CAMILA BENEDITA BEZERRA
CARLA TAIS BARBOSA PEREIRA
RICARDO DA SILVA
FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES
LEONARDO ARAÚJO SAMPAIO
CÍNTIA DE LIMA GARCIA

SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO DA EMERGÊNCIA

JUAZEIRO DO NORTE – CE
2020

RESUMO

A Segurança do Paciente (SP) é compreendida como um síncrono de condutas para evitar, prevenir e reduzir a ocorrência de danos desnecessários na assistência em saúde. Na atenção hospitalar de países desenvolvidos 1 a cada 10 pacientes é afetado por danos. Proporcionar a Cultura de Segurança do Paciente no ambiente hospitalar é imprescindível para ofertar atendimento de qualidade. A Unidade de Emergência é encarregada de assistir indivíduos com múltiplos traumas e em risco eminente de morte. A problemática exposta fundamenta e legitima a realização desse estudo, já que a primícia para a redução desses índices, é a efetivação da SP. Sendo assim, teve-se como objetivo analisar a segurança do paciente no contexto dos serviços de emergência. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciência da Saúde, a saber: "enfermagem", "segurança do paciente", "serviço hospitalar de emergência" e "cultura organizacional", em Junho de 2020. Selecionou-se 10 artigos que contemplaram os critérios de inclusão para esta revisão. Encontraram-se três categorias: risco da emergência; eventos adversos; recomendações. A ambiência dos serviços de emergência é insegura e propensa à intercorrências como: quedas, lesões por pressão, erros de medicação, desidratação, ausência ou erro de identificação, procedimentos cirúrgicos desnecessários, infecções e deterioração da condição de saúde. Os riscos e incidentes solicitam ações que programem e priorizem a SP em favor do cuidado nos serviços de emergência, permeada por estratégias que alcance a qualidade em saúde e organicamente oferte ao profissional meios seguros que não o exponha ou afete o paciente. Após análise dos estudos evidenciou-se que a complexidade dos serviços de emergência, a sobrecarga de trabalho, falhas de estrutura organizacional e gerenciais são fatores que contribuem negativamente com a SP. Contudo, percebe-se a implementação de ações com foco na SP, com a intenção de diminuir riscos e garantir a qualidade assistencial.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do Paciente. Serviço Hospitalar de Emergência. Cultura Organizacional.

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente (SP) é compreendida como um síncrono de condutas para evitar, prevenir e reduzir a ocorrência de danos desnecessários na assistência em saúde (OLIVEIRA, 2016).

Entretanto, a pertinência de Eventos Adversos (EA) em saúde apresenta-se alarmante (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). Na atenção hospitalar de países desenvolvidos 1 a cada 10 pacientes é afetado por danos (OMS, 2008). Os erros médicos tornaram-se a terceira causa de morte, com incidência de 250 mil ao ano (MAKARY; DANIEL, 2016). Na Noruega, um estudo apontou que os pacientes que evoluem a óbito em hospitais sofrem sete vezes a taxa de EA graves (HAUKLAND et al., 2019).

Implementar a segurança na prestação de serviços ao cliente, configura-se como um dos principais desafios para a obtenção da qualidade na assistência, é evidente que a saúde dos pacientes e a sua experiência compõem o âmago das ações que regem a SP (MAKARY; DANIEL, 2016; OMS, 2006).

O Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), instaurado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicou em 2017 um relatório referente aos anos de 2014 a 2016, verificou-se que 84.620 incidentes de segurança aconteceram nos serviços de saúde, dos quais 5.161 estão relacionados a falhas durante a assistência em saúde (BRASIL, 2017).

No contexto brasileiro, a subnotificação é uma realidade, tendo em vista que a Rede de Hospitais Sentinela ranqueia a maioria das notificações, contudo forma uma pequena amostra quando comparada aos demais hospitais em todo o Brasil (GAMA; HERNÁNDEZ 2017). Os dados avaliados despertam atenção, contudo não resolve o problema se não forem vistos a luz do conhecimento e de medidas proativas para prevenir a reincidência.

Os serviços hospitalares possuem grau de complexidade e vulnerabilidade, o atendimento de qualidade é desfavorecido pelas falhas no sistema, processos organizacionais inadequados e gerenciamento defeituoso, laborando para tal, incluem-se os profissionais de saúde. As falhas de segurança estão associadas a erros humanos no que tange a comunicação, trabalho em equipe e saúde psicológica dos profissionais de saúde (BAGNASCO et al., 2013; LEE; ALLEN; DALY, 2012).

Ressalta-se que o investimento em processos educacionais, assistenciais, tecnológicos e a adesão de métodos de trabalho no eixo assistencial e educacional corroboram para a promoção da saúde e estabelece um ambiente mais seguro para o paciente e o os profissionais atuarem (BRASIL, 2014). Proporcionar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) no ambiente hospitalar é imprescindível para ofertar atendimento de qualidade, é a primazia para que danos desnecessários causados pela assistência sejam evitados pela equipe (GARCIA et al., 2019).

A CSP é um compromisso assumido com a gestão em saúde e a segurança, com a finalidade de transformar a culpa e a intervenção punitiva sobre o profissional, em oportunidades de aprendizado através das falhas, propiciando o incentivo de ações de desenvolvimento contínuo, como: planejamento, monitoramento e ciclos de melhoria (ANVISA, 2013).

Dentre os fatores que expõem o profissional ao risco de EA encontra-se o burnout. Um estudo apontou que 44,6% dos profissionais de assistência hospitalar possuem a doença, sendo esta de pontuação alta. A equipe de enfermagem composta pelo técnico e o enfermeiro apresentaram primeiro lugar quanto as dimensões de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (GARCIA et al., 2019).

A equipe de enfermagem constitui a maior força de trabalho, atuando à frente do processo assistencial. Fomenta-se a importância de inserir os profissionais nesta abordagem, sendo eles membros capazes de impedir que EA e decisões que colocam o paciente em risco sucedam. O enfermeiro deve prover a garantia da qualidade na assistência e minimizar os riscos aceitáveis de danos evitáveis (OLIVEIRA, 2016).

O atendimento de enfermagem está subserviente à disposição dos meios estruturais, equipagem, humanos qualificados e em dimensionamento adequado, em associação está o serviço prestado. A Unidade de Emergência (UE) é encarregada de assistir indivíduos com múltiplos traumas e em risco eminente de morte. Cuidados emergenciais cobram do profissional eficiência, proatividade e eficácia (GOMES et al., 2019).

Ações rápidas podem restringir o cometimento de EA, minorar a morbidade e acrescer a probabilidade de sobrevivência do paciente (GROENESTEGE-KREB; MAARSEVEEN; LEENEN, 2014).

Acredita-se que esse estudo possa desvelar na literatura a influência direta e indireta para ocorrência de erros e ruptura da SP no âmbito emergencial, ressaltando a importância da qualidade na oferta de serviços em saúde.

A problemática exposta fundamenta e legitima a realização desse estudo, pois a primícia para a redução desses índices é a efetivação da SP. Para isso, é fundamental conhecer os fatores que implicam na saúde e nos processos de trabalho na emergência, para com base nisso, traçar medidas de melhorias.

Sendo assim, teve-se como objetivo analisar a segurança do paciente no contexto dos serviços de emergência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma da revisão integrativa de literatura, um método que permite analisar e sintetizar a produção científica já publicada sobre um tema ou questão de forma sistemática, organizada e ampla (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Este estudo norteou-se pelas etapas de elaboração da questão de pesquisa, busca de estudos primários, extração de dados, avaliação das publicações primárias, análise e síntese dos resultados e apresentação (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Uma pergunta de pesquisa analítica é a investigação da relação entre dois eventos, constituída por uma variedade de componentes que formam o acrônimo PICo, "P" reporta à população do estudo, "I" à intervenção estudada ou a variável de interesse, "Co" à contexto (GALVÃO; PEREIRA, 2014). A tabela 1 apresenta a aplicação do acrônimo PICo nesta pesquisa.

Tabela 1 - Componentes da pergunta de pesquisa, seguindo-se o acrônimo PICo

Descrição	Abreviação	Componentes da pergunta
População	P	Pacientes hospitalizados
Interesse	I	Segurança do Paciente
Contexto	Co	Emergência

Fonte: dados da pesquisa (2020)

Nesse sentido, a pergunta norteadora usada para sistematização das publicações referente à SP em emergência foi: como está a segurança do paciente no contexto emergencial?

Estratégia de busca

Encontra-se como objeto de estudo a produção científica indexada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS). Foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde, a saber: “enfermagem”, “segurança do paciente”, “serviço hospitalar de emergência” e “cultura organizacional” A busca sucedeu-se em Junho de 2020, sem um filtro inicial por meio da combinação das palavras-chave mencionadas anteriormente, com a finalidade de obter o maior número de evidências possíveis, vinculados através do operador boleano "AND" (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de estudos identificados nas bases de dados (n= 77)

Bases de dados	N° de estudos
MEDLINE	75
LILACS	2

Fonte: dados da pesquisa (2020)

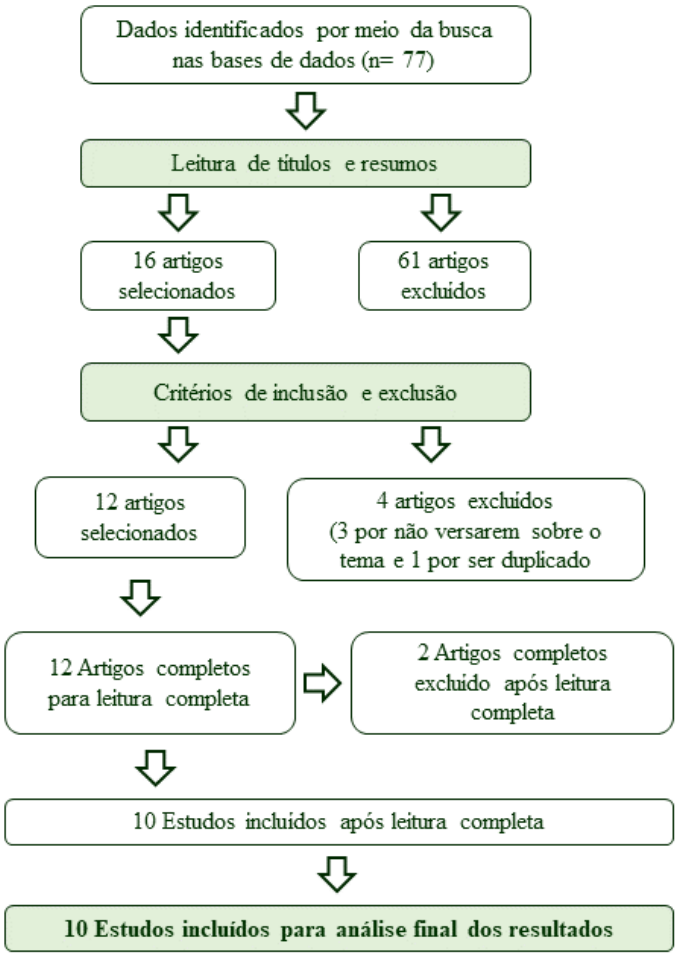
Processo de seleção

Mediante a leitura dos títulos e resumos dos estudos foram desconsiderados os que não se adequavam ao tema, em conformidade com os critérios de elegibilidade e posteriormente a leitura na íntegra para análise final.

Critérios de elegibilidade

Incluíram-se as publicações com filtro de estudo entre os anos de 2016 a 2020 e disponíveis na integra. Consideraram-se todos os tipos de estudo, visando uma melhor relação com objeto de estudo. Excluíram-se os estudos duplicados e que não versam sobre tema (Figura 1).

Figura 1 – Fases da revisão integrativa



Fonte: dados da pesquisa (2020)

Após a leitura minuciosa e na integra de cada um dos artigos selecionados, sintetizou-se os seguintes aspectos: ano de publicação, autores e periódicos, desenho do estudo, objetivos e principais resultados.

Aspectos Éticos

O presente estudo não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma revisão integrativa, em conformidade com a Resolução 466/12 e a 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda via, os preceitos éticos e legais foram respeitados de forma íntegra com o propósito de revelar legitimamente as informações e a autoria.

RESULTADOS E DISUSSÃO

As buscas totalizaram 77 publicações, destas, 67 foram excluídas após filtragem, leitura de títulos, resumos e duplicatas. Selecionou-se 10 artigos que comtemplaram os critérios de inclusão para esta revisão.

Quanto ao idioma, 8 (80%) dos artigos encontram-se em inglês e 2 (20%) em português. Publicou-se dois artigos no ano de 2016, cinco no ano de 2017, um no ano de 2018, um no ano de 2019 e um no ano de 2020. Representados pelos periódicos: *British Medical Association* (2), *Health Simulation* (1), *International Emergency Nursing* (2), *Australasian Emergency Nursing Journal* (1), Revista Gaúcha de Enfermagem (1), Interface (1), *Journal of Clinical Nursing* (2) (Tabela 3).

Quadro 1 – Síntese dos artigos por ano, autores, título e periódicos de publicação. Juazeiro do Norte, 2020.

N°	Ano	Autores	Título	Periódico
1	2017	ERIKSSON et al.	*Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments*	*Journal of Clinical Nursing*
2	2017	CABILAN; HUGHES; SHANNON	*The Use of a Contextual, Modal and Psychological Classification of Medication Errors in the Emergency Department: A Retrospective Descriptive*	*Journal of Clinical Nursing*

			Study	
3	2020	SCHORR et al.	Shift turn in a hospital emergency service: perspectives of a multiprofessiona l team	Interface
4	2019	SANTOS et al.	Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units	Revista Gaúcha de Enfermagem
5	2018	NORMAN et al.	Emergency Room Safer Transfer of Patients (ER-STOP): a quality improvement initiative at a community-based hospital to improve the safety of emergency room patient handovers	*British Medical Association*
6	2017	KÄLLBERG et al.	Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department	*International Emergency Nursing*
7	2017	PARTRIDGE; AFFLECK,	Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and	*Australasian Emergency Nursing Journal*

			attitudes towards security	
8	2017	RIGOBELLO et al.	The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department	*International Emergency Nursing*
9	2016	WONG et al.	Making an "Attitude Adjustment": Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and Communication	*Health Simulation*
10	2016	ZAKRISON et al.	Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study	*British Medical Association*

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Utilizou-se nos objetivos os verbos: dois estudos “explorar”, dois “descrever”, dois “avaliar”, um “conhecer”, um “identificar”, um “garantir” e um “investigar”. A tabela 4 elenca os objetivos e principais resultados abordados nas publicações.

Quadro 2 – Síntese dos artigos incluídos por objetivos e principais resultados. Juazeiro do Norte, 2020.

N°	Objetivos	Principais resultados
1	Explorar as percepções dos enfermeiros registrados sobre práticas seguras no atendimento a pacientes com um longo período de permanência no departamento de emergência	A segurança do paciente encontra obstáculos no ambiente clínico, podendo impactar nos procedimentos e rotinas de trabalho. Os enfermeiros são desafiados em suas responsabilidades profissionais, envolvendo o equilíbrio entre os cuidados essenciais de enfermagem e a carga de trabalho real;

		reações emocionais baseadas em sentimentos de perda de controle.
2	Descrever a contextual, modal e psicológica classificação de erros de medicação no setor de emergência conhecer os fatores associados aos relatados erros de medicação	Foram relatados 405 erros. Metade dos erros envolvia medicamentos em alerta máximo. Muitos dos erros ocorreram durante a administração (62,7%), prescrição (28,6%) e geralmente durante os dois estágios (18,5%). Dose errada, medicação errada e omissão foram os problemas que dominaram. Os erros baseados no conhecimento caracterizaram os erros ocorridos na prescrição e administração. É provável que alguns dos erros tenham ocorrido devido à falta de aderência aos protocolos de segurança.
3	Conhecer a perspectiva da equipe multiprofissional sobre a passagem de plantão no serviço de emergência de um hospital universitário	Os resultados apontam pouca contribuição da equipe multiprofissional na passagem de plantão, podendo estar relacionada com a cultura organizacional.
4	Identificar os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa no cenário de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e propor ações de gerenciamento e práticas seguras, na percepção da equipe de enfermagem	A partir dos relatos dos participantes foram organizadas categorias temáticas, sendo os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa uma das categorias elencadas, assim como propostas de ações.
5	Garantir a identificação precoce e o gerenciamento oportuno da deterioração do paciente como componentes essenciais de um sistema de saúde eficaz e seguro	Após a implantação da ER-STOP, o risco de uma resposta inesperada dentro de 24 horas após a admissão do departamento de emergência nas enfermarias médicas e cirúrgicas de adultos diminuiu significativamente.
6	Descrever as experiências dos médicos do departamento de emergência com relação aos riscos à segurança do paciente.	As experiências refletem as complexidades envolvidas na operação diária de uma prática profissional e a percepção de riscos devido à alta carga de trabalho, falta de controle, comunicação e falhas organizacionais.
7	Explorar a taxa de abuso verbal e agressões físicas sofridas pela equipe; percepções de segurança; atitudes em relação aos agentes de segurança e notificação formal de incidentes.	As enfermeiras eram mais propensas a serem agredidas fisicamente nos últimos seis meses e eram menos propensas a se sentirem seguras. A maioria dos funcionários em todas as funções sofreu abuso verbal. Os enfermeiros eram melhores do que a equipe médica em relatar casos de violência ocupacional, embora os relatórios gerais em

		todas as funções fossem baixos. Os funcionários que pensavam que os agentes de segurança respondem a incidentes rapidamente e são uma presença visível no pronto-socorro tinham maior probabilidade de se sentirem seguros.
8	Avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de saúde que trabalham no pronto - socorro de um hospital no Brasil	Os participantes demonstraram satisfação com o trabalho e insatisfação com as ações da gerência em relação às questões de segurança. As percepções dos participantes sobre o clima de segurança do paciente foram negativas.
9	Avaliar e melhorar as atitudes e percepções da equipe de enfermagem de emergência e médicos residentes em relação ao trabalho em equipe, comunicação, implementando um currículo de IPE aprimorado por simulação, com foco na identificação de papéis, desenvolvimento de liderança e comunicação em equipe.	Dos 5 constructos do *TeamSTEPPS*, 4 tiveram uma melhora significativa nas pontuações - 6,4%, 2,8%, 4,0% e 4,0% para estrutura da equipe, liderança, monitoramento da situação e suporte mútuo, respectivamente. Para a Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente, 3 de 6 compostos diretamente relacionados ao trabalho em equipe e comunicação mostraram uma significativa melhoria - 20,6%, 20,5%, e 23,9%, para a frequência do evento de relatórios, trabalho dentro de unidades hospitalares, e hospitalares handoffs e transições.
10	Investigar as causas e a frequência das discrepâncias de informações com a transferência e explorar soluções para melhorar a transferência de informações	As auditorias nos prontuários demonstraram que as lesões foram perdidas em 24% dos pacientes. Discrepâncias de informações clínicas ocorreram em 48% dos pacientes. Os pacientes com essas discrepâncias eram mais propensos a ter históricos médicos desconhecidos, exigindo resgate de informações. Perto de um em cada três pacientes com resgate de informações teve uma mudança no tratamento clínico. Os participantes identificaram desafios de acordo com suas disciplinas, com alguma sobreposição. Médicos, em contraste com enfermeiros, foram percebidos como menos conscientes do estresse interdisciplinar e de seu papel em relação à variabilidade na transferência. A padronização da transferência, o aumento do treinamento médico não técnico e a compreensão das culturas das unidades foram propostas como

		soluções, com os enfermeiros como condutores de uma cultura de segurança.

Fonte: ERIKSSON et al., 2017; CABILAN; HUGHES; SHANNON, 2017; SCHORR et al., 2020; SANTOS et al., 2019; NORMAN et al., 2018; KÄLLBERG et al., 2017; PARTRIDGE; AFFLECK, 2017; RIGOBELLO et al., 2017; WONG et al., 2016; ZAKRISON et al., 2016.
*Siglas: ER-STOP: Emergency Room Safer Transfer of Patients; IPE: Interprofessional education; TeamSTEPPS: Teamwork Attitudes Questionnaire.

Os artigos selecionados foram analisados e categorizados com a intenção de facilitar o levantamento dos resultados, realizou-se a síntese dos dados relevantes e contribuintes para o estudo. Encontraram-se três categorias: risco da emergência; eventos adversos ocorridos; recomendações.

Riscos da Emergência

Pesquisas centradas na SP estão ganhando destaque, pois acredita-se que podem fornecer subsídios sobre a importância de implementar pensamentos e comportamentos alinhados com a segurança e melhora da qualidade assistencial a partir da observância dos fatores de risco e danos que afetam a saúde do paciente.

Neste contexto, a compreensão da rotina emergencial é marcada pela alta complexidade relacionada ao atendimento em situações críticas que envolvem o estado de saúde do paciente, sendo necessário tomar atitudes ágeis, proativas, embasadas no conhecimento e primadas pela segurança, reconhecendo os riscos e prevenindo os danos desnecessários (NORMAN et al., 2018).

Na literatura, evidenciou-se que a ambiência dos serviços de emergência é insegura e propensa à ocorrência de EA. Vista como um cenário barulhento, estressante e escasso de recursos que supram a alta demanda de pacientes que precisam de cuidados, refletindo a incipiência para assegurar uma assistência livre de danos (ERIKSSON et., 2017; KÄLLBERG et al., 2017).

As transferências são retratadas como indutoras ou causadoras de danos, as admissões são frequentes e quando somadas aos casos que permanecem internados por um tempo prolongado, desencadeiam uma alta rotatividade devido à necessidade de realocar e assistir estes pacientes, aumentando as demandas da equipe e influenciando na piora do estado geral do paciente. A admissão segura minimiza o risco de eventos não desejados, assim como a transferência segura pode diminuir significativamente o tempo de hospitalização (ERIKSSON et al., 2017; NORMAN et al., 2018).

Sob a ótica de prezar pela qualidade no atendimento ao paciente, os serviços carecem de adotar recursos e força de trabalho suficiente para atender adequadamente o paciente e ofertar ao profissional segurança para atuar.

A sobrecarga de trabalho (ST) é definida como árdua responsabilidade de lidar simultaneamente com o alto número de atendimentos e a multiplicidade de tarefas (KÄLLBERG et al., 2017). A exacerbação de trabalho predispõe a ruptura da SP, sendo inviável proporcionar todos os cuidados e arcar com a burocracia. Destaca-se que o preenchimento incompleto de informações importantes no prontuário, não realização de cuidados como a monitorização, mudança de decúbito e o registro de incidentes ocorridos,

foram elencados como riscos que predispõem a ocorrência de EA (ERIKSSON et al., 2017; ZAKRISON et al., 2016).

Além de gerar prejuízos ao paciente, a ST adoece o profissional. A perda de controle da situação acarreta desgaste emocional em decorrência da culpa por ter deixado de realizar uma ação considerada essencial, despertando a ansiedade e a tristeza por se sentirem insuficientes. Não obstante, os conflitos entre funcionários, pacientes e seus familiares são causa de frustração (ERIKSSON et al., 2017; KÄLLBERG et al., 2017).

Uma pesquisa realizada com profissionais do departamento de emergência em quatro hospitais australianos, trouxe contribuições que correlacionam a violência sofrida por profissionais e a inferência à SP. Estima-se que 88,1% profissionais sofreram violência verbal e que 42,7% foram agredidos fisicamente, apresentando percepções negativas sobre o clima de SP (PARTRIDGE; AFFLECK, 2017).

Outro estudo realizado com 125 profissionais, aplicando o questionário *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), obteve pontuação final inferior a 75, o que expressa percepções de clima de segurança negativo, salienta-se que a menor média foi relacionada à percepção do gerenciamento da unidade hospitalar, o que remete a desaprovação das ações da gerência voltadas à SP. Entretanto, o domínio que atingiu média superior referiu-se a satisfação no trabalho, representando uma visão positiva do local de trabalho (RIGOBELLO et al., 2016).

Eventos adversos:

Na presente revisão, intercorrências como quedas, lesões por pressão, erros de medicação, desidratação, ausência ou erro de identificação, procedimentos cirúrgicos desnecessários, infecções e deterioração da condição de saúde foram listados como EA recorrentes na emergência (ERIKSON et al., 2017; CABILAN; HUGHES; SHANNON, 2017; KÄLLBERG et al., 2017; SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

Em uma análise retrospectiva, percebeu-se que os erros relacionados à medicação ranqueiam os EA em emergência, atribuiu-se a incidência a: comunicação defeituosa; interpretação errada da prescrição; preenchimento incompleto; falta de verificação no prontuário; interrupções desnecessárias; esquecimento; conhecimento insuficiente para executar tal tarefa; atritos profissionais; sobrecarga de trabalho, ausência de protocolos, omissão e falhas organizacionais (CABILAN; HUGHES; SHANNON, 2017; SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

A prescrição manual foi citada como um ponto forte de risco, pois a ilegibilidade e ausência de dados importantes tornam inviável a conferência segura. Subdosagem, confusão de fármacos, ausência de monitoramento durante e após a infusão da droga resultam em reações adversas que diante da inobservância de falhas são tratadas como algo normal pela equipe (SANTOS, ROCHA e SAMPAIO, 2019).

Os EA representam falhas na organização sistêmica dos serviços de saúde, são erros que transcendem os processos de trabalho, o ambiente, os profissionais que atuam direta ou indiretamente na assistência e na gerência. A ausência de comportamentos e pensamentos que extirpem os danos e eleve a qualidade assistencial pode resultar em prejuízos a saúde do paciente e/ou findar em óbito.

Recomendações

Os riscos e incidentes solicitam ações que programem e priorizem a SP em favor do cuidado nos serviços de emergência, permeada por estratégias que alcance a qualidade em saúde e organicamente oferte ao profissional meios seguros que não o exponha ou afete o paciente.

Desta forma, um estudo organizou etapas práticas seguras sugeridas pelos profissionais com a finalidade de evitar que erros envolvendo medicamentos ocorram, dividiu-se em: identificação do paciente, levantamento do risco de possíveis alergias a medicamentos; prescrição eletrônica, sistemas de dispensação seguros; checagem de informações sobre o medicamento a ser administrado com participação do paciente e equipe em todo o processo (SANTOS et al., 2019).

A simulação realística é uma ferramenta tecnológica de treinamento para obtenção e promoção da SP que apresentou resultados animadores após ser aplicada em um curso e sofrer a avaliação do Teamwork Attitudes Questionnaire (TeamSTEPPS), relatou-se ganhos positivos no que tange a estrutura da equipe, liderança, monitoramento da situação e suporte mútuo (WONG et al., 2016). A simulação permite ampliar a visão a luz de um cenário muito próximo da vivência profissional, e primorosamente contempla discussões riquíssimas condicionadas as ações de melhoria da qualidade do cuidado.

Um instrumento foi readaptado e obteve êxito na redução do risco de resposta inesperada por tempo de internamento. Na admissão, a equipe de enfermagem é responsável por acionar o médico mais experiente para reavaliar o paciente reconhecido como alto risco para deteorização. Dispondo de escolhas específicas do gerenciamento, o profissional provê a transferência para o setor que ofertará o atendimento mais adequado. Nesse processo, há participação de líderes e gestores da prática de enfermagem através de reuniões diárias com discussões e incentivos quanto o uso do ER-STOP, vistos como incentivo para SP. Como ponto positivo tem-se o resenho organizacional, integrando o paciente e o familiar no processo de cuidado, através do compartilhamento do plano de ação com enfoque na melhoria da qualidade (NORMAN et., 2018).

Em concordância com o estudo supracitado, uma pesquisa compartilhou que a padronização da transferência é uma aquisição necessária para melhorar a SP e a qualidade. Enfatizou-se que a comunicação interdisciplinar unificada, lista formal de verificação e um bom relacionamento multidisciplinar podem erradicar erros. Citou-se também o intercâmbio com profissionais que trabalham em setores distintos, para compreender a cultura local (ZAKRISON et al., 2016).

É notável que programar estratégias, protocolos, treinamentos, sistematizando a assistência com a participação ativa de gestores, profissionais envolvidos no cuidado, paciente e familiar, fortalece a CSP, estruturando de maneira ordenada as necessidades de educação e capacitação da equipe, bem como intervenções em todo o hospital.

CONCLUSÃO

Após análise dos estudos evidenciou-se que a complexidade dos serviços de emergência, a sobrecarga de trabalho, falhas de estrutura organizacional e gerenciais são fatores que contribuem negativamente com a SP. Contudo, percebe-se a implemetação de ações com foco na SP, com a intenção de diminuir riscos e garantir a qualidade assistencial.

Recomenda-se o uso de estratégias como treinamentos, capacitações, uso de metodologias ativas, a adoção de protocolos, padronização dos serviços e participação de gestores, profissionais assistes, paciente e familiar para fortalecimento da CSP.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - **RDC N° 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* 2013; 26 jul.

_____. ANVISA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Incidentes Relacionados à assistência à Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017.

BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department**. Int Emerg Nurs**. v.21, n.3, 2013.

HAUKLAND, E. C. et al. Contribution of adverse events to death of hospitalised patients. **BMJ Open Quality**, v. 8, n. 1, p. e000377, 2019.

CABILAN, C. J; HUGHES, JAMES A; SHANNON, C. The Use of a Contextual, Modal and Psychological Classification of Medication Errors in the Emergency Department: A Retrospective Descriptive Study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, p. 4335–4343, 2017.

ERCOLE, F. F; MELO, L. S. DE; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Rev Min Enferm.**, v. 18, p. 10–11, 2014.

ERIKSSON, J. et al. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. **J Clin Nurs**, v. 27, n. 5–6, p. 1061–1067, 2017.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 23, n. 1, p. 183-184, jan./mar. 2014.

GAMA, Z. A. D. S.; HERNÁNDEZ, P. J. S. **Inspeção de Boas Práticas de Gestão de Risco em Serviços de Saúde**. Natal: SEDISUFRN, 2017.

GARCIA, C. D. L. et al. Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. **Medicina (Lithuania)**, v. 55, n. 9, 2019.

GARCIA, C. D. L. et al. Association between culture of patient safety and burnout in pediatric hospitals. **PLoS ONE**, v. 14, n. 6, p. 1–14, 2019.

GOMES, A. T. DE L. et al. Segurança do paciente em situação de emergência: percepções da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 3, p. 788–795, 2019.

GROENESTEGE-KREB, D. T.; MAARSEVEEN, O.; LEENEN, L. Trauma team. **British Journal of Anaesthesia**, v. 113, 2014.

KÄLLBERG, A. et al. Physicians ' and nurses ' perceptions of patient safety risks in the emergency department. 2017.

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M. A "Communication and Patient Safety" training programme for all healthcare staff: can it make a difference? **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 1, 2012.

MAKARY, M. A.; DANIEL, M. Medical error-the third leading cause of death in the US. **BMJ (Online)**, v. 353, n. May, p. 1–5, 2016.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Ministério da Saúde, Brasília, 2014. Acesso em 20 de maio de 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

NORMAN, S. et al. Emergency Room Safer Transfer of Patients (ER-STOP): a quality improvement initiative at a community-based hospital to improve the safety of emergency room patient handovers. **BMJ Open**, v.8, p. 1-8, 2018.

PARTRIDGE, B.; AFFLECK, J. Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. **Australasian Emergency Nursing Journal**, p. 1–7, 2017.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. **International Emergency Nursing**, v. 33, p. 1–6, 2017.

SANTOS, P. R. A. D.; ROCHA, F. L. R.; SAMPAIO, C. S. J. C. Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 40, p. 1–9, 2019.

SCHORR, V. et al. Shift turn in a hospital emergency service: perspectives of a multiprofessional team. **INTERFASE**, v. 24, p. 1–16, 2020.

OLIVEIRA, R. G. DE. **Blackbook Enfermagem**. 1 ª Edição ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora Ltda, 2016.

WONG, A. et al. Making an "Attitude Adjustment": Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and

Communication. **The Journal of the Society for Simulation in Healthcare**, v. 11, p. 117–125, 2016.

_____. World Alliance for Patient Safety. WHO. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Chanllenge 2005-2006. Clean Care ir Safer Care. Geneva: WHO; 2005.

_____. World Health Organization. Sumary of the evidence on patient safety: implications for research. Edição: Ashish Jha. 2008.

ZAKRISON, T. L. et al. Lost information during the handover of critically injured trauma patients : a mixed-methods study. n. November, p. 1–8, 2015.