), contemplando fragilidades asistenciales, documentales y administrativas. Se construyeron siete indicadores binarios de brecha (0 = ausencia; 1 = presencia): no identificación en el departamento de emergencias, permanencia como PNI por más de un día, no identificación al desenlace hospitalario, método de identificación ausente/no aplicable, responsable de la identificación ausente/no aplicable, fragilidad documental y fallecimiento antes de la identificación.

Con base en estos indicadores, se estructuró una puntuación global de brechas en el flujo de identificación (rango teórico: 0–7 puntos), donde valores más altos indican una mayor acumulación de fragilidades. La puntuación se categorizó en tres niveles: baja carga de brechas (0–1 punto), carga moderada (2–3 puntos) y alta carga de brechas (=4 puntos). Una segunda puntuación, denominada puntuación de brechas posteriores, se calculó excluyendo el indicador relativo al servicio de urgencias, con el objetivo de evaluar la acumulación de fragilidades posteriores a la etapa inicial del flujo y permitir comparaciones entre pacientes identificados y no identificados en esa fase.

Los análisis descriptivos incluyeron frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central para las puntuaciones. La asociación entre la carga de brechas y el desenlace crítico se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, y la comparación de las puntuaciones entre grupos se realizó mediante la prueba de Mann-Whitney. La relación entre la identificación en el departamento de emergencias y las brechas posteriores se interpretó como una asociación procesual y no causal, reconociendo que la no identificación en esta etapa aumenta la exposición del paciente al flujo institucional como PNI, favoreciendo la acumulación de fragilidades

documentales y administrativas. Todos los análisis se realizaron en SPSS v.21, con un nivel de significación del 5%.

Resultados: Los resultados evidenciaron que las brechas en el flujo de identificación de pacientes no identificados son frecuentes, acumulativas y están distribuidas en diferentes etapas de la atención. La mayoría de los pacientes presentó una alta carga de brechas, especialmente relacionadas con la no identificación en urgencias, la permanencia como no identificado al desenlace, la ausencia de método de identificación y la ausencia de un responsable registrado. El análisis complementario mostró que la identificación en el departamento de emergencias ocupa una posición estratégica dentro del flujo, ya que su ausencia se asoció con la acumulación posterior de brechas. Los rangos promedio fueron de 197,05 para el grupo no identificado (n = 265) y de 45,66 para el grupo identificado (n = 67), con una diferencia estadísticamente significativa según la prueba de Mann-Whitney ($U = 781,000$; $Z = -12,012$; $p < 0,001$). Estos hallazgos respaldan la necesidad de un protocolo asistencial que contemple búsqueda activa temprana, desencadenantes temporales de reevaluación, definición de responsables, estandarización documental y una lista de verificación de identificación antes del alta, transferencia, hospitalización o cierre de la atención.

Conclusión: El estudio evidenció que las brechas en la identificación de pacientes no identificados no constituyen fallas aisladas, sino procesos sucesivos que comienzan en la admisión hospitalaria. La alta carga de brechas observada demuestra que la ausencia de una identificación temprana en emergencias funciona como un evento desencadenante de nuevas fragilidades administrativas y asistenciales a lo largo del flujo institucional. Frente a estos hallazgos, la implementación de búsqueda activa temprana, mecanismos temporales de reevaluación y listas de verificación de identificación antes de transferencias o altas constituye una barrera de seguridad frente a riesgos ético-legales y eventos adversos graves.

Referencias

ACAR, D.; TEKIN, F. C.. The problem of unconscious and unidentified patients in emergency department admissions; a 3-year retrospective study. PLOS ONE, [s. l.], v. 19, n. 7, p. e0307540, 24 jul. 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307540. Acesso em: 17 maio 2026.

ROQUINI, G. R. et al. Atendimentos em um pronto-socorro de grande porte a pacientes não identificados vítimas de agressão física. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, [s. l.], v. 16, p. e5726, 2026. DOI: http://doi.org/10.19175/recom.v16i0.5726. Acesso em: 17 maio 2026.

SOUSA, F. C. P. et al. Characteristics of unidentified patients: clinical, structural, and social challenges in a public hospital. Journal of Trauma Nursing, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 82-90, mar./abr. 2026. DOI: https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000907. Acesso em: 17 maio 2026.

TASTAD, K. et al. Unidentified patients in the emergency department: a historical cohort study. Canadian Journal of Emergency Medicine, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 772-777, 17 ago. 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s43678-021-00165-0. Acesso em: 17 maio 2026.

UMESH, A. et al. Unknown Patients and Neurology Casualty Services in an Indian Metropolitan City: A Decades Experience. Annals of Indian Academy of Neurology, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 109-115, abr./jun. 2017. DOI: https://doi.org/10.4103/0972-2327.205764. Acesso em: 17 maio 2026.

Apoyo financiero: Este trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamiento 001.

Patient Identification Flow in Emergency Care: Gaps Related to Unidentified Patients

Introduction: Correct patient identification is established as the first international patient safety goal and is essential to prevent errors and ensure that planned care is delivered to the correct individual (Roquini et al., 2026). However, the admission of unidentified patients to emergency units disrupts this standard protocol. The absence of identification documents and the inability to self-identify due to altered levels of consciousness, severe trauma, or intoxication prevent verification of primary patient identifiers (Acar & Tekin, 2024; Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Tastad et al., 2021; Umesh et al., 2017). This state of anonymity makes these patients a highly vulnerable population, facing substantial risks resulting from the inability to access medical history, allergies, and preexisting conditions, thereby increasing the likelihood of adverse events such as medication errors and diagnostic delays (Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Tastad et al., 2021). Delays in the identification process significantly affect patient prognosis and critical outcomes. A Brazilian retrospective study demonstrated that remaining unidentified for more than 24 hours is associated with an 8.56-fold increase in the odds of adverse outcomes, including death, emergency surgery, or admission to an intensive care unit (Sousa et al., 2026). In addition to the high mortality reported across different global settings, the absence of a standardized early identification protocol not only compromises patient safety but also creates legal and ethical risks, reinforcing the urgency of strategies that combine immediate clinical care with effective mechanisms for identifying these individuals (Roquini et al., 2026; Sousa et al., 2026; Umesh et al., 2017).

Objective: To identify gaps in the identification flow of unidentified patients in an emergency department.

Methods: This study was conducted in the emergency department of a large public hospital that serves as a referral center for clinical and trauma emergencies in the state of Minas Gerais, Brazil. The study population consisted of 2,425 unidentified patients admitted to the emergency department between January 2019 and December 2022. Sample size was calculated for a finite population using a 5% margin of error, a 95% confidence level, and maximum variability ($p = 0.50$), resulting in a sample of 332 cases. Proportional stratified random sampling by year of admission was adopted (2019: 53; 2020: 82; 2021: 86; 2022: 111), with selection performed using Minitab v.17, without replacement, and after excluding patients transferred from other hospitals.

Variables were selected from the perspective of the unidentified patient (UP) identification flow, encompassing care-related, documentation-related, and administrative vulnerabilities. Seven binary gap indicators (0 = absent; 1 = present) were developed: lack of identification in the emergency department, remaining unidentified for more than one day, lack of identification at hospital outcome, absent/not applicable identification method, absent/not applicable person responsible for identification, documentation fragility, and death before identification.

Based on these indicators, a global identification-flow gap score (theoretical range: 0–7 points) was developed, with higher values indicating greater accumulation of vulnerabilities. The score was categorized into three levels: low gap burden (0–1 point), moderate gap burden (2–3 points), and high gap burden (=4 points). A second score, termed the post-admission gap score, was calculated excluding the indicator related to emergency department identification, aiming to evaluate the accumulation of vulnerabilities after the initial stage of the flow and to allow comparisons between patients identified and not identified during that phase.

Descriptive analyses included absolute and relative frequencies and measures of central tendency for the scores. The association between gap burden and critical outcomes was assessed using Pearson's chi-square test, while score comparisons between groups were performed using the Mann-Whitney test. The relationship between identification in the emergency department and subsequent gaps was interpreted as a process-related association rather than a causal relationship, recognizing that failure to identify patients at this stage increases their exposure to the institutional flow as unidentified patients, thereby favoring the accumulation of documentation and administrative vulnerabilities. All analyses were performed using SPSS v.21, adopting a significance level of 5%.

Results: The findings demonstrated that gaps in the identification flow of unidentified patients are frequent, cumulative, and distributed across different stages of care. Most patients presented a high burden of gaps, particularly related to lack of identification in the emergency department, remaining unidentified at hospital outcome, absence of an identification method, and absence of a documented responsible party. Additional analysis showed that identification in the emergency department occupies a strategic position within the process, as its absence was associated with the subsequent accumulation of gaps. Mean ranks were 197.05 for the unidentified group (n = 265) and 45.66 for the identified group (n = 67), with a statistically significant difference according to the Mann-Whitney test ($U = 781.000$; $Z = -12.012$; $p < 0.001$). These findings support the need for a care protocol incorporating early active search strategies, time-based reassessment triggers, designation of responsible personnel, standardized documentation, and an identification checklist before discharge, transfer, hospital admission, or completion of care.

Conclusion: The study demonstrated that gaps in the identification of unidentified patients are not isolated failures but rather successive processes that begin at hospital admission. The high burden of gaps observed indicates that the absence of early identification in emergency care acts as a triggering event for additional administrative and care-related vulnerabilities throughout the

institutional care pathway. In light of these findings, implementing early active identification strategies, time-based reassessment triggers, and identification checklists before transfers or discharge constitutes an important safety barrier against ethical-legal risks and serious adverse events.

References:

ACAR, D.; TEKIN, F. C.. The problem of unconscious and unidentified patients in emergency department admissions; a 3-year retrospective study. PLOS ONE, [s. l.], v. 19, n. 7, p. e0307540, 24 jul. 2024. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307540. Acesso em: 17 maio 2026.

ROQUINI, G. R. et al. Atendimentos em um pronto-socorro de grande porte a pacientes não identificados vítimas de agressão física. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, [s. l.], v. 16, p. e5726, 2026. DOI: http://doi.org/10.19175/recom.v16i0.5726. Acesso em: 17 maio 2026.

SOUSA, F. C. P. et al. Characteristics of unidentified patients: clinical, structural, and social challenges in a public hospital. Journal of Trauma Nursing, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 82-90, mar./abr. 2026. DOI: https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000907. Acesso em: 17 maio 2026.

TASTAD, K. et al. Unidentified patients in the emergency department: a historical cohort study. Canadian Journal of Emergency Medicine, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 772-777, 17 ago. 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s43678-021-00165-0. Acesso em: 17 maio 2026.

UMESH, A. et al. Unknown Patients and Neurology Casualty Services in an Indian Metropolitan City: A Decades Experience. Annals of Indian Academy of

Neurology, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 109-115, abr./jun. 2017. DOI: https://doi.org/10.4103/0972-2327.205764. Acesso em: 17 maio 2026.

Funding: This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Palavras-chave: identificação do paciente; segurança do paciente; serviços médicos de emergência; cuidados de enfermagem; pacientes não identificados.