UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PATRICIA REIS ALVES DOS SANTOS

**Ações de Gerenciamento da Segurança do Paciente em um
Serviço de Emergência**

RIBEIRÃO PRETO
2016

PATRICIA REIS ALVES DOS SANTOS

Ações de Gerenciamento da Segurança do Paciente em um
Serviço de Emergência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional
em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Cuidado em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi
Rocha

RIBEIRÃO PRETO
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Patrícia Reis Alves dos

Ações de Gerenciamento da Segurança do Paciente em um Serviço de Emergência. Ribeirão Preto, 2016.

147p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

1. Segurança do Paciente. 2. Gestão de Risco. 3. Serviço Hospitalar de Emergência.

SANTOS, Patrícia Reis Alves dos

Ações de Gerenciamento da Segurança do Paciente em um Serviço de Emergência

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu pai, **Joaquim Henrique dos Santos**, in memoriam, exemplo de luta e perseverança, mesmo desconhecendo a magnitude deste trabalho, incentivou-me a seguir em frente. Seu sorriso, saudade eterna.*

*À minha mãe, **Maria Marta**, aos meus queridos irmãos **Jorge, Lucas e Elizângela**, pelo amor, afeto, confiança, sem os quais não teria conseguido superar os desafios. Com vocês sempre estarei segura.*

*À minha querida amiga **Zilda Melo**, pelo incentivo e motivação na idealização deste trabalho.*

*Ao meu esposo, **Juliano Vieira de Paula**, pela compreensão da ausência, pelo incentivo diário, por compartilhar alegrias e apoiar-me em momentos de luta e superação na construção deste trabalho. Com você, me sinto capaz.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, saúde e proteção. Todos os meus caminhos estão entregues a ti.

À Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, por me acolher, acreditar em meu trabalho e incentivar-me a continuar no momento em que mais precisava. Agradeço imensamente pelos conhecimentos compartilhados, pela paciência, sabedoria e motivação. Esta vivência contribuiu para meu crescimento profissional e humano. Sinto-me fortalecida para prosseguir na busca por meus ideais, em prol de um cuidado qualificado e seguro.

Aos meus amigos Jasminor, Valéria e Raquel, pelo apoio no momento da coleta de dados. Contribuíram imensamente para o desenvolvimento deste trabalho

À equipe do Serviço de Emergência, pelo envolvimento e imensa contribuição. Com a participação de todos, acreditamos ser possível um cuidado de excelência.

Às minhas companheiras de trabalho, pelas palavras de apoio, por estarem presentes e sempre dispostas a ajudar, prefiro não citar nomes para não cometer injustiça.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

Mais uma vez ...

*(...) Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
Quem acredita sempre alcança!*

Renato Russo

RESUMO

SANTOS, P. R. A. dos. **Ações de Gerenciamento da Segurança do Paciente em um Serviço de Emergência**. 2016. 147f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, 2016.

Embora o tema Segurança do Paciente esteja em crescente evidência, não pode ser considerado novo. Mais recentemente, temos acompanhado na mídia a veiculação de notícias envolvendo erros durante o cuidado em saúde, com a conotação de que estão sempre associados a descuido ou despreparo, assim como a más práticas profissionais. Embora erros sejam indesejáveis, não há como negar que ocorrem e têm repercussões ao paciente, ao profissional e à instituição. Contextualizar segurança do paciente no cenário das instituições de saúde é um desafio, e abordar esta temática no contexto dos serviços de urgência e emergência é tarefa ainda mais complexa, tendo em vista a dinâmica de atendimento, a carência quantitativa e qualitativa de recursos, imprevisibilidade da demanda e as características próprias destes serviços, que os tornam locais de alto risco para ocorrência de erros durante o cuidado em saúde. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente no contexto de um serviço de urgência e emergência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação, desenvolvida em um serviço não hospitalar de pronto atendimento de urgência e emergência do interior do Estado de São Paulo. Para a construção dos dados, foram utilizados grupo focal e entrevistas semiestruturadas. Participaram deste estudo 33 trabalhadores de enfermagem. Os dados foram interpretados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. O presente estudo possibilitou conhecer as vivências dos trabalhadores diante de riscos e ocorrências de erros no ambiente de trabalho, bem como as ações passíveis de serem implementadas para melhorar a segurança do paciente. Evidenciaram-se situações envolvendo riscos aos quais os pacientes estão expostos durante o atendimento em um serviço de emergência, tais como falhas na identificação dos pacientes, no processo de terapia medicamentosa, quedas durante a prestação do cuidado e risco de infecção e contaminação por exposição a material biológico, atribuíveis a diversos fatores que permeiam o processo do cuidado em saúde. Como parte das ações prioritárias, destacou-se a necessidade tanto de identificação e avaliação dos riscos apresentados pelos pacientes quanto de fortalecimento da adoção de práticas seguras, com foco na identificação dos pacientes, na terapia medicamentosa, no risco para quedas e na implantação de pulseiras de identificação e com alertas de risco de queda e alergias. Na perspectiva dos participantes, são também medidas importantes: informatização da prescrição médica; ampliação do olhar para o ambiente e as condições de trabalho como fatores de risco para ocorrências de incidentes; e ações de educação em serviço com foco na adesão às ações a serem implementadas. A divulgação desta experiência poderá contribuir para reflexão e expansão de estratégias em segurança do paciente e subsidiar futuros estudos.

Descritores: Segurança do Paciente; Gestão de Risco; Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

SANTOS, P. R. A. dos. **Management Actions towards Patient Safety in an Emergency Service.** 2016. 147pp. Dissertation (Master's degree) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, 2016.

Although the issue of Patient Safety is on growing evidence, it cannot be considered as a novelty. More recently, we have followed the disclosure of news involving errors during health care in the media, with the connotation that they are always associated with neglect or lack of preparation, as well as with bad professional practices. Although errors are undesirable, there is no denying that they occur and have an impact on patients, professionals and institutions. Contextualizing patient safety in the scenario of health institutions is a challenge, and addressing this issue in the context of urgency and emergency services is an even more complex task, bearing in mind the dynamics of care, the quantitative and qualitative shortage of resources, the unpredictable demand and the typical characteristics of these services, which transform them into high-risk places for the occurrence of errors during health care. Accordingly, this study intends to develop actions related to patient safety in the context of an urgency and emergency service. This is a qualitative research, typified as research-action, developed in a non-hospital emergency care service in the State of São Paulo. In order to produce data, we used focus groups and semi-structured interviews. This study was attended by 33 nursing workers. Data were interpreted through the Content Analysis technique, in its thematic modality. This study has enabled us to know the experiences of workers in the face of risks and occurrences of errors in the work environment, as well as the actions likely to be implemented to improve patient safety. We have found situations involving risks to which patients are exposed during health care procedures in an emergency service, such as failure to identify users, flaws during the drug therapy process, falls during the provision of care, and risk of infection and contamination by exposure to biological material, which may be attributable to several factors that permeate the health care process. As part of the priority actions, we should highlight the need both to identify and assess the risks shown by patients and to strengthen the adoption of safe practices, with an emphasis on the identification of users, drug therapy and risk of falls, and on the implementation of identification bracelets, besides risk alerts related to falls and allergies. From the perspective of the participants, the following measures are also relevant: computerization of the medical prescription; expansion of the gaze towards the environment and the work conditions as risk factors for incidental occurrences; and in-service educational actions, with an emphasis on the adherence to the actions to be implemented. The disclosure of this experience may contribute to the reflection and expansion of patient safety strategies and subsidize future studies.

Descriptors: Patient Safety; Risk Management; Emergency Service, Hospital

RESUMEN

SANTOS, P. R. A. dos. **Acciones de Gestión de la Seguridad del Paciente en un Servicio de Emergencia**. 2016. 147h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (EERP-USP). Ribeirão Preto, 2016.

Aunque la cuestión de la Seguridad del Paciente esté demostrando una creciente evidencia, no se puede considerarla como una innovación. Más recientemente, hemos seguido la difusión de noticias involucrando errores durante la atención sanitaria en los medios, con la connotación de que siempre se asocian con descuido o falta de preparación, así como con malas prácticas profesionales. Aunque que los errores sean indeseables, no se puede negar que se producen y tienen repercusiones para el paciente, el profesional y la institución. Contextualizar la seguridad del paciente en el escenario de las instituciones de salud es un reto, y abordar esta cuestión en el contexto de los servicios de urgencia y emergencia es una tarea aún más compleja, teniendo en cuenta la dinámica de atención, la carencia cuantitativa y cualitativa de recursos, la imprevisibilidad de la demanda y las características particulares de estos servicios, que los convierten en lugares de alto riesgo para la ocurrencia de errores durante la atención sanitaria. Al respecto, este estudio aspira a desarrollar acciones relacionadas con la seguridad del paciente en el contexto de un servicio de urgencia y de emergencia. Se trata de una investigación cualitativa, tipificada como investigación-acción, que se desarrolló en un servicio no hospitalario de atención de emergencia en el Estado de São Paulo. Para producir los datos, se utilizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Este estudio contó con la participación de 33 trabajadores de enfermería. Los datos fueron interpretados a través de la técnica de Análisis de Contenido, en su modalidad temática. El presente estudio ha permitido conocer las experiencias de los trabajadores ante los riesgos y las ocurrencias de errores en el entorno de trabajo, así como las acciones que pueden utilizarse para mejorar la seguridad del paciente. Se evidenciaron situaciones involucrando riesgos a los que están expuestos los pacientes durante la atención en un servicio de emergencia, tales como fallas en la identificación de los pacientes y en el proceso de la terapia farmacológica, caídas durante la prestación de la atención y el riesgo de infección y contaminación por la exposición a material biológico, las cuales son atribuibles a varios factores que impregnan el proceso de atención sanitaria. Como parte de las acciones prioritarias, se destacó la necesidad tanto de identificar y evaluar los riesgos presentados por los pacientes como de reforzar la adopción de prácticas seguras, haciendo hincapié en la identificación de los paciente, en la terapia farmacológica, en el riesgo de caídas y en la implantación de brazaletes de identificación, además de las alertas de riesgo para caídas y alergias. Desde la perspectiva de los participantes, las siguientes medidas también son importantes: informatización de la receta médica; la expansión de la mirada para el entorno y las condiciones de trabajo como factores de riesgo para las ocurrencias de incidentes; y acciones de educación en servicio, haciendo hincapié en la adhesión a las acciones a poner en marcha. La difusión de esta experiencia podría contribuir a la reflexión y la expansión de las estrategias de seguridad del paciente y subvencionar futuros estudios.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Gestión de Riesgos; Servicio Hospitalario de Emergencia .

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Síntese do Diagnóstico situacional.....	49
Quadro 2 -	Síntese das ações propostas para práticas seguras na identificação do paciente.....	95
Quadro 3 -	Síntese das ações propostas para implantação de práticas seguras no processo de terapia medicamentosa.....	96
Quadro 4 -	Síntese das ações propostas para prevenção de quedas....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes das entrevistas e do grupo focal conforme as variáveis: sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de formação na função e atuação, formação complementar.....	46
---	----

LISTA DE SIGLAS

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GF	Grupo Focal
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Segurança do paciente nos serviços de saúde.....	17
1.2	Gerenciamento da segurança nos serviços de saúde.....	20
1.3	Gerenciamento da segurança do paciente no contexto dos serviços de urgência e emergência inseridos nas redes de atenção à saúde.....	24
2.	OBJETIVOS.....	30
2.1	Objetivo Geral.....	31
2.2	Objetivos Específicos.....	31
3.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
3.1	Delineamento do estudo.....	33
3.2	Cenário.....	34
3.3	Participantes.....	36
3.4	Procedimentos éticos.....	36
3.5	Desenvolvimento do estudo.....	37
3.5.1	Explorando as vivências.....	37
3.5.2	Aprofundando a discussão.....	39
3.5.3	Trabalhando coletivamente.....	42
3.5.4	Avaliação e divulgação dos resultados.....	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	45
4.2	Diagnóstico Situacional.....	48
4.2.1	Percepção e vivência dos trabalhadores diante dos riscos e incidentes no contexto do trabalho.....	50
4.2.2	Fatores contribuintes para riscos e ocorrências de incidentes.....	68
4.2.3	Conduzindo as ocorrências.....	86
4.2.4	Impacto dos incidentes ao paciente e família, aos trabalhadores e ao serviço de saúde.....	90
4.3	Plano de Ação: ações de gerenciamento da segurança em um serviço de urgência e emergência.....	93
4.3.1	Implantar práticas seguras para identificação do paciente e dos riscos.....	98
4.3.2	Implantar práticas seguras para uso, prescrição e administração de medicamentos	102
4.3.3	Implantar ações para prevenção de quedas.....	106
4.4	Gerenciamento da segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: uma luta de todos.....	109
5.	CONCLUSÕES.....	111
	REFERENCIAS.....	116
	APÊNDICES.....	134
	ANEXOS.....	145

APRESENTAÇÃO

Constantemente temos acompanhado na mídia a veiculação de notícias sobre erros durante o cuidado em saúde, com a conotação de que estão sempre associados a descuido ou despreparo, assim como a más práticas profissionais. Destas discussões decorrem reflexões de culpabilidade e punição, além da equivocada percepção de que o erro é inaceitável durante o cuidado em saúde.

Parece óbvio que, em se tratando de cuidado em saúde, o princípio básico seja não causar danos, no entanto, uma vez que o erro é inerente à condição humana, pode estar presente também em tal atividade.

Mais do que aceitar que o erro é uma condição humana, faz-se necessário compreender as circunstâncias que contribuem para a sua ocorrência no sentido de não vincular causas apenas a ações individuais. Deve-se, ao contrário, investigar o contexto onde ocorrem, de modo a ampliar o entendimento e visualizar soluções para o alcance de cuidado mais seguro.

Nesta perspectiva, tive a oportunidade de vivenciar a gestão de riscos para a segurança do cuidado ao paciente durante minha experiência profissional como enfermeira em um hospital privado, acreditado pela Organização Nacional de Acreditação–ONA. A referida instituição desenvolvia ações voltadas para minimização de riscos e implementação de protocolos de segurança do paciente, por meio de estratégias baseadas em discussões da equipe para a compreensão do contexto de trabalho e solução de problemas.

Contudo, minha inquietude em relação a esta temática advém da minha vivência profissional como Responsável Técnica e enfermeira em serviços de emergência. Vivenciei, no decorrer de minha trajetória, inúmeros problemas relacionados à ausência de adoção de gestão de risco e uma cultura de ações reativas em detrimento da prevenção e motivação para aprofundamento da temática, o que me levou a melhor investigar esta questão em meu estudo de mestrado.

O desenvolvimento deste estudo fundamenta-se na metodologia da pesquisa-ação, a qual se coaduna com a minha postura profissional, uma vez que, na condição de enfermeira e líder de equipe, acredito no envolvimento de todos os sujeitos para a organização dos processos de trabalho em saúde. Acredito também que todos devam ser encorajados a participar ativamente da identificação de problemas e do planejamento, bem como da execução e avaliação de ações, em busca de melhorias no cuidado prestado, a fim de construir diariamente uma prática

participativa.

O mesmo aplica-se à discussão da temática de gestão de riscos e segurança do paciente na rotina diária de um serviço de emergência. Envolver os trabalhadores de enfermagem na identificação de situações de riscos, na compreensão do contexto e das principais estratégias a serem adotadas para minimização destes riscos, pode contribuir para melhorias nos processos de trabalho, com consequências diretas na segurança do paciente.

Assim, o que me motivou a desenvolver este estudo foi a inquietação por explorar as vivências dos trabalhadores de enfermagem diante dos riscos potencialmente presentes em um serviço de urgência e emergência, bem como a busca por compreender de que forma podemos atuar coletivamente para ampliar ações voltadas à segurança do paciente, na perspectiva destes trabalhadores.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente compreende ações de redução dos riscos de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde a um nível que possa ser aceito (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2009a).

Embora o tema “Segurança do Paciente” esteja em crescente evidência, não pode ser considerado algo recente, uma vez que se encontra relatado na literatura há mais dois mil anos (TRINDADE; LAGE, 2014). Hipócrates, considerado o pai da medicina, já assumia a premissa de “antes de tudo, não causar danos”, no tratamento de seus pacientes (WACHTER, 2013).

Em 1855, Florence Nightingale, enfermeira inglesa à frente de sua época, também demonstrava preocupações relacionadas à manutenção de um ambiente limpo, organizado e a separação dos pacientes mais graves (início do atual conceito de triagem), o que contribuiria para a redução da mortalidade entre os soldados em curto espaço de tempo, na guerra da Crimeia (PEDREIRA; CHANES, 2011; VARGAS et al., 2007).

No entanto, as discussões ganharam força e destaque mundial após a publicação do documento intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999. Este documento, elaborado pelo *Instituto of Medicine* (IOM) com base na revisão de milhares de prontuários, evidenciou para o mundo que erros durante a assistência em saúde são frequentes e ocasionam milhares de mortes e sequelas incapacitantes todos os dias. Até então, erros associados aos cuidados em saúde eram considerados inevitáveis (KOHN, 2000).

Na mesma época, relatório publicado no Reino Unido, denominado “*Organization with a Memory*”, revelou um cenário semelhante, com dimensões sociais e econômicas expressas pelo sofrimento dos pacientes e das famílias, bem como pelo aumento dos custos diretos com gastos adicionais aos cuidados em saúde (TRINDADE; LAGE, 2014).

Outros estudos também evidenciaram a magnitude do problema no cenário mundial, no sentido de alertar organizações/gestores de saúde, profissionais e pacientes e, assim, contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas

capazes de subsidiar estratégias nos âmbitos local, regional, nacional e internacional (MENDES, 2013; SOUSA, 2011; SOUSA; MENDES, 2014).

No ano de 2004, a OMS instituiu a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, atualmente denominada Programa de Segurança do Paciente, cujo objetivo era aprimorar as práticas assistenciais em todo o mundo e inserir a temática em posição de destaque na agenda de políticas públicas de muitos países.

Um dos elementos centrais desta iniciativa foi fomentar e fortalecer as ações em segurança do paciente, segundo o proposto pelos “Desafios Globais para a Segurança do Paciente”. Objetivava-se identificar e orientar ações de prevenção de riscos inerentes à assistência em saúde e, ao mesmo tempo, nortear os países com interesse na implantação de tais desafios (WHO, 2008; 2009b).

No Brasil, os Desafios Globais têm sido incorporados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio de ações que envolvem tradução e disponibilização de material informativo, manuais e cartazes voltados a profissionais e gestores de saúde (ANVISA, 2011a).

No ano de 2005, por exemplo, o desafio enfatizou a higienização das mãos, sob o título “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura”, com foco na prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde. Já em 2007, trouxe o tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade causada por intervenções cirúrgicas (WHO, 2008, 2009b).

Após as iniciativas de implantação dos Desafios Globais, resultados positivos têm sido obtidos, a exemplo da implementação do “*check list*” de cirurgia segura proposto pela OMS, considerado ferramenta útil na redução de eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos (PANCIERI et al., 2013; VENDRAMINI et al., 2010).

No âmbito da Enfermagem, também houve avanços nas ações para segurança do paciente. Em novembro de 2005, no Chile, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criou-se a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente. No Brasil, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) foi formalmente constituída no ano de 2008, com o compromisso de divulgar metas para criação de polos e núcleos, em todo o território nacional, por meio da articulação de instituições direta ou indiretamente ligadas à saúde (REBRAENSP, 2013).

No movimento de ampliação das ações em segurança com base na realidade brasileira, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN/SP), em parceria com a REBRAENSP, publicou cartilha com os “10 Passos para a Segurança do Paciente”. O material define ações pautadas em evidências científicas e traz recomendações de práticas seguras acerca de aspectos relevantes à segurança do paciente (COREN/SP, 2010).

Também com o propósito de fortalecer e ampliar o debate sobre questões pertinentes à segurança do paciente e diante da necessidade de alinhar as ações realizadas no âmbito nacional (por órgãos reguladores da assistência em saúde, como a ANVISA, associações científicas, conselhos de classes ou iniciativas da sociedade civil organizada), o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a ANVISA, publicou algumas diretrizes normativas. As principais foram a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº63, no ano de 2011, a Portaria nº529 e a RDC nº36, em 2013 (ANVISA, 2011b, 2013a; BRASIL, 2013a).

A RDC nº63, especificamente, preconiza a adoção de boas práticas por parte dos serviços de saúde públicos ou privados, civis ou militares, inclusive aqueles que implementam ações de ensino e pesquisa. A Resolução define padrões mínimos para o funcionamento destes serviços no que se refere à prestação e gestão do cuidado em saúde (ANVISA, 2011b).

Já a Portaria nº529, de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e a RDC nº36 de 2013, resolução mais recente, propõe ações de promoção com vistas à segurança do paciente (ANVISA, 2013a; BRASIL, 2013a).

O PNSP representa um avanço enquanto política pública, na medida em que reconhece a magnitude dos eventos adversos no país, incentiva o envolvimento de gestores, profissionais e pacientes, fomenta a ampliação do conhecimento sobre a temática e define os princípios e as diretrizes para uma gestão de risco em prol da qualidade e segurança no cuidado. Estabelece também algumas estratégias para promoção de ações para mitigação de ocorrências de eventos decorrentes do cuidado em saúde (BRASIL, 2013a), a saber:

- Identificar corretamente o paciente;
- Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde;
- Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de

medicamentos;

- Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e paciente corretos;
- Higienizar as mãos para evitar infecção;
- Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Após as propostas advindas da criação do PNSP, também no ano de 2013, o MS, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a ANVISA, publicou os protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pelas Portarias nº 1377 e 2095 (BRASIL, 2013b, 2013c).

Os protocolos têm como principais objetivos direcionar os profissionais e gestores na implementação das ações em segurança para o cuidado em saúde. Para tanto, tem-se investido na divulgação de tais protocolos, por meio de publicações e da sensibilização para a adesão das instituições de saúde públicas ou privadas. O material encontra-se disponível em endereço eletrônico, na página da ANVISA, para facilitar o acesso (BRASIL, 2013d, 2013e, 2013f, 2013g).

1.2 Gerenciamentos da Segurança nos Serviços de Saúde

Contextualizar Segurança do Paciente no cenário das instituições de saúde é um constante desafio, pois a assistência à saúde sempre envolverá riscos, em virtude dos avanços tecnológicos, da diversidade de processos organizacionais e de uma demanda cada dia mais ascendente. Conhecer os riscos que podem elevar o potencial para a ocorrência de falhas, analisá-los e implementar barreiras para minimizá-los são atitudes que poderão contribuir para a menor ocorrência de eventos adversos (SOUSA; MENDES et al, 2014).

Quando as barreiras de prevenção são ultrapassadas, vivenciamos situações concretas de erros que envolvem o cuidado em saúde. O erro pode ser entendido como uma falha na prática de uma ação, durante o planejamento ou a execução, sendo sempre considerado não intencional (WHO, 2009a).

No entanto, embora erros sejam sempre indesejáveis, não é possível negar que ocorrem e têm repercussões para o paciente, profissional e instituições. O risco, por sua vez, é descrito como a probabilidade de ocorrência destas falhas,

(WHO, 2009a).

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnica- ABNT (2009), o risco pode ser definido como um desvio em relação aos objetivos esperados em uma organização, podendo envolver metas financeiras, de saúde e segurança e ambientais. Todas as organizações, por sua vez, são passíveis de influências e fatores internos e externos que podem comprometer o alcance dos objetivos por elas propostos.

A complexidade do trabalho em saúde, por si só, tem se mostrado capaz de aumentar os riscos e, portanto, conhecê-los é o primeiro passo para gerenciá-los. Desse modo, será possível criar mecanismos de prevenção e evitar que atinjam o paciente (HARADA et al., 2006).

Assim, a gestão de riscos pode ser compreendida como a aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão, para estabelecimento do contexto, identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos. Deve estar incorporada no âmbito de políticas e práticas de qualquer organização (ABNT, 2009).

O PNSP traz algumas recomendações para gestão de riscos nas organizações, tais como: diagnóstico de situações de processos, atividades e procedimentos realizados no ambiente, a fim de implantar o Plano de Segurança do Paciente (PSP); avaliação e análise dos riscos que possam ocorrer; implantação de ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir riscos, definindo cronograma e responsabilidades pelas ações, elaborado com base na identificação de problemas prioritários e análise das causas.

Como princípios e diretrizes elementares para uma gestão de risco assertiva, podem ser destacados: criação de uma cultura de segurança; estruturação dos processos de gestão de risco, processos assistenciais e organizacionais, assim como articulação sistemática entre estes processos. Recomenda-se também que os serviços de saúde disponham de indicadores e padrões de conformidades para a mensuração da qualidade dos serviços, de modo que possam acompanhar os resultados das ações, dos programas e sistemas de saúde (ANVISA, 2013a, 2014a; BRASIL, 2013a).

De acordo com Harada e colaboradores (2006) e Feldman (2009), a preocupação com a gestão de riscos surgiu nos EUA, a partir dos anos 50, em

decorrência do desenvolvimento industrial, cujo principal objetivo era o gerenciamento dos patrimônios empresariais, entre eles o de apólices de seguros.

A metodologia de gestão de riscos foi incorporada à saúde há pouco menos de 30 anos, também nos EUA, em resposta a ações judiciais movidas contra serviços de saúde, em decorrência de práticas na assistência que ocasionaram danos a pacientes e prejuízos às instituições hospitalares (FELDMAN, 2009; HARADA et al., 2006).

Atualmente, esta visão tem sido modificada para além das questões financeiras, incorporada e ampliada com foco na segurança nos processos do cuidado em saúde e na redução de danos e perdas (FELDMAN, 2009).

Tal metodologia pode ser aplicada a qualquer situação que resulte ou possa resultar em algo não esperado ou não desejado, componente essencial para uma gestão de qualidade. Aplicável também a empresas, tanto públicas quanto privadas, filantrópicas, associações, grupos ou indivíduos (ABNT, 2009; FELDMAN, 2004;).

Os avanços na gestão de risco no Brasil começaram a ser observados no ano de 2000, data da criação da Associação Brasileira de Administração dos Riscos na Saúde, sediada na cidade de Londrina, no Paraná (FELDMAN, 2009).

No ano de 2002, a ANVISA implementou o projeto “Hospitais Sentinelas”, que abrange uma rede de mais de 100 hospitais, públicos e privados, em todos os estados brasileiros (ANVISA, 2014b).

A rede de hospitais sentinelas é um conjunto de instituições de saúde que atuam de forma articulada e sistematizada para monitoramento e notificação de eventos adversos. Foi criada com o objetivo de identificar desvios de qualidade nas áreas de tecnovigilância (materiais e equipamentos de uso hospitalar), farmacovigilância (relacionada a medicamentos), hemovigilância (sangue e hemoderivados) e saneantes, e tem ampliado suas ações ao longo dos anos (ANVISA, 2014b; FELDMAN, 2009; HARADA et al., 2006).

Atualmente, o gerenciamento de risco nos serviços de saúde deverá ser realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), em conformidade com o estabelecido no PNSP, sendo instância responsável por promover e apoiar a implantação dos Protocolos de Segurança, bem como as ações para a gestão de risco.

Os NSPs atuam com base na notificação, análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde, por meio da implantação de barreiras e nos programas de capacitação profissional. A RDC nº 36 estabelece a obrigatoriedade da criação de NSP em todas as instituições de saúde (ANVISA, 2013a).

As estratégias de ações de gestão de risco devem constar PSP, sendo a elaboração, implantação e divulgação de competência dos NSP.

Plano de Segurança do Paciente: Documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (ANVISA, 2014a).

Conforme dados da ANVISA, estão cadastrados em todo o território nacional 784 (setecentos e oitenta e quatro) NSP, a maioria no estado de São Paulo. Uma de suas importantes atribuições é a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), o que deve ser feito em módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) (ANVISA, 2015).

Com base nos dados cadastrados no NOTIVISA, é possível analisar e avaliar os resultados obtidos e encontrar subsídios para tomadas de decisões relacionadas a intervenções necessárias para a promoção de ações em prol de melhorias e minimização de riscos. O objetivo final é evitar danos aos pacientes em serviços de saúde e, conseqüentemente, reduzir gastos desnecessários com o tratamento de eventos adversos que poderiam ter sido evitados (ANVISA, 2015).

O envolvimento e a divulgação do processo de gestão de risco a todos os membros da instituição são aspectos fundamentais para a sensibilização e implantação das estratégias em todas as áreas envolvidas e, portanto, devem permear todo o processo de tomada de decisão. (ANVISA, 2014a).

Em 2014, a ANVISA, a fim de subsidiar gestores e profissionais, publicou manual com os passos necessários para constituição, operacionalização e implantação dos NSP nas instituições de saúde. Tal iniciativa contribuiu para a disseminação do conhecimento sobre ferramentas de gestão de risco, protocolos de segurança e demais instrumentos que favorecem a incorporação de indicadores e promoção de uma cultura da segurança (ANVISA, 2014a).

Todas estas ações vêm ao encontro do movimento atual em prol da segurança do paciente, no qual tem sido adotada a abordagem do pensamento sistêmico, que prioriza a criação de sistemas de antecipação dos erros em detrimento da culpabilização individual, assim reconhecendo a fragilidade da condição humana. Esta visão, embora ignorada pela medicina até a última década, tem sido adotada por indústrias de alto risco (WACHTER, 2013).

A análise sistêmica surgiu após investigações de acidentes na aviação civil, quando foi possível observar que um erro em uma única “ponta” era incapaz de ocasionar danos, o que ficou conhecido como “modelo do queijo suíço” proposto por James Reason (2000). Neste modelo, ênfase deve ser atribuída à análise do erro com base em todas as condições que possam ter contribuído para sua ocorrência, e não somente àquelas relacionadas exclusivamente ao comportamento humano.

Sob tal perspectiva, torna-se imprescindível que as instituições de saúde adotem uma política de gestão de riscos centrada no processo, a qual incentive medidas de segurança com foco na prevenção e estimule uma cultura não punitiva diante das ocorrências de erros (CLARO et al., 2011; HINRICHSSEN, 2011; SILVA; CUNHA; MOREIRA, 2011;).

Neste contexto, faz-se necessário incentivar as discussões abertas sobre o tema, considerando que o medo e a punição inibem a apreensão da magnitude do problema. Importante também apoiar o fortalecimento de uma cultura de segurança nas instituições, no sentido de ampliar a visão e o enfrentamento dos profissionais e gestores diante de erros, e que contribua decisivamente para a redução dos riscos e incidentes no contexto em saúde, por propiciar a implementação de ações de melhorias em busca de um cuidado seguro e qualificado.

Diante do exposto, acredita-se que a segurança, o gerenciamento de risco e a qualidade são conceitos indissociáveis na busca da segurança do paciente nas instituições que se propõem a prestar o cuidado em saúde (FELDMAN, 2009).

1.3 Gerenciamento da Segurança do Paciente no Contexto dos Serviços de Urgência e Emergência inseridos nas Redes de Atenção à Saúde

A assistência prestada nos serviços de urgência e emergência tem, como objetivo principal, nas urgências, atuar no restabelecimento dos parâmetros vitais dos indivíduos que necessitam de atendimento rápido, porém sem risco imediato de morte e, nas emergências, em situações de risco iminente de morte. No entanto, diante de todas as dificuldades enfrentadas nestes cenários, assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua, fica muitas vezes aquém do que se considera desejável (AZEVEDO et al., 2010; OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Para abordar a temática segurança do paciente e gerenciamento de risco em serviços de urgências e emergências não hospitalares, conhecidos popularmente como “prontos-socorros”, torna-se imprescindível contextualizar os arranjos políticos, organizativos e estruturais nos quais estão inseridos. A atenção às urgências, foco deste estudo, constitui importante componente da Rede de Atenção à Saúde, sendo que, nas últimas décadas, houve aumento na procura por estes serviços, resultando em uma demanda maior que a oferta, fato que compromete a qualidade do cuidado prestado (BRASIL, 2002; CARTER; POUCH; LARSON, 2014).

No que concerne aos modelos de sistema de saúde, é notório que estamos diante de uma crise contemporânea mundial, reflexo das incongruências do diagnóstico de saúde, considerando a transição epidemiológica e demográfica, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, e o modelo de estruturação das ações e serviços para responder às demandas desta população (MENDES, 2010).

As ações e os serviços de saúde têm sido organizados em sistemas fragmentados, de forma hierárquica, com foco no atendimento das condições agudas em unidades de pronto-atendimento, ambulatorios e hospitais, como pontos de atenção deste sistema que atua de forma desarticulada. Responder à situação de saúde nesta perspectiva e, ao mesmo tempo, esperar melhorias nos indicadores de saúde da população, tem sido comparado a um desastre sanitário e econômico, evidenciado em uma perspectiva internacional (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Para contemplar esta problemática, tem ganhado força nos últimos anos um movimento em busca da reorganização, articulação e definição de fluxos assistenciais, a fim de garantir a continuidade do cuidado prestado nos diversos serviços de saúde.

Nesse sentido, o MS publicou a Portaria nº 4.279, no ano de 2010, como estratégia de superação da intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde, buscando qualificar a gestão do cuidado. A referida portaria estabelece diretrizes para a organização e implementação da Rede de Atenção à Saúde no âmbito das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de distintas densidades tecnológicas, que buscam assegurar a integralidade do cuidado e promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde por meio de cuidados primários, assistência especializada (ambulatorial e hospitalar) e atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2010).

Com foco específico na atenção às urgências, considerando os problemas existentes e o impacto desfavorável à assistência da população, o MS, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, publicou a Portaria 2048/GM, em novembro de 2002 (BRASIL, 2002). Este documento representa um avanço na busca da reorganização da rede assistencial de urgência e emergência no país, pois estabelece normas e critérios de funcionamento e criação de centrais de regulação de fluxos. Constam ainda dos objetivos desta Portaria normas de estruturação mínima para cada tipo de serviço e também critérios específicos de formação e capacitação de recursos humanos para atuação nesta área (BRASIL, 2002).

Em continuidade, em setembro de 2003, instituiu-se, pela Portaria 1863/GM, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), assim reafirmando a configuração da assistência às urgências e emergências segundo princípios e diretrizes do SUS. Isto possibilitou superar alguns desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, na construção de uma assistência com foco nas necessidades reais da população (BRASIL, 2003).

De acordo com a PNAU, atenção às urgências deve ser compreendida como parte desta rede regionalizada e hierarquizada de serviços de diferentes complexidades que se articulam entre si. O bom funcionamento desta rede permite a

prestação de serviços de forma resolutiva e integrada à população, por meio da implementação dos serviços de atenção básica e estratégia de saúde da família, serviços pré-hospitalar móvel (por exemplo, o SAMU), e pré-hospitalar fixos, como as unidades não hospitalares de atendimento às urgências, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação.

Com o propósito de fortalecer as políticas já existentes, em 2011, o MS institui também a Rede de Atenção às Urgências, por meio da Portaria de nº 1.600, assim reformulando a PNAU. A organização da assistência às urgências em redes tem como premissa facilitar, ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos pacientes em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de modo a garantir a continuidade do cuidado nos diferentes pontos de atenção e proporcionar impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo com base na necessidade apresentada (BRASIL, 2011). Constituem componentes desta Rede:

- Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;
- Atenção Básica em Saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- Sala de Estabilização;
- Força Nacional de Saúde do SUS;
- Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- Atenção Hospitalar;
- Atenção Domiciliar.

Na lógica da configuração da Rede de Atenção às Urgências, o componente das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) é o conjunto de serviços de urgência e emergência conhecidos como “prontos-socorros não hospitalares”, foco deste estudo. São pontos de atenção da Rede de Urgência, de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, que devem funcionar 24h por dia, todos os dias da semana.

O intuito da implantação dos serviços não hospitalares de urgência ou das UPAs por meio da Portaria 2.048/2002 foi a descentralização dos atendimentos de

urgência de baixa e média complexidade, com o intuito de reduzir a demanda e a sobrecarga dos hospitais de maior porte (RANDOWN et al., 2014).

Essas unidades têm como principais objetivos: prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica; prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, ou mesmo contrarreferenciando-os aos demais pontos de atenção (BRASIL, 2011).

Deste modo, o cuidado em saúde deve contemplar ações articuladas e capazes de responder de forma eficiente à necessidade da população, aspecto que fortalece a atenção básica como ordenadora da rede de cuidados (BRASIL, 2010).

Apesar de instituídos, os fluxos assistenciais ainda não se tornaram realidade e a articulação das UPA com os demais níveis de atenção na RAS permanece sendo um desafio. Embora a atenção básica esteja estruturada como primeiro nível de atenção, o que observamos na prática é a procura pelos serviços de urgência como porta de entrada principal ao sistema, o que contribui para a superlotação destas unidades (LUDWIG; BONILHA, 2003; RANDOWN et al., 2014).

Observa-se que o atendimento nos serviços de urgência e emergência tem, como foco central, a queixa momentânea do paciente, segundo a lógica de um modelo de atenção centrado em procedimentos, com predomínio de tecnologias duras e fragilidade no sistema de referência e contrarreferência. Isto reafirma a fragmentação do sistema de saúde, incapaz de prestar atenção integral à população (GARCIA; REIS, 2014).

Há ainda a problemática da superlotação nos serviços de emergência, presente não só nos serviços públicos ou no contexto brasileiro, mas em todo o mundo, inclusive em países desenvolvidos (CARTER; POUCH; LARSON, 2014; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Atuar em cenários como este tem sido um desafio para os profissionais de saúde, que convivem com a precarização das relações e condições de trabalho, a imprevisibilidade da demanda, a superlotação, a sobrecarga de trabalho, além da deficiência quantitativa e qualitativa de recursos materiais e humanos (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; OLIVEIRA; CAMARGO; CASSIANI, 2005; SILVA;

MATSUDA, 2012; SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Diante do exposto, a atenção às urgências representa uma das áreas mais problemáticas e tem sido objeto de estudo em todo o mundo (BRASIL, 2002; 2003; MENDES, 2010). A efetiva implementação dos fluxos de atendimentos é necessária e requer mudanças culturais da própria população, bem como a ampliação e o fortalecimento dos serviços de atenção básica, os quais tiveram início com a expansão da estratégia de saúde da família. Necessário haver também uma definição clara do conceito de urgência e emergência, de modo a reduzir a procura por tais serviços em busca de consultas de rotinas (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

As características próprias destes serviços os convertem em locais de alto risco para ocorrência de erros durante o cuidado em saúde. A gestão de risco e a segurança do paciente no contexto dos serviços de emergência ainda constituem um desafio a ser superado, visto que envolvem a intersecção entre o cuidado urgente e o qualificado, em uma realidade pouco explorada quando a temática é a magnitude dos incidentes e eventos adversos neste contexto de trabalho.

Neste contexto, compreender, na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem, a realidade que se apresenta diante dos riscos aos quais as pessoas estão expostas em um serviço de emergência poderá contribuir para implementação de estratégias que impactem na gestão da segurança do paciente neste contexto de trabalho. Poderá também favorecer a ampliação do olhar de todos os envolvidos, direta ou indiretamente, na prestação dos cuidados de saúde. Neste sentido, esta pesquisa foi delineada com o propósito de responder às seguintes questões de investigação: na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem, quais os riscos relacionados à segurança dos pacientes existem no contexto de um serviço de urgência e emergência? Quais ações de gerenciamento necessitam ser implementadas?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente no contexto de um serviço de urgência e emergência.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a vivência dos trabalhadores de enfermagem diante dos riscos relacionados à segurança do paciente na referida unidade;
- Elaborar, coletivamente, um plano de ação voltado ao gerenciamento de riscos e à segurança do paciente.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade pesquisa-ação.

Pesquisas qualitativas possibilitam uma ampla compreensão de um fenômeno, da forma como ele existe e é construído pelos indivíduos em seu próprio contexto. Estudos desta natureza contribuem também para identificar percepções a respeito de um problema ou uma situação, formular potenciais soluções e compreender experiências (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa-ação, como modalidade de pesquisa qualitativa, requer a participação de todos os trabalhadores da equipe para a identificação dos problemas e, posteriormente, para fins de implementação de intervenções. Por meio dela, pretende-se transformar determinado contexto e contribuir para a construção coletiva do processo de mudança. Aplicada à prática da enfermagem, permite potencializar os resultados (GONÇALVES; LEITE; CIAMPONE, 2004; MONTEIRO et al., 2010).

Na perspectiva de Thiollent (2009), representa um processo simultâneo de investigação e ação, desenvolvido no intuito de conhecer uma realidade e propor a resolução de problemas coletivos com base na observação; o principal objetivo é a transformação do contexto social.

A pesquisa-ação foi adotada neste estudo por acreditar-se que, para a efetivação de ações em gerenciamento de risco e segurança do paciente, faz-se necessário haver compromisso e envolvimento de todos os profissionais, bem como dos gestores das instituições de saúde. Assim, o método pautado na construção coletiva para transformar uma realidade configura-se como facilitador neste processo.

Nas últimas décadas, muitos foram os estudos desenvolvidos na temática “Segurança do Paciente”, grande parte com foco na frequência e natureza dos eventos e realizada em hospitais. Como metodologias mais utilizadas, destacam-se os estudos retrospectivos, de incidência e prevalência, baseados em revisão de prontuários dos pacientes, ferramentas de rastreamento, autorrelatos de incidentes pelos profissionais, casos de más práticas e pesquisas desenvolvidas com prestadores e pacientes (WACHTER, 2013).

Recentemente, tem sido enfatizada a importância de pesquisas em

segurança com foco no contexto em que os erros ocorrem, visto que diversos fatores podem estar diretamente relacionados ao sucesso de uma intervenção em um local e ao fracasso em outro (WACHTER, 2013).

O aprofundamento dos valores e das percepções diante da complexidade de erros no cuidado, bem como dos fatores contribuintes, constitui uma lacuna passível de ser preenchida por meio de pesquisas qualitativas. Nesse sentido, estudos com este propósito poderão trazer grande impacto para a adoção de estratégias em segurança do paciente, nos diferentes contextos institucionais.

3.2 Cenário

O cenário deste estudo foi representado por um serviço não hospitalar de urgência e emergência, que funciona durante as 24 horas do dia. Destina-se à assistência de pacientes acometidos por quadros agudos de urgência e emergência clínicas e traumáticas. Localizado no interior do Estado de São Paulo, é referência municipal e regional no atendimento de urgências e emergências. Nele são atendidos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, maiores de 12 de anos, provenientes de demanda espontânea ou encaminhados por serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), como Unidades Básicas de Saúde e Serviços Móveis de Urgência. Cerca de mil pacientes adultos são atendidos diariamente.

O processo de admissão do paciente no referido serviço é realizado no setor de recepção, por meio de sistema informatizado. No momento do cadastro, o paciente ou o acompanhante relata ao profissional da recepção o motivo da procura por atendimento e apresenta documento de identificação pessoal para elaboração do boletim de atendimento. Desse modo, os possíveis motivos pela procura ao atendimento, assim como os dados do paciente, constam de um sistema de cadastro municipal integrado com toda a rede de atenção em saúde. Na hipótese do paciente não ter sido cadastrado previamente, isto deve ser feito pelo profissional no momento do primeiro atendimento no serviço.

Os pacientes admitidos pela recepção são encaminhados, via sistema, para a equipe de enfermagem na sala de acolhimento, para classificação de risco. Eles são chamados para esta avaliação e classificação por seus dados pessoais, inseridos em um painel eletrônico de visualização presente no local onde aguardam

pelo atendimento.

Para a organização do fluxo interno de atendimento, há sala de acolhimento nas quais é realizado tanto o acolhimento do paciente quanto a classificação de risco, segundo “Protocolo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)”, pelo qual o paciente é avaliado pela necessidade apresentada e, portanto, a atenção define-se pelo nível de complexidade e não por ordem de chegada (BRASIL, 2009).

Em seguida, após o AACR é impresso um boletim com os dados do paciente registrados pelo profissional da recepção e enfermagem, sendo o paciente identificado a partir destes dados em todos os atendimentos realizados pela equipe de saúde, não tendo no referido serviço protocolo de identificação do paciente por meio de pulseiras ou etiquetas.

Para a continuidade do atendimento médico e de enfermagem nos demais setores o serviço está organizado de acordo com a dinâmica estrutural e o nível de complexidade do paciente, sendo dividido física e estruturalmente por blocos, conforme a complexidade e prioridade de atendimento. Para tanto, adota-se o sistema de classificação por cores: vermelho, amarelo, verde e azul.

O serviço disponibiliza 68 leitos, sendo:

- a) 06 leitos destinados a recebimento, avaliação e estabilização de emergências clínicas e traumáticas (classificação vermelha);
- b) 10 leitos destinados a emergências psiquiátricas;
- c) 26 leitos destinados à assistência de pacientes críticos e semicríticos, com terapêutica de estabilização iniciada (classificação amarela);
- d) Bloco de atendimento destinado a pacientes não críticos (classificação verde) e para consultas de baixa e média complexidade (classificação azul), com consultórios para atendimento médico, sala de administração de medicamentos e inaloterapia, sala de vacina, sala de coleta, sala de procedimentos e área com capacidade para 26 leitos de observação.
- e) Área de apoio logístico, destinado ao setor de exames por imagem e ao de processamento de materiais para serviços de saúde (central de material), sala de coleta de amostras biológicas, onde a análise laboratorial é terceirizada a um serviço credenciado.

Após o atendimento inicial e estabilização do paciente, o mesmo é

referenciado a serviços de maior complexidade tecnológica por meio de uma Central de Regulação de Vagas Municipal, ou contrarreferenciado de forma responsável aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

3.3 Participantes

Esta pesquisa contou com a participação de um total de 33 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

Optou-se por incluir trabalhadores de enfermagem de diferentes categorias (auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como enfermeiros) em virtude de constituírem o maior contingente da força de trabalho nas instituições de saúde e pelo fato de participarem ativamente do cuidado ao paciente, características estas também presentes no referido serviço, no qual a enfermagem representa 51% do total da equipe multiprofissional de saúde.

3.4 Procedimentos Éticos

Esta investigação foi iniciada após autorização dos coordenadores da instituição de saúde pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (anexo A).

Conforme recomenda a Resolução 466/2012 do MS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), estão sendo obedecidos os seguintes princípios:

- Solicitação de autorização para realização da pesquisa à diretoria do hospital no qual está localizada a unidade de pronto-atendimento (Apêndice A);
- Solicitação de avaliação e autorização para realização do estudo ao CEP EERP/USP (apêndice B);

Os trabalhadores convidados a participar do estudo receberam orientações sobre os objetivos e procedimentos a serem realizados. Aqueles que aceitaram, tiveram garantidos o anonimato e o direito de desistir em qualquer momento do estudo, sem prejuízos de qualquer natureza. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice C).

3.5 Desenvolvimento do Estudo

Sob a perspectiva de Thiollent (2009), para o desenvolvimento da pesquisa-ação devem ser seguidas, no mínimo, quatro grandes etapas, as quais devem percorrer o caminho entre a pesquisa e a ação de forma flexível e simultânea. Como percurso metodológico, este estudo foi construído por meio de um ciclo de fases contínuas e inter-relacionadas, sendo adotados como técnicas para a construção dos dados a entrevista semiestruturada e Grupo Focal (GF).

A pesquisadora coordenou todas as ações desenvolvidas e contou com o apoio de auxiliares para a coleta de dados.

Foram percorridas as seguintes fases do ciclo de pesquisa-ação:

- a) fase exploratória: mapeamento inicial do contexto e dos atores envolvidos. Define-se, neste momento, o diagnóstico situacional inicial;
- b) fase principal da pesquisa aprofundada: aprofundamento da temática evidenciada em etapa anterior e definição das ações prioritárias, para subsidiar as discussões;
- c) fase de ação: definidas as prioridades na perspectiva dos trabalhadores e elaborado coletivamente um plano de intervenções possível de ser implementado;
- d) fase de avaliação e divulgação dos resultados: interpretação e avaliação dos dados construídos e síntese das ações propostas.

3.5.1 Explorando as vivências

Nesta primeira fase do estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com os trabalhadores de enfermagem que aceitaram participar do estudo, a fim de possibilitar o emergir de eixos temáticos para a condução das demais etapas da pesquisa.

A entrevista individual em profundidade é uma técnica utilizada em pesquisa qualitativa com o objetivo de explorar uma temática por meio de vivências e percepções dos participantes. Busca-se o aprofundamento da realidade que se deseja conhecer (DUARTE; BARROS, 2006).

Para a condução das entrevistas foi elaborado um roteiro norteador constituído por duas partes (Apêndice D); **a)** a primeira levantou dados de caracterização dos participantes - dados sociodemográficos e referentes à formação

profissional; **b)** a segunda foi composta por questões abertas, visando explorar a vivência dos profissionais diante das situações envolvendo riscos e incidentes no local de trabalho.

A elaboração do roteiro baseou-se em questionamentos que buscavam explorar possíveis situações de riscos e incidentes vivenciados, bem como fatores contribuintes, ações adotadas pela equipe nestas situações e a temática “Segurança do Paciente”. Foi elaborado de forma a incentivar as narrativas dos participantes acerca do cotidiano de trabalho de um serviço de emergência, foco deste estudo.

Importante mencionar que o roteiro deve ser um facilitador na condução de uma conversa com finalidade específica, e não um obstáculo capaz de cercear o entrevistado; deve permitir o emergir de novos temas por meio das provocações iniciais trazidas pelos questionamentos (MINAYO, 2014; THIOLENT, 2009).

As entrevistas foram realizadas no período de junho a julho de 2015, na própria unidade de saúde, em sala reservada para tal finalidade. A seleção dos participantes para este momento da pesquisa-ação foi por conveniência, contemplando os trabalhadores que estavam no plantão, em diferentes turnos de trabalho, escalados em locais de atendimento nos quais as respectivas ausências durante a realização das entrevistas não representassem prejuízo ao bom andamento do serviço, respeitando-se, portanto, a dinâmica de um serviço de emergência.

Cabe destacar que as escalas diárias de serviços são rotativas e as entrevistas foram realizadas em diferentes dias, o que possibilitou a participação de distintos trabalhadores.

A coleta dos dados inicial por meio das entrevistas ficou sob responsabilidade da pesquisadora, com apoio de um auxiliar treinado. As entrevistas foram gravadas com gravador digital, mediante anuência dos participantes.

Neste momento inicial participaram 24 trabalhadores, entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Inicialmente, após análise e interpretação das informações extraídas das entrevistas, levantou-se um diagnóstico situacional dos riscos.

Para o tratamento dos dados, empregou-se a Análise de Conteúdo, na modalidade temática, proposta por Minayo (2014). Segundo a autora, a construção dos dados é realizada com base nos conteúdos elencados em temáticas, permitindo

descobrir os núcleos de sentido das falas e compreender o significado das mensagens expressas tanto pela comunicação verbal quanto pela não verbal.

Assim, nesta pesquisa, a trajetória de análise e interpretação percorreu os seguintes passos:

- a) aproximação de todo o material coletado e dos objetivos iniciais da pesquisa;
- b) realização da leitura exaustiva do material coletado e, em seguida, decomposição em partes, por meio de recortes, constituindo expressões que representassem o contexto e sinalizassem para os núcleos de sentidos;
- c) posteriormente, dos núcleos de sentido emergiram quatro grandes eixos temáticos, categorias e subcategorias.
- d) os resultados desta construção foram organizados em um quadro descritivo, de forma a elucidar as inferências e direcionar a condução do processo de interpretação com base nas perspectivas teóricas e nos objetivos propostos.

A interpretação dos dados nesta fase permitiu fazer um diagnóstico situacional inicial, capaz de nortear o planejamento e a condução das discussões a serem realizadas no âmbito coletivo.

3.5.2 Aprofundando a discussão

Esta etapa envolveu a discussão coletiva e aprofundada dos dados evidenciados e analisados em etapa anterior (diagnóstico situacional inicial), ou seja, houve discussão das situações de riscos percebidas e vivenciadas pelos trabalhadores e foram apresentadas possíveis estratégias que poderiam ser implementadas para minimização destas ocorrências, considerando as ações no contexto organizacional dos serviços de urgência e emergência.

Como técnica para as discussões coletivas, foi utilizado o GF, cujo foco principal residiu no levantamento das possíveis ações em gerenciamento de riscos e segurança do paciente e dos elementos necessários para implementá-las.

O GF consiste em *“uma técnica de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo”* (LEOPARDI et al., 2001). Esta técnica permite apreender percepções, crenças, valores, práticas cotidianas e comportamentos de determinados grupos sociais, além de possibilitar a análise de ideias compartilhadas

pelos indivíduos e da influência destes fatores no comportamento dos participantes (GATTI, 2005).

Para o sucesso da utilização da técnica do GF, é necessário planejamento, pois pretende-se obter informações aprofundando a interação entre os participantes, tanto para gerar consenso quanto a explicitar divergências (MINAYO, 2014).

Assim, neste estudo, a realização dos GFs foi planejada desde o início, definindo-se a programação e construção de um roteiro elaborado com base no diagnóstico situacional e em consonância com os objetivos propostos no estudo. Definido o cronograma, este foi apresentado e discutido com a coordenação de enfermagem, para escolha de data, local e tempo de duração, considerando a dinâmica da unidade (Apêndice E).

Os GFs foram realizados em abril de 2016, em dois períodos. As datas foram divulgadas previamente, por meio de cartazes afixados em local de fácil visualização na unidade (Apêndice F), e também em um grupo dos trabalhadores no aplicativo *whatsapp*, com apoio da gerência administrativa e de enfermagem.

Solicitou-se também que os trabalhadores confirmassem o interesse em participar do estudo, a fim organizar estes encontros de acordo com o número de pessoas por grupo. Em seguida, definiu-se este número - no mínimo quatro e no máximo 15, objetivando maior interação entre todos e melhor aproveitamento das discussões.

Quanto à definição do número de participantes, estudos evidenciam uma variação de seis a 15, sendo o tamanho adequado para um GF àquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão ampla sobre os temas (TRAD, 2009).

Foram oportunizados dois momentos de discussão coletiva, contando com a participação total de 11 trabalhadores, entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Não era critério para a participação dos GFs a participação prévia nas entrevistas, no entanto, dos 11 trabalhadores que participaram dos GFs, dois também participaram das entrevistas.

A participação dos trabalhadores nos GF foi de forma altruísta, sendo possibilitada a todos os profissionais que estavam em horário de trabalho, atentando-se em não ocasionar prejuízo à demanda de atendimento.

No primeiro momento, houve a participação de sete trabalhadores; no segundo quatro profissionais, devido a ocorrência de um atendimento de emergência que mobilizou grande número de profissionais.

Importante destacar que o número de participantes não interferiu na qualidade das discussões, pois havia, em todos os grupos, representantes das diversas categorias profissionais, e as discussões conduziram para o aprofundamento da temática de forma produtiva.

Na pesquisa qualitativa, ênfase deva ser atribuída ao aprofundamento das discussões e não meramente à generalização dos dados. Considera-se uma amostra qualitativa ideal aquela que se mostra capaz de refletir as múltiplas dimensões do objeto de estudo, desvencilhando-se de critérios numéricos para escolha dos participantes (MINAYO, 2014).

As discussões tiveram duração de 1h30min aproximadamente, e foram gravadas para posterior transcrição, análise e interpretação.

Importante destacar que o objetivo central do GF foi o de fomentar discussões coletivas com a finalidade de levantar ações prioritárias para o gerenciamento da segurança do paciente. Assim, inicialmente utilizou-se como elemento disparador um vídeo de domínio público que representava de forma geral o diagnóstico situacional realizado a partir da interpretação dos dados das entrevistas, buscando contextualizar as discussões. O vídeo utilizado abordava a situação real de um evento adverso que culminou em óbito do paciente e envolvia inúmeros fatores contribuintes. Ficou amplamente conhecido por ter sido veiculado na mídia televisiva e retratava a troca de frascos de medicamentos sendo administrado vaselina por via parenteral no lugar de soro fisiológico, ocasionando a morte de uma adolescente. Tal situação ocorreu no contexto de um atendimento de urgência e emergência, envolvendo um profissional de enfermagem. Após a apresentação do vídeo, abriu-se a discussão livre e, em seguida, procedeu-se às discussões das situações vivenciadas, bem como da validação dos dados coletados por meio das entrevistas, junto aos participantes dos GFs, buscando também a apreensão de novos dados.

Acredita-se que o roteiro para a condução de um grupo focal deve ser provocador, para propiciar um debate participativo e com entusiasmo, assim como contribuir para o aprofundamento da temática. Assim, o pesquisador poderá, neste

momento, recorrer à utilização de recursos audiovisuais, à formulação de uma pergunta central ou a um texto (MINAYO, 2014).

Neste estudo, a escolha por um vídeo permitiu-se problematizar e contextualizar as vivências e correlacioná-las aos dados evidenciados em etapa anterior, assim como, caminhar para o levantamento das ações prioritárias de gerenciamento da segurança do paciente, possibilitando a elaboração do plano de ação.

As discussões em grupo foram conduzidas pela pesquisadora, com a colaboração de duas auxiliares previamente orientadas sobre a temática e o objetivo do estudo; ambas foram selecionadas por possuírem formação em saúde e experiência com a técnica de GF. A participação das auxiliares deu-se na observação e em apoio às discussões, na construção de painel em cartolina, elaborado segundo as contribuições do grupo, e no auxílio à análise e interpretação dos dados.

3.5.3 Trabalhando coletivamente

O caminhar das discussões coletivas para o levantamento de ações prioritárias e construção de um plano de ação possibilitaram pontuar elementos necessários com foco em intervenções voltadas à prevenção de riscos, incidentes e eventos adversos que possam estar presentes no referido serviço de urgência e emergência, bem como identificar fatores que contribuem para tais situações. Permitiram também, em diversos momentos, refletir sobre os desafios a serem superados para a efetiva implementação destas ações, de modo a promover a participação dos trabalhadores de enfermagem, dos gestores da unidade, dos pacientes e da comunidade.

Após análise e interpretação das entrevistas e dos GF, foi possível observar que os dados foram exaustivamente discutidos pelos participantes e os depoimentos não apontavam novas informações. A coleta de dados foi encerrada quando da evidência de consistência dos dados diante dos objetivos propostos para o estudo (POLIT; BECK, 2011).

3.5.4 Avaliação e divulgação dos resultados

Os dados construídos com base nas entrevistas e discussões coletivas foram elencados em eixos temáticos, originando o diagnóstico situacional, o qual subsidiou a elaboração de um Plano de Ação Coletivo. Tal projeto contém propostas de intervenções, define prioridades e pontua desafios a serem superados por todos os atores envolvidos para sua efetiva implementação.

As falas dos participantes foram utilizadas a fim de exemplificar a construção realizada ao longo desta pesquisa-ação para a apresentação dos resultados obtidos. Optou-se por fazer pequenos ajustes de grafia, considerando que a fala do cotidiano muitas vezes diverge da culta, o poderia causar constrangimento a alguns participantes se houvesse a transcrição literal das narrativas (DUARTE, 2004).

Nas falas, os participantes foram identificados pela letra (E), de entrevista, ou sigla (GF), para participante do grupo focal, seguidas do número correspondente à ordem das entrevistas ou a participação durante o GF, respectivamente.

Posteriormente, os resultados desta pesquisa-ação (diagnóstico situacional e plano de ação) foram apresentados aos gestores do referido serviço, aos gestores do Departamento de Urgência e Emergência e Departamento de Atenção Básica, bem como ao Secretário Municipal de Saúde. Pretende-se divulgar os resultados aos trabalhadores de saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram deste estudo 33 trabalhadores de enfermagem (29,7%), sendo 24 das entrevistas e 11 do grupo focal. Destes, dois participaram de ambas as técnicas de coleta de dados.

Em sua totalidade, o serviço contava com 111 trabalhadores da enfermagem, sendo 06 auxiliares de enfermagem (5,5%), 91 técnicos em enfermagem (81,8%) e 14 enfermeiros (12,7%). A equipe total é composta de 87 mulheres (78,2%) e 24 homens (21,8%).

Estiveram representadas, entre os 33 participantes, as diferentes categorias profissionais, com indivíduos de ambos os sexos, conforme evidencia a Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes das entrevistas e do grupo focal conforme as variáveis: sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de formação na função e atuação, formação complementar. Interior do Estado de São Paulo, 2015 (n=33).

Variáveis	n = 33	%
Sexo		
Feminino	26	78,8
Masculino	07	21,2
Faixa Etária		
26 a 35 anos	11	33,3
36 a 45 anos	13	39,4
46 a 55 anos	07	21,3
56 anos ou mais	02	15,2
Categoria Profissional		
Enfermeiro	06	18,2
Técnico de enfermagem	22	66,7
Auxiliar de enfermagem	05	15,1
Tempo de Formação		
1 a 5 anos	03	9,1
6 a 10 anos	09	27,2
11 a 20 anos	14	42,4
21 anos ou mais	07	21,3
Tempo de atuação na Instituição		
até 01 ano	01	3,0
1 a 5 anos	13	39,4
6 a 10 anos	06	18,2
11 a 20 anos	10	30,3
21 anos ou mais	03	9,1
Formação complementar		
Enfermeiro Pós-graduação	05	83,3
Técnico em enfermagem - Esp. nível médio	01	4,5
Superior completo	01	4,5
Superior incompleto	02	9,1
Pós- graduação	06	27,3
Auxiliar de Enfermagem - Técnico em Enfermagem	03	60,0

A análise do perfil sociodemográfico permitiu observar que a maioria (78,8%) eram mulheres e possuíam entre 26 e 45 anos (72,72 %), concentrando-se na faixa de 36 a 45 anos, o que evidenciou uma equipe predominantemente jovem.

Em relação à proporção dos profissionais da enfermagem por categorias, 18,2% eram enfermeiros, 66,7% técnicos e 15,1% auxiliares.

Pesquisa inédita, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com representatividade nacional, revelou que os profissionais de enfermagem no Brasil representam um contingente de 1.800.000, de um total de 3,5 milhões de trabalhadores da saúde, e constituem 50% da força de trabalho. Trata-se de uma categoria ainda predominantemente feminina (85,1 % de mulheres), composta por 77% de técnicos e auxiliares e 23% de enfermeiros, que se concentram na faixa etária de 26 a 55 anos, em parcela maior (38%) dos 26 a 35 anos e de 36 aos 50 anos (40%). Tais dados corroboram, portanto, aqueles encontrados neste estudo (MACHADO et al., 2016d).

Interessante destacar que a porcentagem de homens encontrada no presente estudo é maior em relação à média nacional. A presença de homens na profissão tem sido observada a partir da década de 1990 e tem se mantido: em 2010 eles correspondiam a 12,76% e atualmente representam 14,4% do contingente de profissionais da enfermagem (COFEN, 2011; MACHADO et al., 2016d). De acordo com dados do setor de recursos humanos do município, 86,1% dos profissionais de enfermagem do sexo masculino encontram-se locados nos serviços de emergência, em decorrência de interesse pessoal ou mesmo de alocação dos gestores para preenchimento de vagas. Estudo realizado em um serviço hospitalar de emergência encontrou resultados semelhantes (MESSIAS, 2015).

Quanto à formação, a maioria (63,7%) dos profissionais possuía mais de 11 anos de formação profissional, sendo possível inferir se tratar de uma equipe com vivência e habilidades para a atuação na enfermagem. Acredita-se que nessa fase de vida profissional o trabalhador já adquiriu capacitação e qualificação para escolhas profissionais (MACHADO et al., 2016a).

Em relação ao tempo de atuação na unidade, observa-se que os valores concentraram-se em polos extremos: 39,4% apresentaram de um a cinco anos e porcentagem idêntica (39,4%), mais de 11 anos de atuação no serviço. Os dados demonstraram uma equipe composta por profissionais menos experientes e também por profissionais com maior maturidade para o trabalho em emergência.

Reflexão deve ser feita quanto à relação do tempo de atuação em determinado serviço ou função e maior qualificação e capacitação profissional, se consideramos os inúmeros fatores que podem estar envolvidos neste processo,

dentre os quais podemos citar o incentivo da instituição de saúde para a formação profissional por meio de viabilização de programas de educação permanente e plano de carreira como forma de valorização do profissional.

Quanto ao número concentrado de profissionais com menor tempo de atuação na unidade, os dados podem estar relacionados à inauguração de uma estrutura física para abrigar o Pronto-Socorro há aproximadamente quatro anos. Na época, foi necessária a criação de novos cargos e contratação de pessoal por meio de concurso público, o que aumentou o contingente de profissionais de enfermagem na unidade. Atualmente, o setor público congrega a maior concentração de profissionais de enfermagem (MACHADO et al., 2016c).

Sobre a formação complementar, a maioria dos enfermeiros (83,3%) possuía pós-graduação *lato-sensu*. Quanto aos profissionais de nível médio, observou-se nível de formação superior ao desempenho de suas funções: 31,8% dos técnicos de enfermagem eram graduados, dos quais 27,3% reportaram pós-graduação *lato-sensu* e 9,1% referiram estar cursando nível de formação superior.

Os dados encontrados neste estudo corroboram uma tendência nacional apresentada em pesquisa recente cujos resultados mostram que 34,3% dos auxiliares e técnicos estão cursando ou já possuem formação superior ao nível exigido, o que revela a preocupação destes trabalhadores com a qualificação profissional (MACHADO et al., 2016a, 2016d). A busca pela qualificação tem sido um dos anseios dos profissionais de enfermagem, que almejam melhores oportunidades de trabalho ou ascensão na carreira (MACHADO et al., 2016d).

4.2 Diagnóstico Situacional

O presente diagnóstico foi construído com base nos dados coletados de entrevistas e GF, elencados em quatro eixos temáticos norteadores, com suas respectivas categorias e subcategorias.

- Percepção e vivência dos trabalhadores diante dos riscos e incidentes no contexto do trabalho em urgência e emergência;
- Fatores que contribuem para os riscos e para a ocorrência de incidentes;
- Conduzindo as ocorrências;
- Impacto dos incidentes.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	
Percepção e vivência dos trabalhadores diante dos riscos e incidentes no contexto do trabalho	
-Falhas na Identificação do paciente -Falhas no processo de terapia medicamentosa -Quedas durante o cuidado em saúde -Biossegurança e infecção associada aos cuidados em saúde	Falha na identificação do paciente desde a admissão e ao decorrer do atendimento.
	Prescrição e administração de medicamentos ao que o paciente é alérgico, paciente errado, via errada, dose errada, reação adversa a medicamento.
	Queda da própria altura, da maca, da cadeira, no transporte.
	Contato com fluidos e secreções, materiais e dispositivo perfuro-cortante, contaminação em procedimentos/ processos de limpeza e desinfecção.
Fatores que contribuem para os riscos e para a ocorrência de incidentes	
-Contexto Institucional: fatores internos e externos à Instituição de Saúde -Membro individual e equipe -Paciente e família	Recursos materiais e humanos, protocolos assistenciais; formação e capacitação profissional para atuação em urgência e em segurança do paciente; demanda excessiva; fluxo de atendimento, relações no trabalho entre equipes; comunicação verbal e comunicação escrita; desconhecimento pelos pacientes acerca dos processos de trabalho do serviço de urgência; falta de confiança na equipe; agressão verbal e física aos trabalhadores pelos pacientes e acompanhantes; mídia como influência no contexto interno.
	Fadiga, estresse, duplos vínculos empregatícios, interferências de fatores externos ao trabalho, experiência, motivação e compromisso para com o trabalho.
	Barreiras na comunicação, fatores relacionados ao paciente e acompanhante tais como: sociais e culturais, idade, estresse, condição clínica, medo, apoio familiar.
Conduzindo as ocorrências	
-Condutas da equipe de saúde -Condutas da Instituição de saúde -Condutas do paciente e família	Comunicação do Incidente ao médico, enfermeira e paciente/família/acompanhante.
	Registro do Incidente em prontuário e impresso próprio.
	Intervenção ao paciente: reavaliação e observação/vigilância.
	Discussão dos incidentes entre equipes e orientação ao membro envolvido, punição do profissional.
	Falta de confiança do paciente na instituição de saúde, processos judiciais.
Impacto dos Incidentes	
-Ao paciente e família/acompanhante -Ao trabalhador -Ao serviço de Saúde	Aumento do tempo de observação do paciente, intervenções adicionais, danos psíquicos e físicos.
	Danos psíquicos, físicos.
	Custos adicionais com o cuidado, comprometimento da imagem institucional.

Fonte: o próprio autor

Quadro 1 - Síntese do Diagnóstico situacional

4.2.1 Percepção e vivência dos trabalhadores diante dos riscos e incidentes no contexto do trabalho

Para melhor sistematização e análise dos dados coletados referentes à segurança do paciente nos cuidados em saúde, foram adotados conceitos referenciais descritos na literatura (RUCIMAN et al., 2009; WHO, 2009a).

A necessidade de padronização de conceitos-chave na temática em segurança do paciente decorre da crescente discussão sobre o tema e da equivocada utilização de termos que impossibilitavam a sistematização dos dados coletados por diferentes pesquisadores em todo o mundo. Estudiosos comparam tal situação a uma “Torre de Babel” (MENDES, 2014), em alusão a história bíblica contada no antigo testamento, em que Deus em castigo aos homens por desobediência confundiu-lhes a língua de modo que não podiam se entender.

Por este motivo, em 2009, a WHO, por meio de um relatório e baseada em dados provenientes de um grupo pesquisa, criado pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente sob a coordenação do australiano William Ruciman, divulgou a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP). Este documento ressalta a importância da padronização de termos conceituais, de modo a facilitar o consenso das informações que envolvem descrição, comparação medição, monitoramento e análise, assim contribuindo para melhor compreensão da temática, planejamento e implantação de políticas com impacto em melhorias dos cuidados aos pacientes baseadas na realidade apresentada (RUCIMAN et al., 2009; WHO, 2009a).

Os incidentes estão entre os principais conceitos relacionados à segurança do paciente, conforme a CISP. São descritos como eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário à saúde, e podem ser classificados como: circunstâncias notificáveis, quase erros, incidentes sem danos e eventos adversos (WHO, 2009).

Circunstância notificável pode ser entendida como situação ou fator capaz de influenciar um evento, agente ou uma pessoa, por exemplo, a ocorrência de um problema técnico envolvendo a alteração da temperatura de uma geladeira para armazenamento de imunobiológicos. Este problema irá refletir na qualidade do produto e pode comprometer sua eficácia ou até mesmo potencializar os riscos de

reações adversas.

Os quase erros são incidentes detectados antes que o dano ocorra, ou seja, não atingem o paciente. Os incidentes sem danos representam eventos que atingem o paciente, mas não causam efeitos indesejados. Finalmente, os eventos adversos podem ser entendidos como eventos que provocam danos ao paciente, de caráter temporário ou permanente, e, portanto, apresentam repercussões físicas, sofrimento, incapacidade ou morte.

No Brasil, a pesquisa sobre a frequência de incidentes tem avançado, no entanto, os resultados ainda são incipientes e não se pode afirmar a real magnitude do problema.

Estudo pioneiro, realizado em três hospitais de ensino no ano de 2003, evidenciou a incidência de 7,6% de eventos adversos, dos quais 66,7% poderiam ter sido evitados com ações de prevenção (MENDES et al., 2009).

Identificou-se também que a incidência de eventos adversos no Brasil é semelhante à de outros países, mas a proporção daqueles que poderiam ter sido evitados mediante ações preventivas mostrou-se maior nos hospitais brasileiros.

Quanto aos tipos de incidentes, os mais citados nos estudos realizados são erros no processo de administração de medicamentos, ocorrência de quedas, perda de sondas, cateteres e dispositivos, queimaduras e úlceras por pressão (FRANÇOLIN et al., 2010; MENDES, 2009; NASCIMENTO et al., 2008; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010;).

Em relação às características de eventos adversos evitáveis em hospitais brasileiros, foi possível evidenciar que, além dos incidentes supracitados, há eventos decorrentes de procedimento cirúrgico e anestésico, infecção de sítio cirúrgico, bem como danos decorrentes de demora ou falha no diagnóstico e/ou tratamento (MENDES et al., 2013).

A literatura internacional não difere da realidade brasileira ao apontar como eventos adversos mais frequentes aqueles relacionados à terapia medicamentosa, nas suas diferentes fases; cirurgias; infecções; danos por quedas; úlceras por pressão e demora ou falha no diagnóstico e tratamento, bem como consequências sequelas incapacitantes e até mesmo a morte (BAKER et al., 2004; DAVIS et al., 2001; LEAPE et al, 1991; SOUSA et al., 2011).

No presente estudo, vários foram os relatos dos trabalhadores de

enfermagem acerca da percepção e vivência de situações de riscos e incidentes a que os pacientes estão expostos quando adentram um serviço de urgência e emergência.

Pode-se definir como percepção o ato de perceber, as impressões colhidas pelos sentidos ou percepções adquiridas por deduções imediatas; vivência, a “experiência vivida” de caráter global, incluindo, sobretudo, uma nota afetiva (MICHAELIS, 2015).

Foram relatadas pela equipe situações envolvendo riscos e ocorrência de falhas na identificação do paciente, no processo de terapia medicamentosa, quedas durante a prestação do cuidado, além de casos relacionados à biossegurança, como risco de infecção e contaminação por exposição a agentes biológicos, atribuíveis a vários fatores que permeiam o processo do cuidado em saúde.

- Percepção e vivência relacionada a falhas na identificação do paciente

A identificação por nome e sobrenome civil é um direito de todas as pessoas que utilizam a rede de serviços de saúde, não podendo ser identificadas por número, nome ou código da doença, condição garantida pela Portaria nº1.820/2009, divulgada a toda comunidade por meio da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2011b). Esta medida deve ser entendida como algo que garante que o cuidado prestado seja direcionado à pessoa a quem ele se destina, ou seja, prescrito e executado ao paciente correto.

A identificação do paciente tem sido um dos pontos mais discutidos quando o tema é a sua segurança. Representa a primeira meta internacional proposta pela OMS em parceria com a *Joint Commission International* (JCI), após publicação de “Soluções de Segurança do Paciente”, no ano de 2005 (WHO, 2007). Posteriormente, a obrigatoriedade de identificação foi incorporada à realidade brasileira como medida preventiva para a segurança do paciente e, atualmente, é protocolo recomendado a todos os serviços de saúde no âmbito nacional pelo PNSP.

A partir da perspectiva dos trabalhadores, neste estudo foi possível observar que erros envolvendo o processo de identificação do paciente nos serviços de saúde podem estar presentes desde a admissão até a alta, em todas as etapas

do atendimento prestado pela equipe multidisciplinar.

Os riscos para erros no processo de identificação podem ser potencializados por aspectos inerentes ao paciente, ao profissional ou mesmo em decorrência de situações institucionais e do ambiente de trabalho, com destaque para o nível de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e ausência de protocolos (BRASIL, 2013d).

Após compreensão da importância da identificação do paciente como ponto vital para a prevenção de danos neste processo, nos trabalhadores pontuaram vivências envolvendo erros desta natureza em todas as etapas do atendimento, desde a admissão.

Como erros de identificação mais comuns, foram destacados aqueles identificados na recepção do paciente (cadastro e impressão de boletim de atendimento com nome incorreto), a troca de boletins de atendimento no momento da classificação de risco, durante o atendimento médico, no processo de terapia medicamentosa e na coleta para exames realizados pela equipe de enfermagem.

Alguns desses aspectos foram verbalizados pelos participantes, como é possível observar no trecho a seguir:

“É comum a gente ver no meu local de trabalho, onde o fluxo de paciente é muito grande, os erros em identificação, começando desde a recepção, de não conferir corretamente os dados do paciente, e esse erro se estender até coleta de exame, até medicação, e acontecer um risco para o paciente, e acontecer do paciente estar com o exame laboratorial com nome errado ou data de nascimento errada; então, esse erro é comum de se ver” (E22).

Em outra fala, o erro no momento da confirmação dos dados pelo profissional da recepção foi atribuído à falta de atenção do atendente, ou mesmo ao fornecimento de informações insuficientes ou incorretas por parte do paciente ou acompanhante.

“... na pressa, entrega o documento errado, já vi isso também; agora lembrando, é a mãe entrega o documento de um filho e está com outro ou é a falta de atenção do funcionário na hora de digitar o nome (...) é mais atenção do usuário, é mais atenção também do funcionário, no identificar o paciente”(E4).

O acolhimento e classificação de risco do paciente no serviço é um momento crucial em serviços de emergência. A presença de falhas nesta etapa poderá refletir negativamente em todo o processo do atendimento e, portanto, faz-se

necessário confirmar os dados de identificação no momento do atendimento inicial pela enfermagem.

Os dados coletados são registrados no prontuário eletrônico do paciente, de modo que erros na sua identificação ocasionarão o registro de dados equivocados. Poderá, inclusive, haver registro em prontuário de um paciente que não se encontra presente na instituição ou sequer procurou por atendimento, o que pode ter consequências administrativas e legais. Situações semelhantes foram lembradas por alguns profissionais durante as entrevistas:

“... outra coisa que acontece no acolhimento que agora eu lembrei, é fulano de tal, chama lá na tela, na hora que entra, a senhora assina aqui, por favor. Assina, vê a ficha e tal, na hora que entra no consultório o médico fala, a senhora é fulana, não, não sou eu, entrou com ficha errada, já aconteceu isso comigo” (E23).

Embora descritos como comuns, não houve relatos sobre ocorrência de danos ao paciente por erro de identificação nesta etapa inicial do atendimento, uma vez que foi identificado pelo profissional em momento oportuno, possibilitando adotar as condutas necessárias. No entanto, os trabalhadores reconheceram o grande potencial de risco destas falhas para o paciente.

“Já vivi um caso até de identificação errada do paciente, é nome parecido e essa ficha foi feita, foi passada pela triagem da enfermagem e chegou à mão do médico. Então, assim, foi um risco, o médico identificou que estava errado o nome do paciente” (E4).

Apesar da ampla discussão sobre a necessidade da correta identificação do paciente para prevenção de erros, há, no Brasil, uma lacuna quanto aos eventos adversos associados a falhas na identificação do paciente e suas consequências (BRITO, 2015). Quando o foco são os serviços de urgência e emergência, torna-se mais evidente a necessidade de estudos voltados a esta temática, pois as dificuldades enfrentadas nestes espaços podem ser agravadas pelas condições iniciais de ingresso dos pacientes, não raras situações agudas graves, com risco iminente de morte, pacientes inconscientes, desprovidos de acompanhantes ou documentos de identificação. Nesses casos, há risco ainda maior de ocorrerem falhas no processo de identificação inicial e no decorrer do atendimento.

Acredita-se que a identificação do paciente, quando realizada

corretamente, poderá prevenir erros durante os cuidados prestados, nos diferentes níveis de atenção, sendo esta uma responsabilidade dos gestores e das lideranças, da equipe multidisciplinar, que depende também do envolvimento de pacientes e acompanhantes (TASE, et al, 2013; TASE; TRONCHIN, 2015).

- Percepção e vivência relacionadas a quedas

O conceito de queda é amplo e comumente definido como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”. Situa-se entre as maiores causas de ferimentos não intencionais relacionados a fatores externos.

Segundo a CISP, a queda do paciente pode ocorrer após ele tropeçar, escorregar, desmaiar e perder o equilíbrio; pode ser queda de berço, cama, cadeira, maca, banheiro, escadas ou degraus, equipamento terapêutico ou enquanto transportado/apoiado por outro indivíduo (WHO, 2009a).

Na perspectiva dos trabalhadores, o risco de queda dos pacientes no ambiente de urgência e emergência foi apontado como iminente. Tal preocupação está expressa nos relatos a seguir:

“... segurança em todos os sentidos (...) segurança física, porque o paciente pode cair da cama”(E17).

“... Porque a pessoa entra, às vezes, com um ferimento no dedo e pode sair com uma perna quebrada” (E1).

“... eu acabei de pegar o plantão e aconteceu do paciente quase cair, então, assim, nós estamos tendo esse problema aqui mesmo, de alguns riscos” (E15).

Embora os depoimentos expressassem a presença do risco de queda em um serviço de emergência, estudos sobre a ocorrência destes incidentes nestes locais são escassos. A maioria das pesquisas concentra-se na caracterização de quedas em unidades de internação hospitalares, o que justifica a ampliação de estudos nesta área em busca de ações de melhorias.

Pesquisa realizada em hospital universitário de grande porte observou, após análise de levantamentos de notificações de incidentes, que 21% das

ocorrências de quedas ocorriam no pronto-socorro (saguão, sala de emergência e observação), embora as unidades de internação fossem o foco do estudo (ROSA; MENEZES, 2015).

No ambiente hospitalar, as quedas estão classificadas como: do leito, da cadeira e da própria altura, com predomínio da primeira e da última. Quanto ao ambiente, grande parte ocorre no banheiro ou no quarto (PAIVA et al., 2010; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Correa e colaboradores (2012), por meio do acompanhamento de indicadores de queda em uma instituição hospitalar, descreveram a prevalência de quedas da própria altura, no período noturno e no quarto ou banheiro, envolvendo pacientes acompanhados no momento em que elas ocorreram. Trata-se de um dado importante, visto que frequentemente, nas ocorrências de quedas, os pacientes estão desacompanhados, fato que evidencia a necessidade de orientar os acompanhantes quanto ao risco e medidas preventivas.

Segundo relatório da ANVISA (2015) sobre incidentes cadastrados no NOTIVISA, no período de março a dezembro de 2014, foram notificados 8435 incidentes, dos quais 1.098 envolveram quedas, 52% perda de equilíbrio, 38,4% queda da cama e 29,1% quedas no banheiro. Este relatório também apontou nove óbitos associados a essas ocorrências.

Diversos fatores podem ser decisivos para a ocorrência de quedas: condições inerentes ao contexto organizacional, estrutura física e fatores individuais intrínsecos ao paciente. Já as consequências advindas de uma queda alertam para a necessidade da adoção de medidas preventivas, tendo em vista o impacto para o paciente, profissional e também à instituição, por vezes com prejuízos irreversíveis e que não se traduzem meramente em números.

- Percepção e vivência da equipe relacionadas ao processo de terapia medicamentosa

O processo da terapia medicamentosa compreende várias etapas, entre elas: prescrição, dispensação, distribuição, preparo e administração (CORBELLINI et al., 2011).

Sua complexidade pode ser atribuída a um processo com múltiplas

etapas que depende da interação de uma equipe multidisciplinar, assim como de conhecimentos em outras áreas, tais como anatomia, fisiologia, microbiologia e bioquímica. É, inclusive, preciso ter domínio de noções de matemática, pelo fato de ser necessário realizar cálculos durante o preparo de medicamentos (TELLES; CASSIANI, 2004).

Eventos adversos a medicamentos (EAM) podem ocorrer em todos os momentos deste processo, sendo considerados EAM tanto erros de medicação (EM) quanto reações adversas (RAM).

Entende-se como RAM a reação farmacológica a determinado medicamento, nociva e não intencional e que ocorre nas doses normalmente usadas. Significa uma reação evitável, ocasionada por falhas no processo da terapia medicamentosa. Trata-se de um dos tipos de incidentes mais comuns nas instituições de saúde (SILVA et al., 2011; WHO, 2009a).

As pesquisas envolvendo eventos adversos no processo de terapia medicamentosa têm avançado em todo o mundo. Nos EUA, estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano e ocasionem inúmeros impactos. No Brasil, ainda não se sabe ao certo qual a incidência, o impacto, as causas e os custos, diretos e indiretos, dos EAM nas organizações de saúde (BRASIL, 2013e; KOHN, 2000).

A ANVISA, em 2015, publicou dados compilados do NOTIVISA, no período de março de 2013 a dezembro de 2014. Neste período analisado, foram notificados 8.435 eventos adversos, dos quais 3.200 foram registrados como outros. Nesta categoria, os mais comuns foram perda acidental de dispositivos como sondas e cateteres, flebites e falhas na assistência no que tange aos medicamentos. Considerando estes dados, 400 notificações foram atribuídas a falhas na assistência envolvendo medicamentos, não sendo possível afirmar quais tipos foram encontrados ou as estatísticas de óbitos decorrentes de tais erros.

Quanto aos tipos de EAM, é possível destacar falhas relacionadas com: identificação incorreta do paciente, medicamento, dose e frequência, forma farmacêutica ou apresentação errada, via de administração, quantidade, contraindicação, armazenamento, omissão, validade e reação adversa (WHO, 2009a).

Nesse estudo, os riscos e incidentes envolvendo o processo de terapia

medicamentosa destacados pela equipe compreenderam desde a prescrição até possíveis falhas no monitoramento pós-administração. Algumas situações foram lembradas pelos participantes:

“Já, eu acho que com mais risco do que com incidente, medicação errada, o médico prescreveu medicação e, às vezes, a dose era desnecessária, maior do que pode ser prescrita (E23)”.

“... estar atento aos riscos na identificação de medicação, de via, desde administrar medicação no paciente errado, em via errada, dose errada, é desencadear um erro no paciente” (E22).

“Sim, eu já presenciei, às vezes, trocas de prescrição médica (...) você acaba pegando uma prescrição (...) a prescrição do paciente e acaba preparando outra medicação destinada a outro paciente” (E5).

“... dependendo da medicação, deveria deitar esse paciente pra não ocorrer o risco de sentir algum mal-estar e cair” (E20).

A prescrição médica no serviço é realizada de forma manual, em boletim de atendimento impresso pela equipe de enfermagem no setor de acolhimento. Dela constam dados do paciente como nome, data de nascimento, histórico dos últimos atendimentos, antecedentes de comorbidades, informações sobre alergias, dados vitais e classificação do grau de risco atribuído. Todos esses dados são alimentados pela equipe de recepção e enfermagem no sistema informatizado, no momento do acolhimento, quando há a classificação do grau de risco.

Em virtude do contexto específico de um serviço de emergência, no qual o paciente pode necessitar de administração imediata de um medicamento, esta é passível de ser realizada pela equipe, por meio de prescrição verbal, com posterior transcrição quando da estabilização do paciente.

No que se referem a falhas na etapa da prescrição, estas foram mencionadas por muitos profissionais, os quais as identificaram como fragilidades para a segurança no preparo e administração de medicamentos. Mencionaram ainda a dificuldade de compreensão da medicação prescrita, por motivo de ilegibilidade ou ausência de itens necessários, conforme os relatos a seguir:

“...são as letras dos médicos, quantas vezes o médico escreve mal e a gente custa a entender, muitas vezes a gente tem que ir lá e perguntar pra ele, então corre risco de fazer medicação errada” (E15).

“Muitas vezes acontece da gente estar preparando a medicação e pegar uma ficha e ter que voltar no consultório, ‘doutor, o que está escrito aqui? Não dá para entender’ (GF2-P1).”

A situação apresentada retrata uma realidade não restrita a este serviço. Estudo realizado em setor de emergência evidenciou que, das prescrições analisadas, 51% foram consideradas ilegíveis e em 71,6% delas faltavam dados, achado que corrobora resultado de estudo semelhante, no qual se verificou que 94,9% das prescrições estavam incompletas para um ou mais itens. A ilegibilidade e a falta de dados na prescrição podem inviabilizar a conferência segura durante a dispensação e administração por parte da equipe, assim como podem gerar gastos adicionais à instituição, por demandarem tempo do profissional, o que ocasiona atrasos no cuidado e compromete a qualidade da assistência (OLIVEIRA; CAMARGO; CASSIANI, 2005; SILVA et al., 2007).

As autoras supracitadas destacam que os eventos adversos relacionados com medicamentos mais frequentes em serviço de emergência são: erros de medicação, reações alérgicas, interações medicamentosas e reações adversas.

Assim como as prescrições manuais, as verbais também foram motivo de preocupação por parte de alguns participantes. Na perspectiva dos trabalhadores, a utilização deste tipo de prescrição de forma não criteriosa tem contribuído para a ocorrência de erros.

“... já vivi riscos, de médico pedir medicação por fala, só falar, a medicação ser feita duas vezes, de um médico não prescrever, só falar e a medicação ser feita em via de administração errada. Já foi feito, teve risco e teve incidente” (E17).”

Embora as prescrições verbais sejam passíveis de ocorrer nestes serviços, conforme supracitado, as recomendações de práticas seguras preconizam que sejam adotadas apenas em situações de emergência (BRASIL, 2013e).

Aspecto importante a ser considerado é que, em muitos casos, na ausência do profissional médico para confirmação dos dados da prescrição, o profissional pode interpretá-la de acordo com sua experiência e administrar o medicamento que acredita estar prescrito (MIASSO et al., 2006). Neste estudo, alguns relatos reiteraram esse risco:

“...você está vendo a letra desse médico, o que você acha que é isso? “Ah...eu acho que é buscopan”(GF2-P3).

“... é, às vezes, a gente não consegue entender a letra, se fala que o médico tá pedindo e a gente acha que aquela medicação e a gente vai e administra no achismo. Nós não podemos ter achismo, nós temos que aplicar a medicação correta de acordo com que o médico está pedindo, porque quem fez a consulta médica não fomos nós” (E7).

Importante ressaltar uma observação contida no trecho acima. A expressão *“nós não podemos ter achismo, nós temos que aplicar a medicação correta de acordo com que o médico está pedindo”* evidenciou a preocupação e o compromisso da equipe em administrar determinada medicação apenas quando houver certeza de estar correto, fato que demonstra a responsabilidade da equipe com o processo.

Tão importante quanto a etapa da prescrição, é a seleção do medicamento a ser administrado de forma correta, segundo prescrição médica. Sabe-se que os sistemas de distribuição de medicamentos adotados pelas instituições têm relação direta com a ocorrência de erros (BRASIL, 2013e).

A distribuição e a seleção do medicamento a ser administrado neste serviço de emergência ocorrem no próprio setor; os medicamentos são armazenados em armários com divisórias (caselas), identificados por ordem alfabética, juntamente com insumos (seringas, agulhas, equipos e dispositivos). A reposição dos materiais é responsabilidade da enfermagem, após requisição à farmácia/almoxtarifado.

O modelo de distribuição de medicamentos adotado na referida instituição tem sido utilizado por outros serviços, embora não seja o mais recomendado, tendo em vista que as medicações são armazenadas em subestoques nos setores e ficam sob a responsabilidade da enfermagem. Conforme recomendações do MS, este sistema de distribuição, denominado sistema coletivo, deve ser abolido das instituições de saúde, por ser considerado inseguro (BRASIL, 2013e).

De forma geral, houve relatos dos trabalhadores sobre o sistema de distribuição como fator que predispõe a ocorrência de erros de medicação. Alguns depoimentos evidenciam fragilidades na forma de selecionar a medicação a ser administrada:

“Já aconteceu de eu pegar a medicação misturada na caixinha, na caselinha, já aconteceu de pegar dipirona junto com ranitidina” (GF2-P2).

“Às vezes, você põe a mão na casela, só tem dipirona lá dentro, mas no meio da dipirona você tem uma ranitidina, que é igual” (GF1-P1).

Após a etapa de dispensação, a administração do medicamento prescrito é a última barreira para prevenção de erros cometidos em etapas anteriores. A enfermagem, responsável por esta etapa na maioria dos serviços de saúde, geralmente é responsabilizada por muitos erros cometidos em fases anteriores (BOHOMOL; RAMOS, 2007; MIASSO et al., 2006).

Os trabalhadores verbalizaram falhas decorrentes da etapa de administração de medicamentos, por diversos motivos: identificação incorreta do paciente, via incorreta, erros de dose, troca de medicamentos ou administração de medicamentos aos quais o paciente era alérgico, conforme relatos:

“Troca de medicação, uma coisa relativamente corriqueira; troca de medicação é, aliás, na verdade, nem foi troca de medicação, medicação em paciente errado, na verdade a medicação estava certa, mas o paciente estava errado” (E24).

“... o funcionário colocou a ficha no balcão, aí outro funcionário veio na pressa, pegou a ficha, preparou a medicação e chamou outro paciente, e o paciente era alérgico à prescrição do outro paciente” (E5).

“... medicação ser feita em via de administração errada, já foi feito, teve risco, teve incidente”(E17).

Nos depoimentos foi possível observar que os erros são atribuídos para além de falhas individuais, mas também por diversas situações que envolvem o sistema como um todo, tais como número elevado de atendimentos e de solicitações de medicamentos, traduzido em sobrecarga de trabalho que expõe a equipe ao limite.

“... até por conta da quantidade de medicação que é feita neles, assim passa muita coisa, muito medicamento” (E16).

“Erro de medicação, eu acredito pelo fluxo intenso e por desatenção do profissional; é não conseguir estar atento aos riscos na identificação de medicação, de via, desde administrar medicação no paciente errado, em via errada, dose errada, é desencadear um erro no paciente” (E22).

“... a gente precisa de bastante coisa, principalmente mais funcionário; às vezes, na correria, o funcionário não deita o paciente, que ainda leva um tempinho, não espera aquele paciente melhorar da medicação, porque tem uma fila lá fora esperando” (E20).

Como mencionado anteriormente, o contexto de emergência possui características próprias, entre elas rotatividade e dinâmica de atendimento, imprevisibilidade de demanda, escassez de profissionais e situações geradoras de estresse. Trata-se de um ambiente considerado de alto risco para a ocorrência de diversos tipos de eventos adversos, notadamente erros relacionados a medicamentos (OLIVEIRA; CAMARGO; CASSIANI, 2005).

As reações adversas após a administração de medicamentos também foram destacadas pelos trabalhadores, o que as evidencia como fatores contribuintes para outros eventos.

“Já aconteceu, por exemplo, de um paciente, depois de ser medicado, sentir um mal-estar, sofrer uma queda”(E20).

As reações adversas podem decorrer do modo de preparo e tempo de infusão do medicamento, bem como da possibilidade de interações medicamentosas, dada a quantidade de medicações prescritas e administradas. Tais situações podem ser negligenciadas, em virtude do contexto do trabalho em emergência, e muitas vezes são interpretadas como reações normais, conforme revelam as falas a seguir:

“... o tempo para se fazer essa medicação, porque, às vezes, a gente tem que fazer num tempo muito rápido, porque sempre tem um outro que precisa ocupar aquele espaço”(E7).

“... ele ter uma reação adversa à medicação é uma coisa, agora ter um erro porque eu causei o erro, acho que já está ferindo a segurança do paciente” (E22).

Tais situações reforçam a necessidade de envolvimento do profissional de enfermagem em todo o processo e a importância de que ele conheça as possíveis reações na etapa da administração de fármacos, assim como medidas preventivas que possam ser adotadas pela equipe para minimização de situações que ofereçam riscos aos pacientes.

É de extrema importância que este profissional reconheça seu papel no

processo da terapia medicamentosa, elemento essencial para que exerça sua função com segurança, consciência, responsabilidade e eficiência (MIASSO et al., 2006)

Nesse sentido, os relatos evidenciaram não somente a compreensão da equipe sobre o papel decisivo que desempenha para prevenção de erros cometidos em etapas anteriores, mas o sentimento de culpa a si e a outros quando falhas não são identificadas a tempo. Isto reafirma a concepção de que ainda estamos imersos em uma cultura de culpabilização individual, de forma velada, ainda que tenham sido reconhecidas influências para ocorrência de erros externos a fatores individuais.

“Erro de medicação, eu acredito pelo fluxo intenso e desatenção do profissional, é não conseguir estar atento aos riscos na identificação da medicação” (E20).

Importante ressaltar que esta concepção poderá impor barreiras para a compreensão sistêmica das falhas nos processos, inclusive durante a terapia medicamentosa. Pode, portanto, dificultar a ampliação de estratégias para além do erro humano, as quais precisam ser inseridas na pauta de discussão nas instituições de saúde.

- Percepção e vivência relacionadas à infecção associada com cuidados em saúde e biossegurança

A contaminação por agentes biológicos em ambientes de saúde constitui importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de um risco significativo para pacientes, profissionais e acompanhantes, com impacto financeiro decorrente de gastos adicionais e vidas perdidas. Atualmente, as infecções associadas ao cuidado em saúde são descritas como complicações relacionadas à contaminação por agentes biológicos na prestação do cuidado, independentemente do cenário (PINA; FERREIRA; UVA, 2014).

Após síntese dos dados, foi possível observar que diversos fatores podem contribuir para o aumento do risco de infecção em pacientes, acompanhantes e até mesmo trabalhadores. Ênfase foi conferida ao risco de contaminação por agentes biológicos, o que corrobora as discussões atuais sobre o tema. Os relatos a seguir trouxeram esta preocupação:

“... riscos biológicos, eu acho que aqui, ultimamente, é o que mais tem se apresentado para mim; vários riscos diferentes, com várias patologias no mesmo ambiente, com os mesmos profissionais e assim, às vezes, isso ainda envolve até acompanhante” (E6).

“Técnicas de sondagem vesical erradas, malfeitas, com risco para paciente” (E24).

“Na execução da técnica é técnica contaminada, técnica asséptica, eu acho que isso envolve riscos ao paciente (E13)”.

“... às vezes, a gente precisa de uma limpeza de cadeira, e acaba sendo um transtorno, porque a gente não tem funcionário suficiente para isso” (E6).

“... a maioria das vezes as cadeiras estão sujas com fezes, urina, sangue” (E6).

Neste contexto, a aglomeração de pessoas sem diagnóstico definido, a realização de procedimentos invasivos, o contato com secreções orgânicas e as deficiências e limitações no processo de limpeza e desinfecção de equipamentos foram apontadas como mais preocupantes no momento. A situação justifica a implementação de ações com foco no ambiente, na organização de fluxos e rotinas, bem como na qualificação profissional.

Estes resultados corroboram estudo realizado em um serviço de emergência hospitalar sobre a representação da biossegurança para a equipe de enfermagem. Nele, associou-se o aumento do índice de infecções cruzadas à demanda de pacientes politraumatizados, com sangramentos e eliminações de secreções, assim como à realização de procedimentos invasivos de maneira não condizente com as normas de prevenção (VALLE et al., 2008).

Medidas de prevenção têm sido recomendadas e diversas experiências têm demonstrado que ações simples, como a lavagem das mãos, é capaz de reduzir o índice de infecções. Essas condutas são incentivadas pela WHO que, em 2005, definiu com um dos primeiros Desafios Globais na luta pela assistência segura o *“First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care”*. Entre outros pontos destacados, há incentivo à higienização das mãos para prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde. Em parceria com a ANVISA, tal desafio foi incorporado no Brasil sob o título *“Assistência limpa é uma Assistência mais segura”* (WHO, 2009b; ANVISA, 2007).

No Brasil, a prevenção e o controle das infecções relacionadas à

assistência à saúde constituem uma das metas prioritárias do PNSP, instituído em 2013, sendo a ANVISA o órgão responsável por fomentar estas ações. Nesse sentido, em 2013, foi lançado o programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde como parte integrante do PNSP (ANVISA, 2013b).

A higienização das mãos é uma das normas de biossegurança a ser implementada nos serviços de saúde. Embora pareça uma medida simples, ainda constitui um desafio a ser superado, visto que a adesão dos profissionais ainda é incipiente (LEAL et al., 2011; SOUZA et al., 2015).

O conceito e a aplicabilidade da biossegurança têm como objetivo principal subsidiar profissionais e instituições de saúde no desenvolvimento de uma prática profissional segura, por meio da implementação de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar os riscos que possam comprometer a saúde do profissional, do meio ambiente e da comunidade (BRASIL, 2006).

É evidente o potencial de exposição ao risco biológico pelos trabalhadores, pacientes e acompanhantes, contudo, não houve relatos de casos de pacientes com infecção que pudessem ser atribuídos ao cuidado prestado no serviço. Entretanto, a ausência de relatos desta natureza não quer dizer que eles não ocorram, mas pode estar relacionada à rotatividade e à demanda de pacientes que dificultam a identificação de readmissões por este motivo, assim como à ausência de notificações de possíveis ocorrências.

Quanto ao risco aos trabalhadores, reflexões sobre a temática têm sido feitas em relação ao cotidiano dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que atuam em setores críticos, em virtude da maior exposição a fatores de riscos que podem contribuir também para o desenvolvimento de doenças decorrentes de acidentes de trabalho (LORO et al., 2016; NOWAK et al., 2013; VALLE et al., 2008).

Como exemplos de riscos presentes, podemos citar o químico, físico, ergonômico e psicossocial; no entanto, em maior destaque, encontra-se o risco biológico, sobretudo envolvendo materiais perfurocortantes. Casos assim foram observados em alguns relatos:

“É, então, têm vários outros incidente, esses acidentes com perfurocortantes também, que são extremamente importantes (...) perfuro é uma coisa assim, tem que prestar bastante atenção porque a gente, às vezes, até se acidenta e, às vezes, o nosso colega” (E5).

“... a profissional colocou o paciente sentado, agachou pra medicar esse paciente, levantou com mandril dentro da cuba rim, e achou que seria mais seguro ela segurar esse mandril dentro da cuba rim. Na hora que ela levantou, acabou topando com um guarda civil e aí acabou perfurando a barriga dele” (E24).

Na fala acima, observa-se o risco de contaminação por material biológico envolvendo perfurocortantes não somente aos profissionais da enfermagem, mas a outros que atuam no ambiente de trabalho, como o guarda municipal.

Estudos que investigaram riscos e vulnerabilidades na prática dos profissionais de saúde ressaltaram a ocorrência de acidentes com material biológico (LORO et al., 2016; SANTOS et al., 2012). No presente estudo, verificou-se também a exposição a estes acidentes para pacientes e acompanhantes, fato atribuído à dinâmica de atendimento, visto que, por motivos diversos, o paciente às vezes não aguarda o término da infusão de soluções parenterais e retira o dispositivo para evadir-se do local sem reavaliação da equipe e alta médica. Este comportamento foi comentado por alguns participantes:

“Aqui no setor do balcão (local onde os pacientes ficam em observação enquanto recebem medicamentos por via parenteral), muitas vezes o paciente quer ir embora, tirando a agulha e deixando lá pendurada, podendo ferir outros pacientes” (E6).

“... paciente tira o acesso de qualquer jeito, sai pingando sangue, acontece, isso acontece” (E18).

Nestas situações, o descarte inadequado do dispositivo, que permanece exposto no suporte de soroterapia até a retirada pela equipe, representa risco de contaminação percutânea aos profissionais e demais pacientes e acompanhantes em observação no serviço.

A prevenção da exposição ao sangue e a outros materiais biológicos é a principal medida de proteção contra a contaminação por patógenos de transmissão sanguínea nos serviços de saúde. Precauções básicas, padronizadas quando da manipulação de artigos médico-hospitalares e durante a assistência a todos os pacientes, devem ser adotadas, independentemente do diagnóstico. Algumas medidas incluem uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como luvas, capotes, óculos de proteção ou protetores faciais, bem como precauções durante a manipulação de agulhas ou materiais cortantes, de modo a evitar exposição

percutânea (SÃO PAULO, 2014).

Além de reconhecerem os fatores de risco para infecção no ambiente em saúde, os trabalhadores demonstram compreender as medidas para prevenção e controle de tais riscos, com destaque para o descarte adequado dos materiais perfurocortantes e uso de EPI.

“... fazer um descarte, prestar atenção no que você está fazendo, no descarte correto” (E5).

“É, o uso correto dos EPIs (...) é usar nossos EPIs pra que a gente, às vezes, não leve infecções para eles (os pacientes)” (E5).

Todavia, apesar do conhecimento teórico, na prática diária observa-se a não aplicabilidade dessas medidas por parte da maioria dos profissionais. Tal postura, quando aliada a outros fatores, pode favorecer a ocorrência de acidentes.

“... às vezes o profissional é que não manipula o material adequadamente, que deixa o escalpe (dispositivo de infusão) lá onde foi usado; então, é muito perigoso, de repente você vem com uma agulha né, sem proteção nenhuma, seu colega, às vezes, começa a conversar com você e você acaba acidentando seu colega sem querer” (E6).

“... às vezes, assim, por pressa ou alguma coisa, a gente acaba nem usando, mas a gente tem que se conscientizar que o uso dos EPIs é importante” (E5).

“... do descarte desse mandril, é de ter pegado isso já em colchonete onde o paciente estava, ia ferir outro colega” (E24).

Embora os profissionais de saúde compreendam a importância das medidas de prevenção, observa-se que poucos utilizam EPI ou fazem o descarte adequado de perfurocortantes. Trata-se de uma constatação preocupante, sobretudo quando esta postura é apresentada por um profissional cansado, distraído por sobrecarga de trabalho, aspectos que contribuem para a ocorrência dos acidentes com material biológico (NOWAK et al., 2013; SANTOS et al., 2012; TIPPLE et al., 2013).

É, portanto, evidente a necessidade de implementar ações educativas e de controle diante de condutas que contribuem para o risco de acidentes com material biológico, com vistas a capacitar e conscientizar os profissionais, uma vez que apenas o conhecimento das medidas de proteção não tem sido suficiente para

reduzir o número de acidentes com material biológico nos serviços de saúde.

Na realidade apresentada, atenção deve ser dada à necessidade do envolvimento de pacientes e acompanhantes, visto que o comportamento destes pode contribuir para o aumento do risco destes acidentes.

4.2.2 Fatores contribuintes para riscos e ocorrências de incidentes

Sabe-se que vários são os fatores que permeiam a ocorrência de um erro no cuidado em saúde. Eles envolvem circunstâncias, ações ou influências que podem ter contribuído para ocorrência de um incidente ou aumento dos seus riscos (WHO, 2009a). Compreender os fatores associados e as causas de danos decorrentes dos cuidados em saúde é vital para a implementação de estratégias de melhorias.

Erros envolvendo o cuidado em saúde são tradicionalmente atribuídos a falhas humana se, conseqüentemente, ao profissional da “ponta do cuidado”. No entanto, tal abordagem desconsidera o fato de que alguns deles são cometidos muitas vezes por profissionais treinados, os quais são responsabilizados por não terem sido capazes de preveni-los.

Estudo recente sobre os fatores causais de quedas e erros de medicação identificou que as falhas sistêmicas se sobrepunham às individuais e do paciente, entre elas a ausência de protocolos institucionais (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

No contexto do cuidado em saúde, os principais fatores que contribuem para os erros envolvem: estrutura organizacional e administrativa; fatores humanos individuais; ambiente de trabalho; uso de tecnologias e interface homem-máquina; aspectos inerentes ao paciente, como a condição clínica e fatores sociais; comunicação entre as equipes e entre equipes e pacientes, assim como fatores externos, os quais escapam ao controle das organizações, por exemplo, as legislações (HARADA et al., 2006; WACHTER, 2013).

Nesta perspectiva, na CIPS (WHO, 2009a), os fatores contribuintes são categorizados com base em experiências mundiais, sendo eles: do pessoal (individual e equipe), do paciente, relacionados ao trabalho e ambiente, e aqueles organizacionais, internos e externos à instituição de saúde. No presente estudo, foi possível correlacionar os fatores elencados pelos trabalhadores com aqueles

descritos na literatura.

Foram considerados neste estudo os aspectos institucionais, ou seja, relacionados à instituição e que podem contribuir para a ocorrência de erros e aumento dos riscos, e aqueles que envolvem questões internas e externas ao contexto organizacional, como os *fatores externos*, sobre os quais a instituição não possui governabilidade, como o modelo de atenção à saúde, os valores culturais de uma comunidade e as legislações. Atentou-se também aos *fatores internos*, referentes às questões de gestão de processos assistenciais e condições de trabalho, *fatores individuais e da equipe* e *fatores inerentes ao paciente e à família*.

- *Fatores externos e internos à instituição de saúde*

O cenário dos serviços de urgência e emergência pode ser considerado um local de alto risco para a ocorrência de falhas durante o cuidado, em virtude da dinâmica de atendimento, da falta de recursos e imprevisibilidade da demanda, bem como da pouca valorização do profissional. Tais circunstâncias somam-se à gama de sentimentos enfrentados diariamente pelas urgências propriamente ditas, urgências percebidas e urgências ruidosas e sociais. É um espaço permeado por expectativa de vida e risco iminente de morte, situado entre a fronteira do prazer e do sofrimento.

Neste estudo, foi possível identificar pontos-chaves de influências externas que demonstraram impactar o ambiente de trabalho e contribuir para aumento de riscos e ocorrência de incidentes. Um deles é a procura desordenada da população pelo atendimento de emergência, em detrimento aos serviços de atenção à promoção de saúde e prevenção de doenças, como exemplo às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades com Estratégias de Saúde da Família (ESF), ou mesmo por motivos alheios ao atendimento em saúde. Esses são fatores considerados cruciais para superlotação e gastos adicionais ao sistema de saúde.

Dado do sistema de gestão da saúde do município possibilitou identificar que, no período de um ano, o número de atendimentos realizados no serviço de emergência foi aproximadamente ao número total de habitantes no mesmo período. Alguns relatos abordaram algumas explicações para esta situação:

“Eu acho que a população não sabe usar o pronto-socorro, coisas que na

unidade básica poderiam ser resolvidas. E vem para cá, é falta de informação, eu acho que seria” (GF2-P1).

“Porque tem pessoa que vem, mesmo sendo informada que aqui é urgência e emergência. Depois a pessoa tem que ir à UBS (unidade básica de saúde) marcar uma consulta e procurar um especialista; muitas vezes, a pessoa se acomoda e vem muito no pronto-socorro” (E15).

“... muitas vezes a gente vê que eles tomam medicação só pra ganhar um atestado, isso também, assim, tinha que mudar, ele tem que ver que aquela medicação que ele vai tomar à toa pode prejudicá-lo, mas é conscientização” (E15).

Estudo realizado por Garcia e Reis (2014), em uma unidade não hospitalar de urgência no interior de São Paulo, evidenciou que a maioria dos atendimentos realizados nestas unidades compreende casos agudos e de baixa complexidade, o que revela uma utilização indevida desses serviços. Acresce-se que 97,7% dos pacientes procuram por atendimento de forma espontânea, sendo atendidos sem restrições, independentemente da gravidade dos casos.

Tal situação pode ser atribuída a mudanças no perfil epidemiológico, evidenciado pelo aumento da violência urbana e impacto causado pela morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis, assim como a aspectos relativos ao sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Associam-se também ao desconhecimento da população a baixa resolutividade da Atenção Básica e a dificuldade de acesso à atenção ambulatorial especializada e hospitalar, aspectos que causam significativo impacto nos serviços de emergência e contribuem para expor as fragilidades do sistema de saúde (BRASIL, 2011; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011;).

Os aspectos evidenciados alertam para a cultura pautada na atenção curativa, com foco na doença e no atendimento às situações de piora das condições crônicas, evidenciando a desvalorização da atenção básica como ordenadora das ações em saúde, aspecto que não se coaduna com o “Modelo de Atenção à Saúde”, preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Ademais, esta situação é agravada também pelo desconhecimento da população sobre os processos de trabalho instituídos no serviço de emergência, como o acolhimento, que envolve avaliação e classificação de risco a partir da necessidade apresentada pelo paciente. Além disso, a falta de informação dos pacientes a respeito do contexto de atendimento nestas unidades muitas vezes gera

transtornos à equipe e aos demais pacientes em atendimento, tal como é possível observar na fala a seguir:

“É, há os casos das pessoas que chegam agressivas, não entendem como funciona no caso da triagem da prioridade do paciente. É que existem as prioridades, mas ele não entende que tem prioridade, e agride a gente” (E4).

A dificuldade de compreensão do modelo de atendimento por grau de risco e não por ordem de chegada, proposto pelo AACR, gera inúmeros conflitos e agressões verbais e físicas entre pacientes e trabalhadores. Constitui a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências. É um instrumento reorganizador dos processos de trabalho buscando atender a todos que procuram a unidade de urgência, de forma humanizada e individualizada, direcionando o paciente ao setor pertinente, dotado de recursos adequados para atender suas necessidades, assim fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2002; 2011a).

A importância da efetiva implementação do AACR nos serviços de urgência e emergência justifica investimentos das instituições de saúde em capacitações aos profissionais envolvidos, bem como ações de sensibilização da população quanto à importância do instrumento para a agilidade e resolutividade no atendimento.

Além desses aspectos, os participantes do presente estudo destacaram a influência dos meios de comunicação que, segundo eles, contribui para divulgação de notícias que depreciam os serviços de urgência e emergência.

“É chato quando a gente escuta, principalmente lá na rua da minha casa, todo mundo já sabe que eu trabalho no pronto-socorro, eles já falam vou lá ao matadouro (...) a última pessoa que morreu e que saiu na mídia eu fiquei a semana inteira ouvindo o povo falar que a mataram lá, que matou o quê? Aqui não mata ninguém, muito pelo contrário, aqui procuramos fazer com que a pessoa saia bem, infelizmente é um estigma que o pronto-socorro vai carregar” (E18).

Observa-se que a influência da mídia na construção de valores negativos no imaginário popular tem causado impacto considerável no contexto organizacional interno e, conseqüentemente, no ambiente e nas relações de trabalho. Com frequência, pacientes chegam ao serviço com medo, agressivos, reivindicando atendimento de forma não democrática.

“Muitas vezes o paciente vem ao pronto-socorro com medo, estigma, é eu vou lá para aquele pronto-socorro, se eles me tratarem mal, eu quebro tudo, eu arrebento, eu faço isso; aí o paciente chega, já vem com esse pensamento negativo” (E18).

Estudo buscou identificar qual a influência da mídia para a percepção da população acerca dos serviços de saúde. Observou-se que a veiculação de notícias que envolvem os serviços de emergência decorre da maior audiência, “íbope”, visto que estes assuntos estão ligados a procedimentos complexos e emergenciais, causando maior impacto e visibilidade. (MENEGOM, 2008).

A maior visibilidade de notícias com foco em serviços intermediários, tais como os de urgência e emergência, e de maior complexidade, como os hospitais, traduz a percepção da mídia e talvez da própria população de maior importância destes serviços (MENEGOM, 2008). Assim, pode-se inferir que as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças ainda não fazem parte do cotidiano da população.

Neste contexto, os serviços de emergência, não raras vezes, são culpabilizados e colocados em posição central na resolução das necessidades da população. Esta influência da imprensa leva a uma interpretação depreciativa dos serviços ofertados, o que também tem sido observado no contexto deste estudo.

No entanto, a mídia não parece capaz de contribuir para a discussão de fatores relacionados às dificuldades de forma abrangente, e não meramente política, nem propor soluções para melhorias nos serviços de saúde (CESARIO; RUBIM; RAMOS, 2014; VILLELA; NATAL, 2014).

Uma vez que a imprensa transmite informações para a sociedade e participa da construção de diversos conhecimentos, desempenha papel importante na constituição das concepções dos serviços de saúde, sendo capaz de influenciar, positiva ou negativamente, a população (MAIA, 2013).

A utilização da comunicação midiática para divulgação a respeito do funcionamento dos serviços de urgência e emergência, buscando a conscientização quanto ao uso destes espaços, foi uma estratégia elencada pela equipe como forma envolver e esclarecer a comunidade. Segundo eles, tal estratégia pode contribuir para solução de algumas problemáticas apresentadas, sobretudo o uso inadequado destes serviços.

Entretanto, além das questões até aqui apresentadas, importante

destacar as situações implícitas que se evidenciam nas expectativas e nos encontros entre profissionais e pacientes, em uma realidade de profunda fragilização dos vínculos entre ambos os atores. De um lado está a compreensão do paciente, que o seu problema é urgente. Do outro, encontra-se o discurso do profissional, que aponta a utilização indevida do serviço pelos pacientes, descaracterizando o propósito de sua atuação.

Tais situações, muitas vezes, são geradoras de estresse e contribuem para a não valorização da necessidade de saúde apresentada pelo paciente, comprometendo o cuidado em saúde (MARQUES, LIMA, 2007).

Realidade evidenciada, a partir dos inúmeros relatos, acerca da insatisfação com a demanda excessiva e o papel da superlotação nas relações entre trabalhadores e pacientes, o que contribui para um ambiente de hostilidade, por vezes de violência. Isto também repercute na qualidade da assistência, tal como evidenciaram as falas a seguir:

*“Eu acredito que acontece por sobrecarga de trabalho, tumulto (...) igual foi esse último caso, estava tudo ocupado e precisou do leito, acabamos tirando o paciente que na verdade **nem era pra estar de alta**, nem era pra gente ter colocado ele sentado, na hora do tumulto acabamos colocando”(E20).*

“... porque é uma área que é uma bomba” (E1).

As situações adversas presentes nos serviços de emergência podem desencadear episódios conflituosos que culminam em agressões aos trabalhadores, por parte de pacientes e acompanhantes (LANCMAN; GONÇALVES; MÂNGIA, 2012; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Nos depoimentos, foi possível identificar a ocorrência de agressões verbais e físicas, assim como sentimento de insegurança no desempenho de suas funções. Tais situações podem representar não somente riscos aos servidores, mas também aos pacientes em atendimento.

“Têm os incidentes de pessoas que agridem a gente, agridem a gente verbalmente e até fisicamente, a falta de segurança que nós temos aqui”(E4).

“... porque tem uma fila lá fora esperando, porque tem um reclamando e brigando e fazendo pressão” (E20).

A equipe também expressou preocupação quanto aos riscos ao paciente:

“... tivemos um fato aqui do pai de uma criança que jogou uma cadeira para acertar um servidor, podia ter acertado outro paciente”(E4).

Dados semelhantes foram evidenciados por estudo realizado em serviço de pronto-atendimento hospitalar, no qual se identificou que a maioria (76,7%) dos trabalhadores de enfermagem foi vítima de violência ocupacional, sendo a agressão verbal por parte de pacientes e acompanhantes a mais comum (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Corroborando os dados, estudo de Cezar e Marziale (2006), em um serviço de urgência hospitalar, aponta que 100% dos enfermeiros e 88,2% dos técnicos em enfermagem foram vítimas de violência ocupacional por parte de pacientes e acompanhantes, havendo predomínio (93,35%) de agressão verbal. Segundo os autores, na opinião da maioria dos trabalhadores, as agressões são motivadas por condições de trabalho precárias, com reflexos no atendimento aos pacientes, assim como em decorrência de desigualdades sociais.

Ainda segundo os autores supracitados a exposição à violência no ambiente de trabalho pode trazer consequências ao trabalhador, expressas por sintomas emocionais como raiva, tristeza, irritação, ansiedade e humilhação. Tais sentimentos, por sua vez, interferem diretamente na sua saúde e qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, estudo internacional realizado em 30 hospitais na Irlanda evidenciou que o ambiente de trabalho pode interferir significativamente nos resultados relacionados à segurança do paciente (KIRWAN; MATTHEWS; SCOTT, 2013).

Dados de pesquisa recente, de representatividade nacional acerca do perfil da enfermagem, evidenciaram resultados preocupantes quanto às condições de trabalho: 61,9% dos profissionais expressam sentimento de insegurança, 47,2% sentem-se desrespeitados e mal tratados pelos pacientes e 65,9% consideram desgastante a atividade profissional (MACHADO et al., 2016b).

Este clima de insegurança e violência no ambiente de trabalho corrobora os resultados em discussão, e acredita-se que possa contribuir para baixos índices de motivação e desempenho dos profissionais, com reflexo no aumento dos riscos e consequente comprometimento da segurança de todos os envolvidos.

Esta situação se torna particularmente preocupante nos serviços de atenção à urgência e emergência que, em virtude da alta complexidade, requerem justamente profissionais motivados e capacitados para as funções que exercem, assim como estrutura física, materiais e equipamentos adequados, visando à disponibilização de atendimento imediato e qualificado. Destaca-se que estas unidades diferenciam-se das demais pela gravidade dos pacientes admitidos (COELHO et al., 2010; LORO et al., 2016).

“...quando você trabalha com situações adversas, falta material, equipe não envolvida, não capacitada, é, eu acho que essas coisas te deixam angustiado, acho que tudo que pode ser feito para melhorar, para segurança do paciente, lógico que isso aí, de forma geral no contexto do trabalho, vai ficar mais tranquilo de levar” (E23).

A Portaria 2048/2002, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento destes serviços, aborda a necessidade de estruturação de recursos humanos, físicos (materiais, medicamentos e equipamentos), bem como área física, de acordo com a complexidade de atendimentos realizados, para maior qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2002).

Em consonância, ênfase foi atribuída pelos participantes à estrutura física, aos recursos materiais e humanos, à necessidade de protocolos assistenciais e à capacitação dos trabalhadores.

Os recursos materiais e a estrutura física foram citados como instrumentos que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento do trabalho em saúde e contribuir, ou não, para aumento dos riscos ao paciente, conforme observado nas falas a seguir:

“É o material de trabalho, aqui no pronto-socorro é muito bom, assim é bem, você tem tudo que precisa, tanto é escalpe adequado, abocath, é tudo. Então, já não oferece tanto risco não” (E15).

“Pelo fato de não ter macas com grade pra deitar, alguns pacientes, na hora da medicação, caem da cadeira, paciente cai da maca”(E6).

“... então, eu acho que é manutenção, se quebra uma torneira, se faz uma coisa assim, demora muito para ser consertado e acaba prejudicando muito o serviço” (E6).

A estrutura física interfere na gestão de risco de quedas, em especial os sistemas de iluminação, a escolha e manutenção dos pisos e mobiliários. Na prática,

observa-se que as recomendações, conforme legislações vigentes, de adequações às necessidades dos pacientes não são atendidas em sua totalidade (ROSA; MENEZES, 2015). A falta de camas com grades e travas, por exemplo, foi associada à maior frequência de quedas em ambiente hospitalar (PAIVA et al., 2010).

Tal preocupação tem sido constante em unidades de emergência. Diante da falta de leitos para acomodar os pacientes, enfermeiros deparam-se com a angústia de decidir quais serão acomodados nas macas disponíveis, ou mesmo com a necessidade de transferir alguns de macas para cadeiras, situações de grande sofrimento no trabalho destes profissionais (SANTOS; LIMA, 2011).

O enfermeiro, além de participar diretamente do cuidado ao paciente crítico, tem como atribuição disponibilizar e alocar adequadamente recursos materiais e humanos, de modo a equilibrar a demanda de atendimento e os recursos necessários (COELHO et al., 2010). Trata-se de uma difícil tarefa, quando o contexto são as unidades de urgência e emergência.

Quanto aos fatores relacionados a recursos humanos, estes têm sido considerados responsáveis por boa parcela da ocorrência dos incidentes e eventos adversos. Estudos baseados na percepção dos profissionais de saúde de nível técnico mostraram que, entre os fatores de maior contribuição para a ocorrência de incidentes e eventos adversos, estão a sobrecarga de trabalho e a dificuldade no uso de tecnologias no cuidado em saúde (CORBELLINI et al., 2011; CORREA et al., 2012).

A desproporção entre o número de profissionais e a demanda de atendimento, refletindo em sobrecarga de trabalho, tem sido um dos grandes desafios nas instituições de saúde de todo o mundo. Número insuficiente de trabalhadores para a demanda da unidade também foi mencionado em algumas falas:

“... também porque, às vezes, a gente não tem um número de servidor, de trabalhador que condiz com a realidade”(E2).

“Precisava ter mais funcionários e supervisor pra enxergar algumas coisas que acontecem que, por conta de nós sermos poucos enfermeiros no plantão, tem coisa que acontece que a gente não vê” (E20).

A sobrecarga de trabalho e o aumento da ocorrência de incidentes com desfechos desfavoráveis têm sido discutidos em estudos nacionais e internacionais

(DUARTE et al., 2015; GONÇALVES et al., 2012; VAN BOGAERT et al., 2014). Pesquisa realizada em dois hospitais universitários no Brasil possibilitou correlacionar a carga excessiva de trabalho à ocorrência de eventos adversos e ao aumento do risco de mortalidade em unidades de terapia intensiva (NOVARETTI et al., 2014).

Outros estudos também demonstraram a relação direta entre o ambiente de trabalho e a qualidade do cuidado prestado. Nesse sentido, um ambiente positivo, com número adequado de profissionais, é capaz de diminuir a insatisfação com o trabalho, os índices de adoecimento entre os trabalhadores e aumentar a segurança do paciente (AIKEN et al., 2011; SPENCE; LEITER, 2006).

Assim, a preocupação com o ambiente e as condições de trabalho, assim como o dimensionamento do quantitativo de profissionais de enfermagem, são ações que devem ser vistas com atenção pelos gestores em prol da qualificação do cuidado.

No que se refere aos serviços de urgência e emergência, esta problemática assume proporções ainda maiores quando consideradas a dinâmica de atendimento, a complexidade das ações desenvolvidas e a rotatividade de pacientes aliadas à escassez de parâmetros, o que dificulta dimensionar o quantitativo necessário de pessoal (GARCIA; FUGULIN, 2010).

No Brasil, o dimensionamento do quantitativo de pessoal de enfermagem deve ser realizado com base nos parâmetros estabelecidos pela Resolução 293/2004, do COFEN. Devem ser consideradas as horas de enfermagem por leito nas 24hs, conforme a complexidade do cuidado. Nos serviços de urgência e emergência não é possível associar leito/dia e, portanto, utiliza-se o dimensionamento de acordo com a unidade funcional, com base na área funcional e nas atividades desenvolvidas empiricamente (COFEN, 2004).

No entanto, esta forma de cálculo para dimensionamento de pessoal em serviços de urgência e emergência não tem conseguido assegurar a contratação adequada de profissionais, visto que não obriga a contratação do número estipulado pelo enfermeiro responsável técnico. No setor público, a situação se agrava, em virtude da Lei de Responsabilidade Fiscal, usada como justificativa pelos gestores para a não reposição do quadro de pessoal, acrescido da falta de estabelecimento de políticas e práticas em recursos humanos nas instituições públicas tem trazido

impacto na atividade assistencial, principalmente diante das dificuldades para a contratação de forma ágil de mão de obra qualificada (MORICI; BARBOSA, 2013).

No que se refere aos serviços urgência e emergência, embora a Portaria nº 2048 também verse sobre a equipe mínima de profissionais exigida nestas unidades, não aborda o quantitativo de profissionais por atendimentos/dia, deixando isto a cargo do gestor local (BRASIL, 2002).

Para além do número insuficiente de profissionais, acresce-se a dificuldade de capacitação destes profissionais para o trabalho em emergência. Os participantes apontaram a necessidade de maior treinamento no serviço para atualização profissional.

“Então, essas medidas que eu penso seriam o treinamento, mas a gente vive batendo nessa tecla, principalmente aqui eu não vejo esses treinamentos”(E9).

“Eu acho que deveria assim, até no local de trabalho, sabe, tirar um tempo, nem que fosse uma vez por mês, tirar um tempo e passar essas novidades que estão chegando no serviço (E9).

“... é capacitação mesmo, a gente não tem profissionais que vêm para dar capacitação, para dar treinamentos (...) eu acho que deveria ter educação continuada, mas a gente não consegue, pelo número reduzido de funcionários” (GF2-P2).

A capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de emergência é considerada premissa básica para o cuidado seguro. Qualificar a assistência e garantir treinamento contínuo às equipes que atuam na atenção às urgências são elementos primordiais para a organização e qualificação dos serviços de urgência e emergência em todo o território nacional (BRASIL, 2002).

A demanda de capacitação da equipe de profissionais para o atendimento em emergência não é preocupação recente. No entanto, na prática, há inúmeras dificuldades para a viabilização dos programas de ações educativas nos serviços de saúde.

Entre os desafios descritos pelos trabalhadores, podemos destacar a abordagem de conteúdos e métodos não condizentes com a real necessidade da equipe.

Como estratégia de superação diante da realidade apresentada, elencou-se a necessidade de organização de ações educativas, com base em temas

evidenciados pelos trabalhadores, e a utilização de casos reais vivenciados como subsídio às discussões sobre o tema.

Importante destaque merece ser conferido às estratégias apontadas para ações educativas, com ênfase na utilização de recursos como a problematização baseada em situações reais ocorridas no cotidiano de trabalho, ao incentivo à participação dos próprios trabalhadores como facilitadores e a momentos que permitam a troca de experiências e de conhecimentos, elementos essenciais para uma aprendizagem significativa.

“... é muito legal quando a chefe fala: olha vamos fazer um treinamento disso, você tem competência para isso (GF2-P1)”.

“Isso naturalmente, no dia a dia, a gente acaba fazendo isso, aprendendo, a gente aprende muito um com o outro, acho que sistematizar isso (GF2-P4)”.

Embora os trabalhadores recorram à expressão “treinamentos” para abordar a temática das ações educativas no contexto de trabalho, os discursos para efetivação destas ações contêm pressupostos da educação permanente, que prioriza o aprendizado com base nas necessidades identificadas, discutidas, problematizadas e deliberadas pelas próprias equipes, em seus espaços coletivos, com a participação de todos os trabalhadores (BRASIL, 2005; 2009).

O enfoque da educação permanente representa importante mudança nas práticas de capacitação dos trabalhadores em serviço, uma vez que incorpora o aprendizado à vida cotidiana, problematizando o próprio fazer e valorizando os sujeitos como atores reflexivos e construtores do conhecimento e a equipe como estrutura de interação (BRASIL, 2009).

Sabe-se que, para ter significado, a aprendizagem deve estar diretamente relacionada à experiência afetiva de um indivíduo. Desse modo, pode ser prazerosa e mobilizadora, por permitir ampliar a compreensão sobre o trabalho, a identificação de problemas e soluções diante da vivência cotidiana, qualificando esta prática (BRASIL, 2005).

No entanto, diante da realidade apresentada, observa-se um hiato entre o que se anseia construir e o que é de fato realizado, o que justifica repensar este tema, de forma a fortalecer as ações educativas por meio de construções coletivas, capazes de modificar a prática cotidiana.

Por fim, a ausência de protocolos assistenciais no contexto organizacional também foi descrita como barreira a ser enfrentada na busca pela segurança, visto que dificulta a comunicação efetiva entre as equipes.

“Mas não tem, assim, um protocolo ainda falando oh, esse paciente, ele pode ir por conta disso, então aí dificulta; às vezes, o paciente dá entrada nesse setor, porque você tem que conversar com o médico e discutir o caso e, às vezes, não é aceito, expõe o paciente ao risco” (E10).

Correa e colaboradores (2012) assinalam que a implantação de protocolos é uma importante ferramenta gerencial em prol da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O uso de assistenciais permite que todos os profissionais envolvidos na assistência saibam “o que e como” devem ser realizadas as ações durante o tratamento do paciente (HARADA et al., 2006).

No entanto, no que envolve a elaboração e implantação de protocolos, mais do que implantá-los, é necessário que estejam inseridos na política institucional e sejam utilizados em virtude de sua importância como ação de melhoria da qualidade do cuidado (PANCIERI et al., 2013; VENDRAMINI et al., 2010).

- Fatores humanos: individuais e equipes

O trabalho em saúde é, essencialmente, coletivo, pois envolve diversos profissionais com um objetivo comum: a assistência à saúde com qualidade. Para tanto, é necessário o verdadeiro compromisso de cada profissional e do conjunto de trabalhadores (SOUZA et al., 2010).

No contexto do trabalho em emergência, na perspectiva dos trabalhadores, os fatores humanos são relevantes para aumento dos riscos e da ocorrência de incidentes— tanto aqueles inerentes ao profissional quanto à equipe de trabalho. Como fatores individuais, destacaram os físicos e psicológicos, bem como o conhecimento, a habilidade e atitude para o trabalho.

Especificamente sobre os fatores da equipe, ressaltaram a comunicação e interação entre os membros, e no que se refere aos fatores fisiológicos que podem contribuir para a ocorrência de erros, a fadiga, o sono, sobrecarga de trabalho, doenças, entre outros. Quanto aos fatores psicológicos, tédio, frustração, ansiedade e estresse. Todos esses fatores, em conjunto, são capazes de afetar de alguma

maneira os processos cognitivos dos profissionais e, portanto, comprometer a segurança do paciente (HARADA et al., 2006).

No presente estudo, os trabalhadores retrataram uma realidade presente no cotidiano da enfermagem que muito tem se discutida atualmente.

“Eu acho que é, por exemplo, uma pessoa que trabalha a noite inteira, tem pessoas que trabalham em 2 em 3, tudo bem, mas tem pessoas que, às vezes, o filhos e acidentou, às vezes, a pessoa não está preparada”(E10).

“E você vê que a pessoa já está no limite, eu acho que isso talvez possa prejudicar muito a enfermagem. Acho que está acontecendo isso sim, tem pessoas que você vê que estão sobrecarregadas, entendeu?”(E1).

Observa-se, nas falas, profissionais que trabalham em duplas jornadas, em rotatividade de turnos, além de problemas particulares que interferem na execução das tarefas. Apontam situações envolvendo não somente sobrecarga física, mas também psicológica, fato que contribui para que adoçam.

“... não sabe os problemas que essa pessoa tem e falta suporte psicológico, até do serviço de forma geral; não existe uma visão do profissional de enfermagem, se pensa no profissional de enfermagem como um número”(E24).

“Então, eu acho que a enfermagem sempre precisa de uma ajuda, porque não é fácil cuidar dos outros, a gente tem que cuidar da gente primeiro. Às vezes, a pessoa não está preparada pra cuidar do próximo” (E1).

O profissional de saúde, em destaque o de enfermagem, está entre aqueles com maior risco de adoecimento. Dados da última pesquisa sobre o perfil da enfermagem evidenciam que 56,1% dos profissionais declararam necessidade de tratamento médico nos últimos 12 meses, o que representa um milhão de trabalhadores. Além disso, 65,9% consideram a atividade desgastante, sobretudo os enfermeiros (71,7%), que se queixam de desgaste profissional (MACHADO et al., 2016b).

Nos serviços de emergência, a imprevisibilidade da demanda como parte do processo de trabalho e a necessidade de estar sempre em estado de alerta podem ser componentes desencadeadores de estresse. Acresce-se a exposição a situações de sofrimento e grande tensão, o que ocasiona sobrecarga psíquica para dar conta destas demandas (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Diante deste cenário, os trabalhadores alertam para o papel da equipe na prevenção de falhas e defendem ser preciso atuar de forma decisiva, bem como ter conhecimento e experiência para assumir esta responsabilidade:

“... a gente tem que ter conhecimento, porque você tem que contestar uma coisa que você tem certeza que está errada” (E22).

A necessidade de maior comprometimento individual com o trabalho também esteve entre as temáticas elencadas, pontuando os inúmeros aparatos tecnológicos como ponto negativo e determinante para a ocorrência de erros. Segundo alguns entrevistados, esses dispositivos podem levar a interrupções e distrações no ambiente de trabalho.

“... centrar, focar no trabalho, deixar de brincadeiras, é hoje tem muito o negócio de whatsapp, então esquecer os problemas externos, vir centrado, focado para o trabalho, porque se você foca, tem menos erro, menos possibilidade de errar, eu penso por aí” (E5).

Sobre os fatores da equipe, pode-se destacar a sua capacidade de interação e comunicação em prol de um objetivo comum: a prestação do cuidado. Um dos participantes abordou a importância da comunicação para o bom desenvolvimento do trabalho.

“Olha, eu acho assim, que o trabalho da enfermagem precisa de comunicação, de empenho”.

O estabelecimento de vínculo entre as equipes pode contribuir para melhorias no processo de comunicação.

“Quando existe vínculo bom com esta equipe, se eu trabalho com aquele médico, com aquele enfermeiro, com aquela equipe, e eles me conhecem profissionalmente, eu falo alguma coisa, aquilo tem uma relevância maior” (GF2-P4).

No entanto, o intenso revezamento na organização da escala de tarefas foi apontado como barreira à construção destes vínculos.

Tais situações têm sido amplamente discutidas, visto que investir na comunicação entre as equipes pode gerar resultados positivos para a segurança do paciente.

Os problemas no processo de comunicação nas instituições de saúde, a baixa qualidade das informações contidas no prontuário e as falhas na transmissão das informações entre equipes têm contribuído para a ocorrência de incidentes e eventos adversos (PAVÃO et al., 2011; VAN NOORD et al., 2014).

Em virtude da complexidade do cuidado em saúde, faz-se necessário que a instituição de saúde, juntamente com a equipe, desenvolva estratégias de melhorias no processo de comunicação, de modo a favorecer o efetivo diálogo entre os seus membros e beneficiar o processo do cuidado (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004).

- Paciente e família

As características dos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência contribuem para uma parcela dos riscos e ocorrência dos incidentes. Esta caracterização inclui dados demográficos (idade, nível de escolaridade), motivo pela procura ao serviço, condição clínica principal e tratamento estabelecido (WHO, 2009a).

Nesse sentido, os trabalhadores citaram fatores de riscos relacionados a características dos pacientes e acompanhantes que, segundo eles, podem contribuir para a ocorrência de incidentes.

“... porque cada pessoa é de um jeito, idoso, entende, às vezes não escuta, às vezes não sabe ler (...) a cultura do paciente tem muito a ver” (E1.)

“Tem paciente também que não sabe ler, não assina, como que ele vai saber que o nome está errado, ele está vendo a ficha, mas não sabe ler também” (E23).

A falta de escolaridade e as perdas auditivas também foram apontadas como barreiras a serem superadas para a adoção de práticas seguras na etapa de identificação do paciente.

No contexto de urgência e emergência, não é incomum admitir pacientes com nível de consciência alterado, desacompanhados, situações que, na perspectiva dos participantes, contribuem para aumento dos riscos e ocorrência de incidentes.

“Pacientes ficam às vezes confusos, eles não têm noção do que está acontecendo, pode acontecer alguma queda” (E3).

“... paciente chegou ao pronto-socorro alcoolizado” (E7).

“... paciente pode estar desacompanhado e, às vezes, se levanta sozinho, pode ter uma queda” (E5).

Outros aspectos observados foram o uso de medicamentos, a idade avançada e a falta de colaboração dos acompanhantes para a vigilância do paciente no momento do atendimento, todos considerados contribuintes para ocorrência de quedas, conforme relatos:

“... às vezes, tomam alguns medicamentos psicotrópicos e acham que têm condições de ir até o banheiro, e se levantam sozinhos, aí pode ter uma queda” (E5).

“... ele estava hipertenso, idoso, 85 anos, tomou medicamento e aí ele ficou sozinho, a filha foi embora, ele foi levantar e caiu” (E16).

Tais relatos reforçam os dados encontrados na literatura, os quais permitem pontuar, como fatores que potencializam o risco de quedas inerentes ao paciente, aqueles relacionados com idade avançada (maior que 60 anos), condição clínica, dificuldade de marcha e terapia medicamentosa. Ressalta-se que, sob essas condições, o paciente encontra-se mais vulnerável (CORREA et al., 2012; PAIVA et al., 2010).

O paciente pode representar a última barreira de prevenção de um erro no cuidado e, portanto, é imprescindível orientá-lo, e também ao acompanhante, para que se envolvam em todas as etapas do atendimento. Ambos devem ser encorajados a questionar sobre os procedimentos a serem realizados (ANVISA, 2013a ; SILVA et al., 2007).

O levantamento dos riscos e a compreensão e análise dos fatores contribuintes são elementos essenciais para uma gestão de risco efetiva e podem favorecer a implementação de ações de melhorias que reduzam a possibilidade de erros.

Assim, as estratégias de gestão de segurança e melhorias da qualidade nestas unidades devem ser viabilizadas por meio de ações de organização de fluxos de atendimento, estruturação física, recursos materiais e humanos, bem como

devem envolver profissionais, gestores e comunidade, em virtude da complexidade que permeia o contexto externo e interno destas instituições.

4.2.3 Conduzindo as ocorrências

Embora os riscos, incidentes e eventos adversos sejam ocorrências presentes no cotidiano do trabalho em saúde, ainda há inúmeros desafios que envolvem as condutas profissionais nestas situações.

A comunicação é uma ação relevante diante da ocorrência de qualquer erro no cuidado em saúde, pois o relato do profissional subsidia a tomada de decisão para possíveis intervenções, sempre com vistas a prevenir complicações e danos ao paciente.

Nesse sentido, foi possível observar, nos depoimentos dos trabalhadores, como são conduzidas as ocorrências de incidentes e eventos adversos, tanto por eles quanto por colegas de trabalho e pela própria instituição.

As falas permitiram observar que a primeira reação da equipe é prestar atendimento prontamente ao paciente:

“É, na hora, a gente, todo mundo largou o que estava fazendo assim né, entre aspas, não deixou o paciente, mas a gente foi lá e acudiu ele na hora” (E16).

“A gente só se preocupou com o paciente na hora, em acudi-lo” (E20).

Após este primeiro atendimento, os trabalhadores comunicam o fato ao enfermeiro do plantão, ao médico e, algumas vezes, ao paciente e à família. As falas abordam a comunicação de forma compartilhada - enfermeiro ou médico -, não evidenciando qual a ordem de prioridade nestes casos.

“... em situação de queda (...) comunicar ao enfermeiro ou comunicar mesmo ao médico responsável pelo paciente” (E5).

“Então, sempre quando acontecem essas situações, a gente a acaba comunicando o enfermeiro responsável, comunica o médico, e também, se perceber que o paciente tem estrutura para receber essas informações, que houve uma troca, uma inversão de prescrição, a gente faz discretamente” (E5).

Em relação à comunicação ao paciente e familiar, conforme fala supracitada foi possível perceber que ela tem sido realizada pelo próprio profissional

envolvido no incidente, se o mesmo considerar que o paciente é capaz de compreender o ocorrido. Identifica-se também a ausência de padronização diante da comunicação de tais incidentes ao paciente e familiar.

Neste processo de comunicação, foram destacadas, entre as condutas para condução dos casos, a necessidade de reavaliação médica, transferência para setor de maior complexidade e intensificação dos cuidados por meio da observação. Essas medidas preventivas para controle de eventuais complicações foram abordadas em diversos depoimentos:

“Que eu presenciei foi o seguinte, a gente vai chamar o supervisor, comunicar o ocorrido, chamar o paciente e passar com ele no médico de novo, pra tomar as providências, pra ser feita uma reavaliação desse paciente, e acompanhá-lo em observação”(E19).

“Foi prestado todo o atendimento no momento em que o menino caiu (...) pedimos reavaliação médica” (E7).

“... trouxe ele aqui para a ala de observação (setor de observação dos pacientes com classificação amarela), deitamos “bonitinho”, passamos para o médico aqui da ala de observação, ele ficou observação muito tempo, ele não foi embora tão rápido assim não” (E16).

Estudo realizado por Santos e Padilha (2005) em quinze hospitais do estado de São Paulo evidenciou, como parte das condutas adotadas por enfermeiros diante de erros com medicação, a comunicação do fato ao médico (69,8%), a intensificação do cuidado e vigilância do paciente (55,1%), anotação no prontuário (28%) e repreensão do profissional (24,5%).

Os dados corroboram os resultados encontrados neste estudo, uma vez que a comunicação e o cuidado foram considerados as condutas de maior relevância por parte da equipe nestas situações, mais importantes até do que o registro do incidente no prontuário ou em documento impresso para tal finalidade.

“Eu acredito que a parte burocrática de notificação foi falha, porque a gente não preencheu, a gente só se preocupou com o paciente na hora e em acudi-lo no momento, e fazer orientação para quem atendeu o paciente, para não fazer daquela maneira de novo” (E20).

A comunicação dos incidentes por meio de sistemas de notificação voluntários ou obrigatórios tem sido adotada em diversos países como estratégia

para aumentar a segurança do paciente. Ela permite que os profissionais registrem a ocorrência de incidentes ou de circunstâncias envolvendo riscos no ambiente de trabalho (SOUSA; LAGE; RODRIGUÊS, 2014).

Os instrumentos de notificação de eventos adversos foram desenvolvidos como medida preventiva diretamente voltada para o gerenciamento de risco, pois possibilitam levantar e investigar eventuais falhas assistenciais e atuar sobre elas.

No entanto, diversos estudos têm demonstrado que os relatos não estão sendo valorizados como ferramentas de análise da qualidade, mas como justificativas para punição e sanções administrativas (CORBELLINI et al., 2011; FASSINI; HAHN, 2012; FRANÇOLIN et al., 2010; MIASSO et al, 2006; PAIVA et al., 2010; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

O serviço escolhido como cenário para este estudo disponibiliza um impresso para o registro dos incidentes, com o objetivo de favorecer a análise das ocorrências de erros e a adoção de medidas de prevenção; no entanto, esta conduta não se encontra incorporada no cotidiano de trabalho, e apenas um participante fez menção a este documento:

“... assim, a questão da identificação do erro do profissional, ciente daquilo, a gente sentar, conversar, então o que eu faço, existe um impresso próprio para isso, aí chama o profissional, converso sobre o que aconteceu que poderia ser feito em relação àquela situação, o que levou àquela situação (...) então, eu acho que tem que conversar, orientar, e em cima dessas falhas, é assinatura, eu acho que no sentido de compromissar, eu acho que o profissional, quando ele assina que ele está ciente e que ele foi orientado sobre aquilo, eu acho que ele fica mais atento às próprias ações” (E24).

A fala supracitada externou a preocupação com a notificação para posterior análise dos incidentes. Por outro lado, evidencia também a compreensão do erro como falha individual e trouxe uma conotação da utilização deste relatório para fins administrativos e de repreensão. Este aspecto foi reforçado no seguinte depoimento:

“Eu, particularmente, sou contra advertência, essas coisas eu acho que a gente não educa no tapa, a gente educa é na conversa” (E24).

Além disso, observam-se apenas discussões momentâneas com o profissional envolvido e a equipe do respectivo turno de trabalho, o que impede a compreensão dos erros e seus fatores contribuintes de forma ampliada e,

consequentemente, dificulta que possam ser traduzidos em ações coletivas, preventivas, no âmbito organizacional. Esta discussão ficou evidente no seguinte depoimento:

“A supervisora do plantão vem, conversa com a gente, para gente atentar a isso, com todos os funcionários que passaram ali, naquela situação” (E4).

A cultura punitiva aflora o medo e o sentimento de culpa e vergonha do profissional diante de uma situação de erro, tal como evidenciado na afirmação:

“Porque, às vezes, a enfermagem fica com medo de relatar (...) porque o paciente está sob a responsabilidade do técnico de enfermagem” (E5).

No entanto, mesmo diante desses sentimentos, pontuaram a importância do registro de enfermagem no prontuário.

“... nós temos que anotar bem na ficha de enfermagem, evoluir direitinho e comunicar ao enfermeiro ou comunicar mesmo ao médico responsável pelo paciente” (E5).

“... anotações de enfermagem são extremamente importantes, principalmente nestes casos de danos ao cliente, então, eu penso por aí” (E5).

Embora tenha aumentado a preocupação com a notificação dos EAM e implantação de sistemas de notificação, ainda prevalece à cultura da notificação somente quando os incidentes causam grande impacto ao paciente ou tornam-se de domínio público. Isto evidencia a necessidade de ampliar e efetivar ações para identificação, notificação e registros destes fatos (SILVA et al., 2011).

No momento em que as instituições de saúde buscarem de fato compreender “como” e o “porquê” da ocorrência de erros, em vez de apontar e punir quem os cometeu, acredita-se que os profissionais se sentirão amparados e respaldados para comunicar e registrar estas ocorrências. Não se trata de negligenciar falhas humanas, mas de usá-las como subsídio para discutir, planejar e programar ações de modo a preveni-la se, assim, construir sistemas de saúde mais seguros (SANTOS et al., 2007; SILVA; CASSIANI, 2004).

4.2.4 Impacto dos incidentes ao paciente e família, aos trabalhadores e ao serviço de saúde

É fato que o impacto dos eventos adversos gera prejuízos imensuráveis a todos os envolvidos, uma vez que há significativo aumento do custo do cuidado à saúde, danos físicos e psicológicos ao paciente e grande sofrimento psíquico para os profissionais, além de eventual perda de vidas humanas.

Em termos financeiros, os eventos adversos podem representar impactos significativos, estimados entre US\$17 bilhões e US\$29 bilhões por ano nos EUA. Podem também refletir em perda da confiança profissional e diminuição da satisfação dos pacientes no sistema de saúde, os quais, em virtude de longa internação ou invalidez decorrente de erros, sofrem com elevado desconforto físico e psicológico. Por outro lado, os profissionais de saúde envolvidos nestes casos vivenciam frustração, por não terem sido capazes de prestar os melhores cuidados possíveis (KOHN, 2000).

Considera-se *dano* a perda de estrutura ou de função do corpo ou parte(s) do corpo, incluindo danos ou lesões incapacitantes, que causem disfunção, morte ou prejuízo nos aspectos físicos, sociais e psíquicos dos indivíduos associados ao cuidado em saúde. O *grau de dano* é a gravidade e duração de qualquer dano, e suas implicações no tratamento, resultantes de um incidente. Pode ser classificado como leve, moderado, grave ou mesmo a morte (WHO, 2009a).

O dano moderado requer intervenção, como procedimentos ou terapias adicionais, demanda maior tempo de internação/observação ou causa danos permanentes a longo prazo; já o dano grave caracteriza-se pela necessidade de salvar a vida ou de grande intervenção médica/cirúrgica, assim como se evidencia diante da ocorrência de danos extensos permanentes (WHO, 2009a).

No presente estudo, foi possível observar, com base nas vivências dos participantes, desfechos de incidentes e eventos com danos ao paciente, ao trabalhador e também ao serviço. Quanto àqueles causados ao paciente, foram citados alguns, entre moderados e graves, como o agravamento da condição clínica, conforme relato a seguir:

“... foi encaminhado para o setor e teve uma crise convulsiva no meio do caminho, então ele estava sozinho, sem cadeira de roda, sem maca, aí ele fez um traumatismo craniano enquanto ia para consultório” (E10).

Houveram também relatos de intervenções (procedimentos de sutura) realizadas em decorrência de ferimento ocasionado por queda, como exemplo:

“... eu já vi isso umas duas vezes, o paciente cair, e o paciente até se machucou, foi necessário fazer a sutura na cabeça dele” (E7).

Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo, no qual prevaleceram como condutas: observação e avaliação médica e realização de exames complementares (exames de imagem), em frequência menor casos com necessidade de sutura (CORREA et al., 2012).

Observa-se que, além do dano físico causado pelo incidente, atenção deve ser conferida ao dano psicológico, conforme expressou um dos trabalhadores:

“... mas já aconteceu, mas assim, nada que o paciente entrasse em coma, alguma coisa assim, mas é ruim para paciente, ele fica preso (tempo maior de observação), não sabe o que vai acontecer com ele, então, o paciente fica é com medo mesmo, vamos dizer que ele fica com medo” (E18).

Danos psíquicos podem ser observados como desfechos de incidentes tanto para o paciente quanto para o trabalhador. Sabe-se que a ocorrência de erros pode trazer ao profissional sofrimento psíquico, podendo impactar no cuidado ao paciente, inclusive a longo prazo, pelo receio de errar novamente (ULLSTRÖM et al., 2013; SANTOS et al., 2007).

Santos e Padilha (2005) apontam, entre os principais sentimentos vividos por enfermeiros após erros de medicação, preocupação, insegurança, raiva e impotência. O primeiro (preocupação) foi predominante, citado por 79,3% dos participantes e atribuído à sensação de que poderiam ter feito algo para evitá-los, bem como ao medo de cobranças e represálias.

Nas situações que envolvem eventos adversos, os profissionais tornam-se as “segundas vítimas” e, portanto, necessitam de apoio qualificado por parte da instituição de saúde, tendo em vista a possibilidade de danos psicológicos e o processo de superação por parte do profissional. Todavia, na maioria das vezes, as instituições não se encontram preparadas para este acompanhamento (ULLSTRÖM et al., 2013).

Assim, criam-se barreiras para lidar com as situações, por exemplo, evitar comentá-las ou discuti-las, fato que demonstra o quanto são significativos os danos

psicológicos ao trabalhador, muitas vezes capazes de imprimir marcas em sua trajetória profissional. Tal afirmação ficou explícita quando um dos participantes, no decorrer da entrevista, alegou não estar preparado para concluir sua fala:

“Eu não lembro, eu acho que eu não estou preparada viu ... (pausa), eu não estou preparada, é sério, desliga aí (E14)”.

Outros participantes destacaram a repercussão de um erro para a vida pessoal e profissional. Um deles relatou uma vivência desta natureza e, embora decorridos muitos anos, conseguiu detalhar o que aconteceu na época.

“... é um fato que nunca mais você esquece (...) você comete uma coisa que nunca mais vai esquecer daquilo que você fez na sua vida (...) eu me sentia culpada (GF1-P1)”

Imbuídos da responsabilidade de garantir a integridade física e psicológica do paciente sob seus cuidados, conforme evidenciado em inúmeros recortes na apresentação das falas, muitas vezes os trabalhadores de enfermagem não se atentam para a própria saúde, colocando-se em segundo plano, ou até mesmo não valorizando o dano que eventual evento adverso pode lhes causar.

Em um dos depoimentos, foi possível identificar situações de incidentes com danos físicos aos profissionais, sem que qualquer conduta fosse tomada diante dos fatos. Isto revela, inclusive, que há negligência envolvendo a comunicação de acidentes de trabalho.

“No dia que o paciente caiu em cima de mim, a gente só socorreu o paciente, mas eu não machuquei (...) a gente geralmente presta mais cuidado com o paciente, mas já aconteceu de outros funcionários, que são amigos meus, colegas de trabalho, terem um dano grande, mas não foi feito assim comunicado de acidente de trabalho” (E8).

Nesse sentido, assegurar um cuidado sem danos ao paciente representa também mais segurança também para o exercício profissional.

“... Eu acho que a segurança do paciente, ela vai repercutir na minha tranquilidade de trabalho” (E24).

Para além do paciente e profissional, das repercussões trazidas pelos incidentes e dos eventos adversos decorrentes do cuidado em saúde, atenção deve ser dada ao aumento dos custos e à fragilidade da confiança dos pacientes nas

instituições de saúde.

Os incidentes também podem trazer consequências para a instituição de saúde, tais como publicidade negativa ou gasto adicional de recursos.

Observou-se que o impacto financeiro no serviço de emergência pode ser atribuído aos cuidados adicionais em virtude de intervenções, aumento do tempo de observação pela equipe, ocupação de um leito e comprometimento da imagem institucional após divulgação das ocorrências na mídia. Esses aspectos foram comentados em algumas falas:

“... a responsabilidade, infelizmente, vai ser da instituição, porque a partir do momento em que ele entra, a responsabilidade é da gente” (E1).

“... a última pessoa que morreu saiu na mídia” (E18).

“... ele ficou observação muito tempo, ele não foi embora tão rápido assim não” (E16).

Destaca-se que os impactos impostos pelos incidentes a pacientes, trabalhadores e instituições de saúde são suficientes, por si só, para justificar o investimento em prol de melhorias na qualidade da assistência no contexto de um serviço de emergência.

4.3 Planos de Ação: ações de gerenciamento da segurança em um serviço de urgência e emergência

O propósito do Plano de Ação foi de evidenciar quais ações prioritárias poderão ser incentivadas em benefício da qualidade do cuidado e, consequentemente, da segurança do paciente, dos profissionais e da instituição de saúde. Objetivou-se também destacar os desafios a serem superados para a efetiva implementação das intervenções propostas.

Na perspectiva da equipe, constituem ações de gerenciamento da segurança em um serviço de emergência de maior prioridade:

- a) Adoção de práticas seguras na identificação do pacientes e dos possíveis riscos por eles apresentados (Quadro 2);

- b) Adoção de práticas seguras no processo de terapia medicamentosa (Quadro 3);
- c) Adoção de práticas seguras na prevenção de quedas (Quadro 4).

IMPLANTAR PRÁTICAS SEGURAS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E CLASSIFICAÇÃO DO RISCO	
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais -Aquisição de pulseiras para identificação do paciente e dos riscos, conforme classificação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos financeiros para a aquisição de pulseiras em número suficiente; • Demanda excessiva e fluxos de atendimento; • Adesão às ações por pacientes e trabalhadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação de processo de trabalho -Elaborar protocolo de implantação de pulseiras de identificação do paciente e dos riscos; -Padronização de itens que precisam constar nas pulseiras; -Padronização de cores, conforme o risco; -Responsabilidade de cada profissional no processo; -Padronizar rotina de abordagem do paciente; -Padronizar a conferência dos dados da pulseira com os da ficha de atendimento antes da realização de procedimentos invasivos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento do paciente e da família/acompanhante -Esclarecimento sobre a importância da colocação da pulseira de identificação; -Esclarecimento sobre a importância em se identificar corretamente para a equipe; -Estimular a conferência dos seus dados impressos na pulseira de identificação. 	

Fonte: o próprio autor.

Quadro 2 - Síntese das ações propostas para práticas seguras na identificação do paciente

IMPLANTAR PRÁTICAS SEGURAS NO USO, NA PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais <ul style="list-style-type: none"> -Implantação da prescrição eletrônica; -Implantação de uma unidade satélite de dispensação de medicamentos; -Aquisição de equipamentos (impressoras e computadores); -Implantação de pulseiras para identificação de paciente alérgico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos financeiros para o investimento em <i>hardware</i> e <i>softwares</i>; • Demanda excessiva e fluxos de atendimento; • Contratação de recursos humanos (farmacêutico, auxiliares de saúde ou técnicos de enfermagem); • Adesão às ações por pacientes, acompanhantes e trabalhadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação de processo de trabalho <ul style="list-style-type: none"> -Checagem de todos os itens de segurança para preparo e administração da medicação; -Padronizar a conferência dos dados da pulseira com os da ficha de atendimento antes da realização da medicação; - Reestruturar local de armazenamento de medicamentos; -Dupla-checagem: designar profissional responsável pela separação de medicamentos com base na prescrição anterior e realizar nova checagem pelo profissional que irá administrá-los; -Reestruturação e alocação de profissionais em local estratégico para a administração de medicamentos, com melhorias no fluxo de atendimento de enfermagem; -Lista com medicamentos padronizados e suas possíveis interações. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento do paciente e da família/acompanhante <ul style="list-style-type: none"> -Esclarecimento sobre a medicação a ser administrada; -Confirmação do potencial de alergia ao medicamento que contraindique a administração. 	

Fonte: o próprio autor

Quadro 3 - Síntese das ações propostas para implantação de práticas seguras no processo de terapia medicamentosa

IMPLANTAR AÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS	
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	DESAFIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais <ul style="list-style-type: none"> - Implantação de pulseira de identificação de paciente com risco de quedas; - Compra de macas e camas com grades; - Cadeiras de rodas em número suficiente; - Confecção de materiais de orientação (impressos e audiovisuais). • Reestruturação de processo de trabalho <ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos pacientes com risco de queda em todos os setores de atendimento, iniciando pelo acolhimento; - Providenciar a presença de um acompanhante a todos os pacientes idosos e com risco de queda; - Garantir alocação de recursos adequados de acordo com a necessidade dos pacientes; - Garantir o encaminhamento a setor de maior complexidade em situações de risco de queda e pacientes desacompanhados; - Elaboração de material educativo para pacientes e acompanhantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Custos financeiros; • Demanda excessiva e fluxo de atendimento; • Adesão às ações por pacientes, acompanhantes e trabalhadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento do paciente e da família/acompanhante: <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento do paciente sobre os riscos de quedas e medidas de proteção. - Envolvimento do acompanhante na prevenção de quedas. 	

Fonte: o próprio autor

Quadro 4 - Síntese das ações propostas para prevenção de quedas

4.3.1 Implantar práticas seguras para identificação do paciente e dos riscos

Com base nos relatos de riscos/incidentes envolvendo a identificação tanto do paciente quanto dos riscos a que está exposto, a equipe pontuou ações potencialmente capazes de contribuir para redução destes casos.

Uma das estratégias mencionadas foi a conferência dos dados do paciente (nome, sobrenome e data de nascimento) no momento da realização de procedimentos, ou seja, checar se conferem com as informações registradas na ficha de atendimento impressa.

“... a gente sempre está conferindo nome, sobrenome, paciente, data de nascimento” (E4).

Os trabalhadores também assinalaram a importância da utilização de pulseiras de identificação ainda não implantadas no serviço.

“... podia até também, assim, a implantação daquela pulseirinha de identificação, que é uma maneira de estar identificando esse paciente mais uma vez, além da ficha”(E4).

Em uma das falas, o participante enfatizou a relevância desta medida para a segurança do paciente.

“Em relação ao paciente, eu acho que já melhorou muito a questão de segurança, eu estou dentro do serviço de saúde hospitalar, principalmente, hoje você tem a identificação do paciente, que eu acho que é uma coisa, pulseira é fundamental hoje” (E24).

Trata-se de um aspecto que merece ser discutido, visto que, ainda não está bem reconhecida a importância da identificação do paciente para a segurança no cuidado em saúde, o que se expressa pela negligência dos profissionais na conferência das pulseiras no cotidiano do trabalho (TASE et al., 2013).

Com o intuito de fortalecer a implantação de ações para segurança do paciente, o MS (2013d), por meio do PNSP, publicou protocolo básico para subsidiar gestores e profissionais quanto aos procedimentos recomendáveis no processo de identificação dos pacientes nas instituições de saúde. No referido protocolo, destaca-se a utilização de pulseiras de identificação, padronizadas na cor

branca, contendo ao menos dois identificadores. Ainda, as pulseiras devem ser colocadas em um membro do paciente e conferidas antes do cuidado. Paciente e acompanhantes devem ser orientados sobre o propósito de utilizá-las.

Ainda segundo o protocolo, a identidade do paciente deve ser confirmada previamente ao cuidado prestado, sobretudo se envolver administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, coleta de material para exames e realização de procedimentos invasivos.

Segundo Hoffmeister e Moura (2015), a implantação de pulseiras de identificação constitui estratégia de promoção do cuidado seguro. Como vantagens, possibilitam fácil inserção no cotidiano do trabalho em saúde e podem ser consideradas de baixo custo para as instituições, contrapondo as fragilidades apontadas por outros estudos, conforme citado anteriormente.

A aderência ou não às estratégias em identificação do paciente pode depender da uniformização de rotinas, do envolvimento dos profissionais no processo de implantação e de sua conscientização quanto à importância desta medida como elemento essencial para a segurança do paciente.

Além da implantação das pulseiras, os participantes enfatizaram a necessidade de elaboração de protocolos, a fim de padronizar rotinas em todo o processo de implantação. Destacaram também o treinamento da equipe para a conferência de dados em todos os momentos do atendimento, tal como assinalado em outros estudos sobre a temática (HOFFMEISTER; MOURA, 2015; TASE et al., 2013).

“Trabalho de orientação dos profissionais, para estar conferindo esse nome em todos os setores, desde o acolhimento, consultório, no fluxo e até lá na medicação, conferir o nome sobrenome, nome completo”(E19).

Estudo realizado no Brasil em hospital universitário (Hemesath, 2015), por meio do acompanhamento de indicador para monitorar a adesão a medidas de identificação do paciente em conformidade com o protocolo institucional, evidenciou tendência de aumento de 42,9% para 94,37%. Pode-se afirmar, portanto, que houve aumento superior a 50% na adesão da verificação obrigatória da identificação do paciente em comparação ao início do referido estudo. Tal medida foi imposta como obrigatória antes da realização de cuidados como: administração de medicamentos e hemocomponentes, coletas de sangues e procedimentos invasivos.

Nesta experiência, entre as estratégias adotadas pela instituição para melhoria dos indicadores de identificação, os trabalhadores destacaram a reformulação do protocolo institucional, com padronização das rotinas em todos os setores, e o envolvimento e as ações educativas dos profissionais, pacientes e acompanhantes no processo de identificação, assim favorecendo a cultura de segurança.

A abordagem do paciente no momento da identificação foi outro ponto ressaltado. Nesse sentido, os participantes pontuaram a necessidade de padronizar uma abordagem para toda a equipe, visto que não há uniformidade entre os membros, conforme foi possível observar no depoimento a seguir:

“Por que a gente já pergunta na hora que entra a Dona Maria, o que a senhora está sentindo? Geralmente a gente pergunta, eu pergunto assim na hora que a paciente entra: Dona Maria, o que a senhora tá sentindo? Eu pergunto pelo nome. Eu já vi funcionário falar: a senhora que é fulana? É cada um tem um jeito de abordar o paciente, a senhora é cicrana? Sim” (E23).

Quando da confirmação da identidade, perguntar ao paciente o seu nome (“A Senhora que é a Maria?”), conforme evidenciado na fala acima, pode ser arriscado, visto que, naquele mesmo momento, podem estar presentes dois pacientes com o mesmo sobrenome, ou ele pode não compreender a pergunta, mas responder positivamente para o profissional.

“... também existe uma desatenção, pela tensão estar no ambiente que não lhe é familiar, eu acho que isso também acaba levando a situações (...) o paciente, às vezes, se perde em função do stress, até a própria identidade” (E24).

Sugere-se utilizar “Por favor, qual o seu nome completo?”, por ser a forma mais recomendada para confirmação da identidade do paciente, juntamente com a pulseira e o boletim de atendimento (BRASIL, 2013d; ELLIOTT; LIU, 2010). Nesse sentido, a abordagem do paciente também é de extrema importância para prevenção de falhas na identificação.

Além disso, os trabalhadores alertaram para a importância da identificação dos riscos apresentados pelo paciente no momento do atendimento inicial, neste caso por meio da implantação de pulseiras coloridas, de acordo com o grau de risco.

“... você tem a pulseira de riscos, a pulseira de alergia, para quedas”(GF1-P1).

A utilização de pulseiras com cores para sinalizar a equipe sobre o potencial de riscos, por exemplo, de quedas e alergias, tem sido descrita na literatura (SILVA et al., 2007). Trata-se de um instrumento valioso, mas são necessárias, em adição, a padronização e a limitação das cores (HOFFMEISTER; MOURA, 2015). A REBRAENSP- Polo Rio Grande do Sul, recomenda a utilização de pulseira na cor branca para a identificação do paciente, na cor amarela para risco de quedas, e vermelha quando houver risco de alergias (REBRAENSP, 2013).

A orientação e o envolvimento do paciente e família integram uma estratégia considerada essencial para o sucesso na implantação das ações.

“... ele (o paciente) está bem orientado sobre o funcionamento do nosso serviço, ele está bem orientado em se identificar também, eu acho que assim a gente evitaria muitas coisas” (E4).

Diante do exposto, foi possível observar que as ações sugeridas pela equipe vêm ao encontro das atuais recomendações, assim como de experiências exitosas, o que justifica o investimento para implementá-las no serviço, com vistas à prevenção de falhas na identificação do paciente e dos riscos.

Como desafios, destacam-se o custo financeiro associado à demanda e rotatividade de pacientes em um serviço de emergência e a necessidade de envolvimento de todos no processo de adesão.

O estabelecimento de protocolo institucional, a realização de orientação aos trabalhadores e pacientes e a implantação de mecanismos de monitoramento são ações importantes para assegurar a correta identificação de todos os pacientes, em todos os momentos do cuidado (TASE; TRONCHIN, 2015).

4.3.2 Implantar práticas seguras para uso, prescrição e administração de medicamentos

Quanto às estratégias de gestão de risco no processo de utilização de medicamentos, os trabalhadores pontuaram ações que permeiam todas as etapas da terapia medicamentosa, das quais podem ser destacadas: levantamento do risco de possíveis alergias a medicamentos no momento da admissão, informatização da prescrição médica, adoção de sistemas de dispensação mais seguros, conferência dos dados referentes à medicação a ser administrada e envolvimento do paciente em todo o processo. Alguns relatos destacaram a importância dessas medidas:

“... muitas vezes eles grifam (profissional que está realizando o acolhimento), e põem que o paciente tem alergia a plasil, tem alergia a buscopan e, mesmo assim, os médicos prescrevem, mas a enfermagem é atenta, pergunta de novo, então, essa base de segurança eu vejo com muita alegria!”(E15).

“A informação do paciente sobre uma medicação, é porque o que pode ocorrer, o paciente às vezes é alérgico à medicação e não sabe, não entende (...) identificação do mesmo com o nome dele, para gente poder checar na hora de fazer uma medicação, também para não estar administrando a medicação errada, no paciente errado”(E1).

A administração de medicamentos é uma das atividades de enfermagem com maior grau de risco; nesse sentido, os “certos” são medidas de segurança adotadas internacionalmente no preparo e administração de medicamentos (ELLIOTT; LIU, 2010; PERDIGÃO, OLIVEIRA; RAMOS, 2014;). Adotam-se, comumente, os “cinco certos”, conforme foram descritos pelos participantes.

“Sempre é confirmar se é o mesmo paciente, se é a ficha, se tudo corresponde ao paciente, para ver se não tem troca de medicação ou o que a gente chama na enfermagem dos “cinco certos”, dos cinco C” (E11).

“... identificar, confirmar os cinco certos” (GF1-P5).

“... os cinco certos: medicamento certo, hora certa, via certa, paciente certo, dose certa” (GF1-P5-6).

Atualmente, outros “certos” têm sido incorporados às medidas de segurança. Estudo recente aborda a ampliação para “nove certos” (ELLIOTT; LIU, 2010), e o protocolo recomendado pelo MS traz referência à adoção de “sete

certos”, assim incluindo a documentação correta e o medicamento para a ação correta (BRASIL, 2013e). A utilização de tais medidas de segurança poderá auxiliar a enfermagem no seu papel vital de prevenir e minimizar a chance de erros durante o processo de medicação.

Destaca-se que a equipe de enfermagem tem exercido papel importante na prevenção dos EAM no referido serviço. Nesse sentido, os trabalhadores pontuaram a necessidade de abordar o paciente quanto à alergia a medicamentos, o que deve ocorrer no momento de acolhimento e classificação de risco e, portanto, anteceder a administração do medicamento, tendo em vista que, mesmo perguntando em momento anterior a consulta médica, corre-se o risco da prescrição do medicamento o qual o paciente é alérgico.

A medicação certa também deve ser aquela à qual o paciente não é alérgico (ELLIOTT; LIU, 2010). A preocupação quanto às ações de prevenção, com foco na alergia a medicamentos, foi pontuada por diversos participantes. Eles destacaram, sobre tudo, a investigação de história prévia de reações alérgicas na admissão do paciente e nas demais etapas de prescrição e administração do medicamento. Se presentes, tais reações devem ser anotadas em local visível. Sugerem também a possibilidade de implantação de pulseira colorida, evidenciando o risco aos profissionais, bem como a elaboração de protocolo e orientação a profissionais e pacientes.

Assim, a elaboração de protocolos assistenciais e a realização de treinamentos da equipe foram elencadas como estratégias de fortalecimento para maior adesão a práticas seguras no processo de terapia medicamentosa.

Na etapa da prescrição, ênfase foi atribuída à utilização de tecnologias como estratégia para diminuir erros de interpretação, por exemplo, a implantação de prescrição médica eletrônica, visto que permite a padronização dos principais itens necessários a uma prescrição segura, além de garantir a legibilidade e ausência de rasuras, aspectos que contribuem para prevenção de erros na etapa de administração.

“Acredito muito que, se for informatizado, até em termo de receita, para não ter erro de medicação, erro na via, por conta das letras ilegíveis, também vai ajudar muito. O paciente sabe que ele está tomando, a enfermagem sabe o que está fazendo, eu acredito, isso iria ajudar muito” (E21).

Quanto às principais vantagens da prescrição eletrônica em relação às manuais, tem se discutido atualmente a garantia de legibilidade e de adequação das informações necessárias para a dispensação e administração de medicamentos de forma segura. Os sistemas de prescrição eletrônica permitem também acoplar ferramentas em apoio à decisão clínica e alertas de interações medicamentosas (PERDIGÃO; OLIVEIRA; RAMOS, 2014).

No entanto, a prescrição eletrônica não pode ser concebida como “tábua de salvação” para os erros de medicação, uma vez que se não for corretamente utilizada não será capaz de, por si só, minimizar os erros (GIMENES et al., 2011).

Estudo realizado em cinco hospitais de ensino, pela autora supracitada, demonstrou que a prescrição eletrônica não foi capaz de erradicar a possibilidade de erros de medicação, uma vez que a administração de medicamentos em vias diferentes das prescritas ocorreu com maior frequência no hospital em que a prescrição era eletrônica.

Os desafios apontados pelos trabalhadores para a implantação de prescrição eletrônica foram: demanda excessiva, resistência dos profissionais e escassez de recursos financeiros. No entanto, acreditam que o investimento em *hardware* e *softwares* usuais compatíveis com a realidade de trabalho, o envolvimento dos profissionais na construção e o treinamento da equipe sejam elementos primordiais para o sucesso destas ações.

Diante da necessidade apresentada e das recomendações do MS, firmou-se parceria com a divisão de informática do município e os gestores da unidade para o desenvolvimento de um programa eletrônico com foco na prescrição de medicamentos. Tal instrumento permitirá acesso aos itens que precisam ser verificados para a prescrição segura de medicamentos com base no protocolo nacional proposto, bem como à lista de medicamentos padronizados no município. (Apêndice G).

O desenvolvimento desta ferramenta se justifica pelos riscos evidenciados e configura uma proposta a ser aperfeiçoada e avaliada pelos profissionais e gestores, com potencial para a implementação, visto que as fases iniciais como admissão e acolhimento com classificação de risco são realizadas por meio de um sistema informatizado, já incorporado à realidade da instituição e do município.

Em continuidade, na etapa de administração, preocupação foi expressa

quanto à dispensação dos medicamentos, atualmente selecionados pelo trabalhador em um sub estoque nos setores, assim como à preparação sem atentar para as possibilidades de interação entre medicamentos.

Neste caso, sugeriram o envolvimento dos gestores da unidade para organização de um setor responsável pela distribuição dos medicamentos mediante a prescrição (dose por paciente), contando com um farmacêutico e apoio de profissional capacitado para tal função. Tal estratégia contribui também para a dupla-verificação da medicação em fase anterior à preparação e administração- uma importante barreira de prevenção para erros nesta etapa da terapia medicamentosa.

Como ação a ser implementada para a prevenção de reações adversas por interação medicamentosa, elencaram a divulgação de uma lista contendo as possíveis interações dos medicamentos padronizados, em locais de fácil acesso e visualização. Esta lista poderia ser consultada pelos profissionais antes da preparação do medicamento e, em situação de dúvida, subsidiando a equipe na associação de fármacos.

Tais ações se coadunam com os aspectos previstos no Protocolo de Segurança para prescrição, uso e administração de medicamentos, publicado em 2013 (BRASIL, 2013e), em continuidade aos demais protocolos supracitados. O presente protocolo tem como objetivo central promover e incentivar práticas seguras no uso de medicamentos nas instituições de saúde e traz recomendações baseadas nas melhores evidências, as quais devem ser implementadas pelas instituições de saúde a fim de prevenir eventos adversos no processo de prescrição, distribuição/dispensação e administração de medicamentos (BRASIL, 2013).

Como exemplos de ações recomendadas pelo MS estão a correta identificação do paciente, essencial para garantir a segurança em todas as etapas da terapia medicamentosa, e a legibilidade das prescrições, que devem conter todos os dados necessários referentes ao paciente, ao atendimento, ao prescritor e ao medicamento a ser administrado, podendo, para tanto, serem utilizados programas informatizados.

Concorda-se que as ações sugeridas pela equipe para aumentar a segurança durante prescrição, uso e administração de medicamentos traduzem as recomendações atualmente trazidas por diversos estudos, conforme supracitado.

Todavia, vale destacar que as recomendações não garantem que os erros

não ocorram, pela própria multicausalidade destes fenômenos, mas adotá-las poderá contribuir para a prevenção e minimização de erros nos diversos processos da terapia medicamentosa.

4.3.3 Implantar ações para prevenção de quedas

Os riscos e os incidentes envolvendo quedas no contexto de uma unidade de emergência foram reportados pela maioria dos participantes, em cujos depoimentos está evidente o reconhecimento da necessidade da adoção de ações preventivas diante dos riscos. Alguns trabalhadores mencionaram medidas por eles adotadas com este objetivo, bem como ações implementadas pela instituição, o que evidencia preocupação com a temática.

“... se o técnico estiver lá (no setor responsável pela avaliação e classificação do paciente conforme o grau de risco), ver que a pessoa não tem condição de vir sozinha, vem o acompanhante, muitas vezes eles vêm e trazem o paciente, assim essa questão aí, eu acho que está bem organizado agora!!! (com entusiasmo)” (E15).

“... risco de queda, aqui dentro do pronto-socorro, melhorou muito, está tendo muita cadeira de roda e, quando é necessário um acompanhante, o acolhimento solicita (profissional responsável pela classificação de risco do paciente)” (E15).

Os depoimentos revelaram que, embora ocorram quedas no cotidiano do trabalho, condutas têm sido adotadas por toda a equipe para identificar esta necessidade do paciente. Algumas falas, inclusive, expressaram entusiasmo, mesmo não tendo sido descrito qualquer protocolo para o gerenciamento de quedas no serviço.

Os participantes destacaram também a necessidade de identificação do risco desde a admissão do paciente na unidade e em todos os demais momentos do atendimento, uma vez que pode haver piora do estado clínico em situação de urgência.

“... É, na triagem, ou em qualquer outro atendimento dentro do pronto-socorro, avaliar todos os riscos que esse paciente tem, por exemplo, se ele tem risco de queda, então levar pra algum lugar que ele possa ser preservado, ou providenciar algum acompanhante” (E10).

Conforme abordado anteriormente, uma estratégia para a identificação de riscos é a utilização de pulseiras que alertem para o risco de queda, conforme citado por um dos participantes:

“... pulseira com risco de quedas” (GF1-P4)

A estrutura física também foi destaque entre as medidas para a prevenção de quedas, sobretudo o cuidado com o piso e a manutenção dos equipamentos. Nos relatos, observou-se compreensão da importância das ações já realizadas e de dar continuidade a essas medidas.

*“... segurança, não ter risco de queda, pra escorregar, é sempre; quando a limpeza está limpando, eu tenho visto que **eles põem uma placa, é segurança do paciente**” (E15).*

Em relação à manutenção de equipamentos, deve haver atenção, por parte dos profissionais, com a comunicação das não conformidades aos gestores, no sentido de providenciarem o conserto em tempo hábil, assim como de orientarem pacientes e acompanhantes para conservação destes equipamentos.

“... principalmente passar umas mensagem para os clientes que usam, para eles terem um pouco mais de cuidado com o material aqui, porque é deles”(E15).

“... essa questão da poltrona quebrada, eu creio que isso é fácil de arrumar também. É uma medida que é só a gente estar passando para equipe e passando para os enfermeiros” (E15).

No decorrer das discussões, evidenciaram que ações envolvendo investimentos em equipamentos, como instalação de camas e macas com grades, têm sido capazes de diminuir consideravelmente as ocorrências de quedas no serviço.

“... quando eu entrei no PS tinha muita queda, porque as macas não tinham grades

(...) só o fato de colocar grades melhorou muito, uma estratégia que diminui” (GF2-4)”

As vivências trazidas pelos trabalhadores demonstrando resultados positivos após a implementação de algumas ações diante do risco de queda no

cotidiano de um serviço de emergência corroboram experiências descritas na literatura. Estudo desenvolvido em ambiente hospitalar evidenciou a importância da identificação dos pacientes de risco, da utilização de protocolos de prevenção de quedas, bem como da promoção de adequações físicas no ambiente e mobiliário, com vistas à segurança do paciente internado (PAIVA et al., 2010).

Atualmente, têm sido observadas quedas por fatores contribuintes relacionados ao paciente (crises de abstinência ou convulsiva, nível de consciência alterado, idosos) e, portanto, o foco da equipe deve ser voltado para a identificação daqueles com maior risco, pois isto possibilitar melhor tomada de decisão de acordo com as demandas encontradas.

O direcionamento do paciente para local com recursos adequados é outra estratégia a ser considerada diante da impossibilidade de providenciar acompanhante, pois, não raras vezes, o paciente apresenta-se desacompanhado.

“O acompanhante acaba sendo importante, quando o paciente está com o acompanhante é uma responsabilidade dividida (...) tem uma pessoa ao lado” (GF2-P3).

No caso de pacientes com risco de queda, embora a permanência de acompanhantes seja incentivada como medida de prevenção, na prática, observam-se muitas dificuldades, pois nem sempre desempenham bem o seu papel de auxiliar o paciente e, por vezes, tumultuam o atendimento. Esta situação justifica a necessidade urgente de fornecer orientação adequada aos acompanhantes sobre como devem proceder durante o atendimento.

“... pedir pra que o acompanhante permaneça junto ao paciente, que se precisar de algum auxílio para levantar, para que não levanten sozinhos, pedir o auxílio da enfermagem” (E3).

Desse modo, se por um lado o acompanhante pode auxiliar a equipe e fornecer apoio psicológico ao paciente, por outro, pode desencadear um ambiente ainda mais estressante, pelo desconhecimento da rotina e pela tendência de superestimar a gravidade do paciente que acompanha (SOUZA; SILVA; NORI, 2007). Já em relação aos pacientes, estes devem ser orientados quanto a riscos e medidas de prevenção de quedas nos serviços de saúde.

A experiência de implantação de um protocolo de quedas em um hospital

privado mostrou diminuição subsequente do número de ocorrências desta natureza após a implementação de ações voltadas à assistência e gestão (CORREA et al., 2012).

Como ações realizadas foram descritas a elaboração de protocolo institucional com o envolvimento da equipe; o treinamento direcionado a todos os colaboradores, com foco nos fatores de riscos; identificação e notificação dos eventos; identificação, por meio de etiquetas, dos pacientes com risco para queda; elaboração e distribuição de material educativo direcionado a pacientes e acompanhantes, além de adequações físicas, como instalação de grades nas camas e faixas de proteção.

Nessa perspectiva, considerando o impacto das ocorrências de quedas, o MS também publicou, em parceria com a Fiocruz e ANVISA, o Protocolo Prevenção de Quedas, no ano de 2013f. Este documento vem como proposta de ação no PNSP e tem por finalidade trazer recomendações de estratégias a serem implantadas para reduzir estas ocorrências e seus danos subsequentes, subsidiando gestores e trabalhadores para a tomada de decisão diante desta problemática.

Constam das medidas recomendadas pelo MS a avaliação do risco, o cuidado multiprofissional, a segurança do ambiente, assim como a divulgação de medidas educativas aos profissionais, paciente e familiar, e a determinação de notificar todas as ocorrências de quedas.

Para a avaliação do risco de queda, poderão ser utilizadas escalas, considerando o contexto da instituição e o perfil dos pacientes atendidos. As mais utilizadas no Brasil são: *Morse Fall Scale* e *STRATIFY*, ambas semelhantes quanto aos fatores que predispõem a queda (BRASIL, 2013).

A *Morse Fall Scale* encontra-se traduzida e adaptada para língua portuguesa, o que significa que seu uso é apropriado para a população de pacientes brasileiros e, portanto, facilita padronizá-la (URBANETTO et al., 2013).

4.4 Gerenciamento da segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: uma luta de todos

Observou-se, no decorrer deste estudo, que os trabalhadores de enfermagem demonstram ampla compreensão do que é segurança do paciente, tal como revela o depoimento a seguir:

“... Segurança do paciente eu creio, em minha opinião, é o paciente ter confiança na equipe, entrar em um ambiente de saúde e ter confiança que ele vai estar sendo cuidado, e com a melhor técnica possível, livre de risco, livre de iatrogenias e durante todo seu tratamento, com todos os cuidados necessários à sua segurança e ao seu bem-estar até a sua alta” (E12).

Sob esta perspectiva, o gerenciamento da segurança deve considerar o contexto de forma sistêmica, ou seja, identificar potenciais riscos e incidentes, bem como fatores envolvidos nas ocorrências, para então estabelecer ações de melhorias. Para tanto, deve haver tanto o envolvimento dos profissionais, gestores, paciente/família e comunidade quanto das instituições de ensino e pesquisa.

“... você só vai evitar o erro a partir do momento que identificar esses erros e criar soluções para eles (...) culpar o profissional, a pessoa, não é solução, você precisa identificar a cadeia de erros” (GF2-P4).

Com esse olhar, buscou-se a explorar a vivência, aprofundar a análise do contexto, das circunstâncias e dos fatores que desempenham papel crucial diante destas ocorrências. Pretendeu-se também apreender, das experiências exitosas vividas pelos participantes em outros ambientes de trabalho, possíveis estratégias de ações voltadas aos diversos fatores causais, para além da falha humana.

Em seguida, caminhou-se para a definição de ações consideradas prioritárias, que pudessem ser exploradas, implementadas no contexto de um serviço de urgência e emergência, e subsidiar tomadas de decisões que garantam maior segurança a todos que recebem e se propõem a oferecer um cuidado mais seguro e qualificado.

Acredita-se que a implantação de novas práticas deva ocorrer de forma colaborativa e por meio de construções coletivas, que contemplemos objetivos da instituição de saúde e as necessidades dos trabalhadores que estão na linha de

frente (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Diante do exposto, pode-se afirmar que as ações elencadas pelos trabalhadores neste estudo, também têm sido amplamente discutidas na literatura (LEAPE; BERWICK; BATES, 2002; MIAKE-LYE et al., 2013; WACHTER; PRONOVOST; SHEKELLE, 2013; WHO, 2007; 2008; 2009b), com base em experiências exitosas, o que corrobora os dados aqui apresentados.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou conhecer as vivências dos trabalhadores diante de riscos e ocorrências de erros em um serviço urgência e emergência.

Pode-se evidenciar que os trabalhadores conseguem identificar situações envolvendo riscos aos quais os pacientes estão expostos durante o atendimento em um serviço de emergência. As principais são: falhas na identificação do paciente, no processo de terapia medicamentosa, quedas durante a prestação do cuidado, bem como riscos e ocorrências relacionados a eventual infecção e contaminação por exposição a material biológico. Tais situações envolvem diversos fatores que permeiam o processo do cuidado em saúde, em particular a rotina de um serviço de emergência.

Foi possível ainda elencar os fatores potenciais e influências determinantes para os riscos no contexto de urgência, dos quais os de maior relevância relacionam-se ao contexto externo e interno à instituição, assim como fatores humanos individuais e da equipe e aqueles inerentes ao paciente e acompanhante. Este levantamento contribui sobremaneira para o planejamento de ações.

Quanto aos fatores externos à instituição, ênfase foi atribuída à utilização do serviço de forma inadequada por diversos motivos, sobretudo questões culturais que envolvem a procura dos pacientes pelo serviço diante de uma necessidade percebida como urgência e emergência, fato que contribui para a superlotação e queda na qualidade do cuidado. Tais situações apresentam reflexos diretos no contexto interno, de modo que a oferta de recursos não consegue atender a demanda, gerando um ambiente de conflitos e estresse, tanto para os trabalhadores quanto pacientes e acompanhantes.

Alguns aspectos apontados merecem reflexões, por exemplo, os relatos da equipe sobre a influência depreciativa da mídia local para com o serviço, com consequências nas relações entre paciente e trabalhadores e impacto negativo no ambiente de trabalho.

Neste contexto, a saúde do trabalhador revela-se prioridade a ser considerada, tendo em vista o risco de seu adoecimento físico e psíquico. No que se refere à busca por determinantes para o aumento dos riscos, diversos foram os fatores citados, alguns apontados como causas para o adoecimento dos profissionais, em destaque a sobrecarga de trabalho e a violência.

Mostrou-se evidente o risco de contaminação por agentes biológicos para os profissionais, bem como a pacientes e acompanhantes.

Assim, medidas de prevenção devem ser incentivadas pelos gestores e valorizadas pelos profissionais. Desenvolver estratégias com foco nos processos de trabalho, em apoio aos profissionais e cuidados para com o ambiente, poderá contribuir para o bem-estar destes trabalhadores, o que se traduzirá em maior segurança aos pacientes sob seus cuidados.

De forma geral, os participantes demonstraram uma visão sistêmica acerca das ações de prevenção a riscos e erros nos processos de trabalho no contexto dos serviços de emergência, embora isto não ocorra de modo uniforme. Emergiram relatos ainda com ênfase na atribuição dos erros a falhas exclusivamente individuais e falas que expressaram esta cultura ainda enraizada nas instituições de saúde, e que precisa ser abolida.

Na perspectiva dos trabalhadores, as ações prioritárias devem fortalecer a adoção de práticas seguras, com foco no processo de identificação do paciente, na terapia medicamentosa e no risco para quedas.

Ademais, foi destacada a identificação e a consequente avaliação de riscos apresentados pelos pacientes, bem como a adoção de medidas preventivas de acordo com esses riscos. Ressaltaram também: implantação de pulseiras para identificação dos pacientes e com alertas de risco para queda e alergias; informatização da prescrição médica; necessidade de ampliar o olhar para o ambiente e as condições de trabalho como fatores de risco para incidentes; e ações de educação em serviço com foco na adesão às medidas a serem implementadas.

As ações educativas, embora sejam um ponto crítico evidenciado por muitos, foram consideradas elemento fundamental, que perpassa as estratégias de melhorias em segurança do paciente propostas pela equipe. A partir da compreensão que uma equipe qualificada é capaz de identificar riscos em todas as etapas do cuidado e tomar decisões assertivas para preveni-los.

Além disso, envolver trabalhadores, pacientes e acompanhantes, assim como os meios de comunicação, foi apresentado como estratégia primordial e possível para implementação e continuidades das ações, bem como alcance de resultados positivos no gerenciamento da segurança do paciente em um serviço de emergência.

A aplicação do plano de ação requer investimento em recursos humanos e materiais, bem como medidas mais simples, como a reorganização de processos de trabalho. A equipe demonstra compreensão de que o custo financeiro, em decorrência da demanda excessiva de pacientes, é um dos desafios a ser superado.

Destaca-se, como uma das contribuições deste estudo, a elaboração de um plano de ações de gerenciamento da segurança, com base no diagnóstico dos riscos e fatores determinantes para a ocorrência de falhas. Este plano encontra-se em consonância com as exigências normativas e regulamentadores, assim como considera os resultados de experiências exitosas.

Constata-se que as soluções e estratégias em segurança do paciente sugeridas pela equipe têm sido amplamente discutidas no cenário atual, algumas, inclusive, têm feito parte do cotidiano de trabalho, ainda que não adotadas como política institucional.

Embora os trabalhadores tenham pontuado diversas ações implementadas na instituição com vistas à diminuição de riscos e incidentes, a falta de sistemas de registros e indicadores incorporados à realidade de trabalho impossibilita o levantamento da frequência e dos fatores envolvidos nas situações de riscos e incidentes. Neste caso, também não é possível mensurar o impacto das ações já realizadas, o que justifica intervenções neste sentido.

Diante dos dados apresentados, o serviço de urgência e emergência mostrou-se um local de alto risco para a ocorrência de incidentes e eventos adversos. Assim, para assegurar a segurança do paciente, é necessário implementar a gestão destes riscos e incorporar no cotidiano de trabalho ações baseadas nas melhores evidências.

Esta pesquisa-ação possibilitou suscitar a discussão de trabalhadores e gestores sobre os riscos e incidentes existentes em um contexto de urgência e emergência, bem como identificar oportunidades de proporcionar um cuidado mais seguro para o paciente.

A divulgação da experiência deste serviço poderá contribuir também para reflexões da prática diária e da formação de profissionais de saúde voltadas à adoção de estratégias de segurança do paciente, especificamente em serviços de urgência e emergência, subsidiando estudos futuros.

Como proposta para continuidade desta pesquisa, sugere-se a

apresentação dos resultados aos trabalhadores do referido serviço, pacientes, comunidade, instituições de ensino e a todos que possam estar envolvidos, direta ou indiretamente.

Considera-se como limitação da pesquisa a exploração do tema em um único serviço não hospitalar de emergência, com base na vivência apenas dos trabalhadores de enfermagem, uma vez que ficou evidente a importância de envolver todos os atores na busca de ações voltadas para melhorias em segurança, impossibilitando a generalização dos dados.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Higienização das mãos em serviços de saúde.** – Brasília: DF, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** v. 1, n. 1. Brasília: Anvisa, jan-jul, 2011a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/01-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 28. nov. 2011b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 25. jun. 2013a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.** Brasília: DF, 2013b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: DF, 2014a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] União**, Brasília: DF, 23. Set. 2014b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: DF, dez. 2015. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2014>>Acesso em: 15 abr. 2016.

AIKEN, L. H. et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **International Journal for Quality in Health Care.** v.23, n. 4, p. 357-64,

aug. 2011. Disponível em:< <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/4/357.long>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 31000: 2009**. Gestão de Riscos- Princípios e Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2009. 24p.

AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736-745, dez. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a20.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BAKER, G.R et al. - The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v. 170, n. 11, p. 1678-1686, 2004.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p.32-36, jan-fev, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, DF, 2003. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem. Brasília, DF, 2005. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação de risco dos agentes biológicos**. Brasília, DF, 2006. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2013. Seção I, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2013a. Seção. I, pág. 80,.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de identificação do paciente**. Brasília, DF, 2013d. Disponível em <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e**

administração de medicamentos. Brasília, DF, 2013e. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção quedas.** Brasília, DF, 2013f. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prática de Higiene das mãos em Serviços de Saúde.** Brasília, DF, 2013g. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRITO, M. F. P. **Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde.** 2015. 227 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente: comparação entre notificação voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 164-172. 2013.

CARTER, E. J.; POUCH, S. M.; LARSON, E. L. J. The relation ship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 46, n. 2, p. 106-115, mar, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033834/>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CESARIO, R. R; RUBIM, L; RAMOS, M. Contribuição da mídia local à crise no sistema municipal de saúde de franca. In: **Seminário Internacional de pesquisa em Políticas Públicas e Desenvolvimento Social**, Unesp, 2014, Franca. Anais. Disponível:< <http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/-planejamentoeanalisedepoliticaspUBLICAS/isippedes/raquel-rangel-cesario.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, Jan. 2006.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista Escola de Enfermagem USP**,

São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011.

COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 770-777, ago. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Departamento de Tecnologia da Informação- DTI/Cofen. Março de 2011. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. **COFEN**, Rio de Janeiro, 21 de setembro de 2004. Disponível em:< <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/RESOLUCAO2932004.PDF>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 10 jul. 2015.

CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p.241-247, abr. 2011.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012.

DAVIS, P et al. - Adverse events regional feasibility study: indicative findings. **New Zealand Medical Journal**, v. 114, n.1131, p. 203-205, 2001.

DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. 380 p.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, n. 24, p. 213-225, dez. 2004.

DUARTE, S. C. M. et al. . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015 .

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria**, Cascavel, v.2, n.2, p.290-299, mai-ago. 2012.

FELDMAN, L. B. (Coord.). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2009.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde**: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004.

FRANÇOLIN, L. et al. Eventos adversos e ferramentas para melhoria da segurança assistencial de enfermagem. **CuidArte Enfermagem**, Belo Horizonte v. 4, n. 2, p. 74-79, jul-dez. 2010.

GARCIA, E. A.; FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1032-1038, dez. 2010.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 261-267, mar-abr. 2014.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.

GIMENES, F. R. E. et al. Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas, relacionada à prescrição médica . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 11-17 , fev. 2011.

GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, p. 71-77, out. 2012. Suplemento 1.

GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J.; CIAMPONE, M. H. T. A pesquisa-ação

como método para reconstrução de um processo de avaliação de desempenho. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.1, n.9, p. 50-9, 2004.

HARADA, M. J. C. S. (Org.). **O erro humano e a segurança do paciente**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

HEMESATH, M. P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p.43-8, dez. 2015.

HINRICHSEN, S. L. et al. Gestão da Qualidade e dos riscos na segurança do paciente: estudo-piloto. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. jul-dez. 2011.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S de. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n.1, p.36-43, jan.-fev. 2015

KIRWAN, M.; MATTHEWS, A.; SCOTT, P.A. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n.2, p.253-263, feb.2013. Disponível em: < [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00302-1/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00302-1/pdf)>. Acesso em: 20 maio.2016.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Editors). **To Err is Human: building a Safer Health System**. 3.ed. Washington: National Academy of Institute of sciences, 2000. 287p.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. Abreu.; MÂNGIA, E. F. Organização do trabalho, conflitos e agressões em uma emergência hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 23, n. 3, p. 199-207, jun. 2012.

LEAL, M. P. L. et al. Adesão às medidas de biossegurança por profissionais de saúde em situações de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.4, n.3, p. 66-70, jul-set. 2011.

LEAPE L. L et al. - The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study II. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p.377-84, 1991.

LEAPE, L. L.; BERWICK, D. M., BATES, D. W. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. **JAMA**, v. 288, n.4, p. 501-507, 2002.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **BMJ: Quality & Safety in Health Care**, v. 13, n. 1, p. 85–90, 2004. , Supplement, Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**, Santa Maria (RS): Pallotti, 2001.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12-17, fev. 2003.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, Jun. 2011.

MACHADO, M. H. et al. Aspectos gerais da formação: o perfil da formação dos Enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 15-34, 2016a. Número especial.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 09-14, 2016d. Número especial.

MACHADO, M. H. et al. Condições de trabalho da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p.63-76, 2016b. Número especial.

MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: Aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 35-62, 2016c. Número especial

MAIA, Laura Pereira da. **A influência da mídia impressa no imaginário coletivo sobre os serviços de saúde: o exemplo das emergências públicas de Porto Alegre**. 2013. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, fev. 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, out, 2013.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospital in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4: p. 279–284, 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/4/279.full.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MENDES, W. Taxonomia em segurança do paciente. In: SOUSA, P; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, ed: Fiocruz, 2014. 1v.

MENEGON, V. S. M. Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, p. 32-40, 2008. Suplemento 1.

MESSIAS, M. **Construção coletiva de programas: potencialidade para consecução da educação permanente em saúde**. São Paulo. 2015. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

MIAKE-LYE, I. M et al. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. **Annals Internal Medicine**, v.158, n. 5, p.390-396, 2013.

MIASSO, A. I. et al . Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 524-532, dez. 2006.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Ed. Melhoramentos. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 167-174, mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100023>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MORICI, M. C; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte. **Revista de Administração Pública**, Minas Gerais, v. 47, n. 1, p. 205-225, fev. 2013.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, set-out. 2014.

NOWAK, N. L. et al. Fatores de Risco para acidentes com materiais perfurocortantes. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 419-426, 2013.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa Quali SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, dez. 2009

OHARA, R.; MELO, M. R. A. C.; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, set-out. 2010.

OLIVEIRA, R. C. de.; CAMARGO, A. E. B de.; CASSIANI, S. H. B. Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, ago. 2005.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 1, p.71-78, 2013.

PAVÃO, A. L. B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 651-661, dez. 2011.

PEDREIRA, M. L. G.; CHANES, D. C. Enfermagem para a segurança do paciente. In: HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 285-294.

PERDIGÃO, P.; OLIVEIRA, R. P.; RAMOS, S. Erros relacionados a medicamentos. In: SOUSA, P; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Fiocruz. Ed: Rio de Janeiro, 2014. v2.

PINA, E.; FERREIRA, E.; UVA, M. S. Infecções associadas aos cuidados de saúde. In: SOUSA, P; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, Ed: Fiocruz, 2014. v1.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

RANDOWN, R. M. V. et al. Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto das redes de atenção à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 16, n. 64, jul-set. 2014.

REASON, J. Human Error: Models and Management. **BMJ: British Medical Journal**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: Manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

- ROSA, C. D. P da.; MENEZES, M. A. J. Avaliação da Influência da Estrutura Física das Unidades de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica de um Hospital Público do Município de São Paulo: Proposta para o Gerenciamento de Risco de Quedas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 55-70, jun. 2015. Suplemento
- RUCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal Quality in Health Care**, v.21, n.1, p.18-26, feb.2009.
- SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 429-433, ago. 2005.
- SANTOS, J. L. G dos. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, jun. 2012.
- SANTOS, J. L. G dos.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, dez. 2011.
- SANTOS, J. O. et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 483-488, dez. 2007.
- SÃO PAULO (Estado). **Normas Regulamentadoras nº 7, 9 e 32**. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Abril, 2014. Disponível em: <
http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/ggp/cartilhas/normas_regulamentares.pdf>
. Acesso em: 15 jun. 2016.
- SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 3, p.272-276, set. 2007.
- SILVA, A. E. B. C. et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 378-386, 2011.

SILVA, A. E. B. C; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 279-285, 2004. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R2_administra.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. **Ciência, Cuidado e Saúde (online)** Maringá, v. 11, p.121-128, 2012. Suplemento. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17063/pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

SILVA, R. C. L.; CUNHA, J. J. S. A; MOREIRA, C. L. S. Evento adverso em terapia intensiva: o que sabem os profissionais de enfermagem. **Revista Pesquisa: Cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1848-1855, abr-jun. 2011. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1393>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SOUSA, P. et al. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública, 2011.

SOUSA, P.; LAGE, M. J., RODRIGUES. Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: SOUSA, P; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, Ed: Fiocruz, 2014. v1.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, Ed: Fiocruz, 2014. v1.

SOUZA, L. M. et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 21-28, Dec. 2015 . http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-rgenf-36-04-00021.pdf

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n.3, p. 449-55, 2010. Disponível em:< https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a05.htm>. Acesso em: 15 jul.

2014.

SPENCE, L. H. K.; LEITER, M. P. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. **Journal of Nursing administration**, v. 36, n. 5, p. 259-267, mai. 2006.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n.3, p. 196-200, set. 2013.

TASE, T. H.; TRONCHIN, D. M. R. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 374-380, ago. 2015.

TEIXEIRA, T. C. A CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 100-107, abr. 2014.

TELLES, F. P. C. P; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 533-540, 2004.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TIPPLE, A. F. V. et al. Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 378-384, jun. 2013

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRINDADE, L; LAGE, M J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, Ed: Fiocruz, 2014. v 1.

ULLSTRÖM, S et al. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ: Quality & Safety in Health Care**, v. 0, p. 1–7, nov, 2013. Disponível em:<<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/11/15/bmjqs-2013-002035>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 47, n. 3, p. 569-575, June 2013.

VALLE et al., A. R. M. C. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 304 - 9, jun. 2008.

VAN NOORD, I. V. et al. Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 1, p. 64-70, 2014. Disponível em:<<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/early/2013/12/10/intqhc.mzt087>>. Acesso em 20 jun. 2015.

VARGAS, M. A. et al. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 339- 343, jun. 2007.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 167-175, jun. 2012.

VENDRAMINI, R. C. R. et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 44, n. 3, set. 2010.

VILLELA, E. F. M.; NATAL, D. Mídia, saúde e poder: um jogo de representações sobre dengue. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1007-1017, set. 2014.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2. Ed. Artmed, Porto Alegre, RS. 2013.478p.

WACHTER, R. M., PRONOVOST, P., SHEKELLE, P. Strategies to Improve Patient Safety: The Evidence Base Matures. **Annals of Internal Medicine**, v.158, n. 5, p. 350-352, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. 2009a. Disponível em:<

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/>>. Acesso em: 01 jul.2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**, 2009b.

Disponível:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 01 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The nine Patient safety solutions**, 2007.

Disponível em:< http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/>.

Acesso em: 15 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance For Patient Safety The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives**, 2008.

Disponível

em:<http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf>. Acesso em: 01 jul.2014.

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ribeirão Preto, 05 de dezembro de 2014.

Departamento de Urgência e Emergência

Prezada Sra:

Vimos por meio desta solicitar a autorização deste Departamento de Urgência e Emergência para a realização de uma pesquisa na Unidade de Pronto Atendimento xxxxxxx, localizada no município de xxxxxx. Esclarecemos que este estudo intitula-se “Gerenciamento de risco e segurança do paciente em um Serviço de Pronto Atendimento do interior de São Paulo” (apresentado em anexo) e envolverá a participação de profissionais de enfermagem que trabalham na referida unidade, sendo desenvolvido por mim, Patrícia Reis Alves dos Santos, RG 40.885.898-9, aluna do Programa Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP e pela Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, RG 22.362.000-2, professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da mesma instituição. O objetivo deste estudo é desenvolver ações de gerenciamento de risco relacionado à segurança do paciente na referida unidade de saúde.

Agradecemos vossa atenção e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Patrícia Reis Alves dos Santos

Aluna do Programa Mestrado Profissional

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

E-mail: patreisenf@usp.br

Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

Docente da EERP/USP e coordenadora da pesquisa

E-mail: ferocha@eerp.usp.br

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO AO CEP-EERP/USP

Ribeirão Preto, 04 de dezembro de 2014.

Comitê de Ética em Pesquisa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Vimos por meio desta solicitar apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa do projeto de pesquisa intitulado “ Gerenciamento de risco e segurança do paciente em um Serviço de Pronto Atendimento do interior de São Paulo” (apresentado em anexo), o qual será desenvolvido por mim, Patrícia Reis Alves dos Santos, RG 40.885.898-9, aluna do Programa Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP e pela Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, RG 22.362.000-2, professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da mesma instituição.

Agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos. Atenciosamente,

Patrícia Reis Alves dos Santos

Aluna do Programa Mestrado Profissional

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

E-mail: patreisenf@usp.br

Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

Docente da EERP/USP e coordenadora da pesquisa

E-mail: ferocha@eerp.usp.br

APÊNDICE C -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “Gerenciamento de risco e segurança do paciente em um Serviço de Pronto Atendimento do interior de São Paulo”, o qual será desenvolvido por mim, Patrícia Reis Alves dos Santos, RG 40.885.898-9, aluna do Programa Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP e pela Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, RG 22.362.000-2, professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da mesma instituição. O objetivo deste estudo é desenvolver ações de gerenciamento de risco relacionado à segurança do paciente nesta unidade. Sua participação é voluntária e consiste em responder a um questionário com questões abertas, com duração aproximada de 20min (vinte minutos), e a participar de grupos para discussões coletivas com duração aproximada de 01h (uma hora), objetivando conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre os riscos, incidentes e eventos adversos mais frequentes no seu ambiente de trabalho e discutir ações para a prevenção destes. Seu nome não será revelado em hipótese alguma e seu questionário será identificado com um código. Se você concordar em participar, o questionário e as discussões coletivas serão realizados durante o seu período de trabalho, de acordo com a sua disponibilidade e a rotina da referida unidade, sem interferir na dinâmica de trabalho, as falas provenientes destas discussões serão gravadas para posterior análise. Você poderá se recusar a participar ou interromper sua participação a qualquer momento e não terá qualquer prejuízo em seu trabalho por participar da pesquisa ou se não quiser participar. Você tem direito à indenização, por parte do pesquisador e da instituição envolvida nesta pesquisa caso venha a sofrer qualquer dano decorrente de sua participação. Sua participação não trará benefícios diretos a você nesse momento, mas, no futuro, os resultados poderão contribuir para que possamos entender melhor o seu ambiente de trabalho e para propor ações voltadas à sua segurança e à segurança do paciente. Quando você estiver preenchendo o questionário, algumas questões podem levar você a refletir sobre a assistência prestada ao paciente e sobre problemas vivenciados no seu trabalho. Isso poderá lhe causar algum desconforto, o que pode ser um risco por você estar participando da pesquisa. Se isso acontecer, você poderá interromper sua participação e não sofrerá qualquer prejuízo. Este termo de consentimento é apresentado a você em duas vias, ambas assinadas por você e pela outra pesquisadora. Uma dessas vias será sua e você poderá utilizá-la caso queira fazer contato conosco para qualquer esclarecimento, por meio do endereço e telefone informados. A outra via será arquivada pelos pesquisadores. Os resultados desse estudo serão utilizados somente para essa pesquisa e poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas da área da saúde. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – CEP EERP/USP e respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também protege as pessoas que participam da pesquisa e cuida dos seus direitos. Assim, se você quiser saber mais sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP pelo telefone (16) 3315-3386. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3417 ou nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto –

SP, CEP 14040-902.

Pesquisador responsável: Patricia Reis Alves dos Santos - Aluna do Programa Mestrado Profissional da EERP/USP. Telefone: (16) 3711-1904. E-mail: patreisenf@usp.br Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Avenida Bandeirantes, 3900. Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP. CEP 14040-902.

Agradecemos a sua colaboração.

APÊNDICE C- VERSO DO TCLE

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa. Fui esclarecido(a) sobre como eu poderei ajudar nesta pesquisa e sobre como este estudo será desenvolvido e concordo com minha participação, voluntariamente. Sei que, ao final deste trabalho, meu nome verdadeiro não será divulgado. Sei que posso desistir de participar a qualquer momento e que não terei prejuízo algum. Recebi uma via assinada deste termo (com minha assinatura e com assinaturas das pesquisadoras). Tive a oportunidade de conversar sobre este documento e tirar dúvidas sobre a minha participação.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Patricia Reis Alves dos Santos
E-mail: patreisenf@usp.br

Profa.Dra.Fernanda Ludmilla Rossi Rocha
E-mail: ferocha@eerp.usp.br

APÊNDICE D- ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

I. Caracterização dos participantes

Participante nº _____

Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Tempo de atuação **na enfermagem**: _____ anos _____ meses

Tempo de atuação em **Unidades de Urgência e Emergência**:
_____ anos _____ meses

Categoria profissional na Instituição: _____

Nível de formação profissional

() auxiliar de enfermagem

() técnico de enfermagem

() enfermeiro

Aperfeiçoamento

Cursando graduação: () sim () não Se sim, qual: _____

Pós- graduação: () não () sim Se sim, qual: _____

Especialização: () sim () não Se sim, qual: _____

Participação em encontros/ congressos/palestras sobre Segurança do Paciente no
último ano: () sim () não

APÊNDICE D- ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

II. Percepção dos trabalhadores sobre riscos, incidentes e eventos adversos no local de trabalho

Orientação a ser feita aos trabalhadores: Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO,2009a), entende-se como **incidente** um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde do paciente durante o atendimento e **risco** a probabilidade de ocorrer estes incidentes. Considerando estes conceitos:

1. Na sua rotina de trabalho, já vivenciou alguma ocorrência durante o atendimento ao paciente envolvendo riscos e incidentes? Poderia citar exemplos?
2. Quais são os fatores que você considera como determinantes para a ocorrência destes incidentes?
3. Quais medidas foram tomadas por você, pela equipe de saúde e/ou pelos coordenadores do seu local de trabalho quando estes incidentes ocorreram?
4. Quais as medidas que você considera que poderiam ou podem ser tomadas para a prevenção destes riscos e incidentes?
5. Durante a sua formação profissional ou aperfeiçoamento, você já ouviu falar sobre Segurança do Paciente? () sim () não
6. Para você, qual o significado de Segurança do Paciente?

APÊNDICE E - CRONOGRAMA DO GRUPO FOCAL

Programação do Grupo Focal Fase Principal-Ação Plano de ação	
Atividade	Tempo estimado de duração
Lanche	10 minutos
Apresentação do Grupo	05 minutos
Apresentação dos objetivos do estudo e leitura do TCLE Aplicação do questionário de caracterização dos participantes.	05 minutos
Apresentação dos vídeos e imagens abordando o Diagnóstico Situacional	10 minutos
Discussão dos vídeos e imagens.	10 minutos
Levantamento das possíveis ações a partir do diagnóstico situacional. Levantamento dos problemas principais e de maior prioridade.	20 minutos
Construção do plano de ação a partir dos problemas de maior prioridade.	20
Discussão da operacionalização das ações.	10 minutos
Fechamento	05 minutos

APENDICE F - CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO DO GRUPO FOCAL

Convite a equipe de enfermagem

Convido vocês da equipe de enfermagem para participarem de **um grupo de discussão**, como parte de uma pesquisa-ação que está sendo desenvolvida por mim, **Patrícia Reis Alves dos Santos** aluna do mestrado profissional na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha.

Este estudo tem como temática central o **Gerenciamento de Risco e a Segurança do Paciente em um Serviço de Urgência e Emergência do interior de São Paulo**.

A realização do grupo tem como o **objetivos** a apresentação dos dados coletados em etapa anterior da pesquisa e identificar possíveis ações em segurança do paciente e trabalhador, na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. O encontro acontecerá:

Data: 19/04/2016

Local: Sala do Bloco D- PSR

Horário: Será realizado dois grupos sendo o 1º às 13:30hs e o 2º às 17:00hs.

Solicito que os interessados confirmem presença com a coordenação de enfermagem ou pelo tel:

A participação de vocês será de grande importância.

APÊNDICE G - PROTÓTIPO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

SIGS - PSR - CONSULTÓRIO MÉDICO :: BLOCO E :: [Consulta Médica - Pronto Socorro / UPA]

Dados do paciente

Matrícula: 54197706

Prescrição nº: 1

Consulta: 195

Boletim: 15.08.19.0001-3

Nome: JOSÉ DA SILVA PENTEADO

Idade: 65a 8m

Data: 22/02/2016

Mãe: MARIA DA GLÓRIA SILVA

Sexo: M

Classificação: VERDE

Histórico do Paciente

Reimprimir Ficha Completa

Lista de pacientes

Receita Externa

Encaminhamento Externo

Sair/ Cancelar Consulta

Dados do acolhimento

Data	Hora	PA	FC	T°	SA T	FR	Dex	Glasgow	Dor	Usuário
22/08/2015	13:40	160/120	110	39	99	18	50	15	-	ENFERMEIRA PATRÍCIA REIS COREN: 269747

Queixa atual
REFERE NAÚSEAS, VÔMITO, FEBRE E DOR NO CORPO

Consulta

Anamnese/Exame Físico

Suspeita Clínica/Conduta

DENGUE

Antecedentes

DIABÉTICO, HIPERTENSO

Ficha de evolução

Prescrição interna de medicamentos

Procedimentos médicos

Procedimentos de enfermagem

CID

Regulação de vagas

Solicitação de exames

Solicitação de raio X

Conclusão da consulta

☐ Alta médica

☐ Encaminhar para o setor

☐ Outra movimentação

Tipo de consulta

Reclassificar
risco

Leitos da ala
de observação

Concluir consulta/
Impressão

continuação

APENDICE G - PROTÓTIPO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

Prescrição INTERNA de medicamentos

Dados do paciente

Matrícula: 54197706 Prescrição n°: 1 Consulta: 195 Boletim: 15.08.19.0001-3

Nome: JOSÉ DA SILVA PENTEADO Idade: 65a 8m Data: 22/02/2016

Mãe: MARIA DA GLÓRIA SILVA Sexo: M Classificação: VERDE

Histórico de medicamentos Impressão avulsa de Prescrição Interna

Prescrição

Tipo de prescrição

☒ Endovenosa ☐ Intramuscular ☐ Via Oral ☐ Sublingual ☐ Ocular ☐ Subcutânea

Medicamento: Metoclopramida - Apresentação: 10mg/2ml

Medicamento

Medicamento: Metoclopramida - Apresentação: 10mg/2ml

Quantidade: 1 ampola Diluição: Água destilada 20 m Tempo de infusão: Lentamente

Observação

Excluir Prescrição Informar Prescrição

Salvar

Tela de prescrição interna de medicamentos – Finalizar prescrição

Medicamento

Medicamentos Prescrito

Prescrição n°	Código Medicamento	Medicamento	Quantidade	Excluir
1	456896543	Soro Fisiológico 0,9%	1000ml	☒
1	7895321456	Metoclopramida - Apresentação: 10mg/2ml	1 ampola	☒
1	4455667677	Dipirona Sódica - Apresentação: 500mg/ml	1 ampola	☒

Excluir Prescrição Informar Prescrição

ANEXO A- PARECER COMITÊ ÉTICA

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 062/2015

Ribeirão Preto, 6 de maio de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 194ª Reunião Ordinária, realizada em 6 de maio de 2015.

Protocolo CAAE: 39982414.1.0000.5393

Projeto: Gerenciamento de risco e segurança do paciente em um Serviço de Pronto Atendimento do interior de São Paulo.

Pesquisadores: Fernanda Ludmilla Rossi Rocha
Patricia Reis Alves dos Santos

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP