

Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento

Adhesion to patient safety protocols in emergency care units
Adhesión a los protocolos de seguridad del paciente en unidades de pronta atención

Danieli Parreira da Silva Stalitz da Paixão¹, Josemar Batista¹, Eliane Cristina Sanches Maziero¹,
Francine Taporosky Alpendre¹, Marly Ryoko Amaya¹, Elaine Drehmer de Almeida Cruz¹

¹ Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):577-84. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>

Submissão: 12-07-2017

Aprovação: 22-10-2017

RESUMO

Objetivo: Investigar o cumprimento dos protocolos nacionais de segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento paranaenses. **Método:** Entre abril e setembro de 2016 foi realizada etapa exploratória de pesquisa ação, em amostra estratificada de 377 pacientes de oito unidades, utilizando-se instrumento de verificação de ações básicas de segurança. **Resultados:** Evidenciou-se ausência de identificação sistematizada dos pacientes e de avaliação e sinalização do risco para queda e desenvolvimento de lesão por pressão. Observou-se que 52,8% das soluções parenterais em uso não estavam identificadas e que, em apenas 29,4% dos casos, a condição alérgica foi investigada. Em 80,6% dos pontos de assistência havia a disponibilidade de solução alcoólica para a higienização das mãos. **Conclusão:** Conclui-se que o não cumprimento de ações básicas relativas à segurança do paciente expõe os usuários a eventos adversos preveníveis e demanda ações sistematizadas para observância das diretrizes governamentais e promoção da qualidade da assistência em saúde. **Descritores:** Segurança do Paciente; Serviços Médicos de Emergência; Qualidade da Assistência à Saúde; Lista de Checagem; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To investigate compliance of national patient safety protocols in Emergency Care Units (UPA) of the Paraná State. **Method:** From April until September 2016, the exploratory stage of the action research was conducted on stratified sampling with 377 patients of eight units, with use of verification instrument of basic safety actions. **Results:** The absence of systematic identification of patients, fall risk assessment and signaling and development of pressure injuries were evidenced. We observed that 52.8% of parenteral solutions in use were not identified and that, in only 29.4% of the cases, the allergic condition was investigated. In 80.6% of the emergency units there was availability of alcoholic solution to hand hygiene. **Conclusion:** We concluded that the non-compliance of basic actions concerning patient safety exposes users to preventable adverse events and demands systematized actions to comply with government guidelines and promote quality of health assistance. **Descriptors:** Patient Safety; Emergency Medical Services; Health Care Quality; Checklist; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el cumplimiento de los protocolos nacionales de seguridad del paciente en Unidades de Pronta Atención paranaenses. **Método:** Entre abril y septiembre de 2016 fue realizada la etapa exploratoria de la investigación acción, en muestra estratificada de 377 pacientes de ocho unidades, utilizándose instrumento de certificación de acciones básicas de seguridad. **Resultados:** Se evidenció la ausencia de identificación sistematizada de los pacientes y de evaluación y señalización del riesgo para caída y desarrollo de lesión por presión. Se observó que el 52,8% de las soluciones parenterales en uso no estaban identificadas y que, en solamente el 29,4% de los casos, la condición alérgica fue investigada. En el 80,6% de los puntos de asistencia había disponibilidad de solución alcohólica para la higienización

de las manos. **Conclusión:** Se concluye que el no cumplimiento de acciones básicas relativas a la seguridad del paciente expone a los usuarios a eventos adversos prevenibles y demanda acciones sistematizadas para la observancia de las directrices gubernamentales y la promoción de la cualidad de la asistencia en salud.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Servicios Médicos de Urgencia; Calidad de la Asistencia a la Salud; Listado de Chequeo; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Danieli Parreira da Silva Stalitz da Paixão

E-mail: d_enf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, em face às transições demográfica, epidemiológica e social, e pela expressiva busca de atendimento em serviços de urgência e emergência, emergiu a necessidade de regulamentar e redirecionar o atendimento dos usuários. Nesse sentido, entre 2003 e 2009 foi formulada, estruturada e implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências que, entre seus componentes, encontram-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) direcionadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde⁽¹⁾.

As UPA constituem estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar, com funcionamento ininterrupto⁽²⁾. O volume e a complexidade da assistência, nessas unidades, progridem com a escalada da violência urbana no país, assim como pelo envelhecimento populacional, acarretando assistência para usuários acometidos por doenças cardíacas, cerebrovasculares, traumas e vítimas de causas externas⁽³⁾.

O processo de trabalho, nestes ambientes, é atrelado à execução de inúmeros procedimentos, com interrupções contínuas das atividades, e à sobrecarga de trabalho, condições que refletem na qualidade do atendimento ofertado⁽⁴⁾. Somam-se com isso outros fatores, como por exemplo, insuficiência de recursos materiais, físicos e de processos operacionais para a assistência⁽⁵⁾ que comprometem a segurança dos usuários, podendo incorrer em eventos adversos, isto é, incidentes que causam danos ao paciente, e também de erros, negligências, falhas e omissões do processo de assistência⁽⁶⁾.

Revisão sistemática identificou a ocorrência de 0,16% a 6,0% eventos adversos em serviços de emergência; entre 36% e 71% foram considerados preveníveis⁽⁷⁾. No contexto das UPA, observam-se inúmeros eventos adversos, tais como: erro na administração de medicamentos, queda, broncoaspiração, mutilação de membros e trauma crânio-encefálico, e óbitos, muitas vezes relacionados às fragilidades estruturais e do processo de trabalho recomendado para o cuidado seguro⁽⁸⁾. Dessa forma, ações simples e efetivas, por meio do cumprimento de protocolos específicos e da adoção de barreiras de segurança no sistema da assistência, podem prevenir situações de risco e eventos adversos⁽⁸⁾.

A avaliação da estrutura, processo e resultados do sistema de saúde, são utilizados há bastante tempo no contexto da qualidade e segurança do paciente. No Brasil, o Programa Nacional para a Segurança do Paciente (PNSP), lançado em 2013, foi uma importante iniciativa e inclui roteiros de inspeção e avaliação de ações básicas de segurança. Estes constituem ferramentas para a identificação de danos

potenciais à segurança e contribuem para a qualidade da assistência dos serviços da rede pública e privada de saúde⁽⁹⁾.

No Brasil, as determinações legais definidas pelas portarias ministeriais 354/2014, 1377 e 2095 de 2013 definem ações direcionadas à segurança no cuidado à saúde no âmbito das urgências e emergências. As diretrizes para promover a segurança e evitar a ocorrência de erros decorrentes da assistência estão compiladas nos Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente e são direcionadas à identificação do paciente, promoção da higienização das mãos, realização de cirurgia segura, prevenção de lesão por pressão e de quedas; e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos⁽¹⁰⁻¹²⁾. Tais documentos são direcionados para todos os serviços de saúde, conforme recomendação da *The National Patient Safety Foundation*, que enfatiza ser ainda incipiente o que se sabe sobre a segurança do paciente fora do ambiente hospitalar⁽¹³⁾.

Considera-se que o cenário da emergência constitui ambiente crítico e de riscos potenciais aos pacientes, frente às características do atendimento, gravidade dos casos clínicos e aumento de agravos à saúde por causas externas. Deste modo, frente às políticas públicas para a promoção da segurança do paciente, existe a recomendação do emprego de roteiros de inspeção, como as listas de verificação do cuidado, e a relevância do uso de protocolos para nortear a assistência em UPA.

OBJETIVO

Investigar o cumprimento dos protocolos nacionais de segurança do paciente em UPA paranaenses.

MÉTODO

Aspectos éticos

A coleta de dados foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo usuário do serviço, ou seu acompanhante, sendo garantidos os princípios éticos e a prioridade do atendimento. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se da etapa exploratória de uma Pesquisa Ação realizada de abril a setembro de 2016, nas oito UPA da capital paranaense administradas pelo município; os dados foram coletados a partir da observação e arguição dos usuários em atendimento; busca de informações no prontuário (impresso ou eletrônico) e aplicação da escala de Braden.

População ou amostra e critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa usuários maiores de 18 anos, em atendimento nas salas de emergência, observação e internamento no período da coleta de dados; esta foi realizada observando-se cronograma, previamente estabelecido por sorteio, que relacionava a UPA com os turnos; foi necessário mais de um dia de investigação em cada UPA até atingir o número estimado pelo cálculo amostral. Foi critério de exclusão o impedimento da continuidade da observação/arguição decorrente de situação de emergência ou qualquer outra que impossibilitasse atenção aos princípios éticos em pesquisa e que não permitisse a continuidade da coleta dos dados em momento posterior ao do impedimento.

As informações do E-saúde - Sistema de Informação da Prefeitura Municipal de Curitiba/PR foram utilizadas para o cálculo amostral. Foi realizada amostra estratificada proporcional em dois estágios: o primeiro, para definir o peso amostral de cada UPA e o segundo, para determinar o número de usuários a ser amostrado por setor de atendimento.

Para tanto, se considerou o tamanho da população (N), a proporção de avaliação positiva em relação à segurança do paciente (p), a margem de erro (E) e o nível de confiança (z). O tamanho da população (N = 21562) correspondeu à média de atendimentos nos setores emergência, internamento e observação das oito UPA da pesquisa (nominadas de A a H), entre abril de 2015 e março de 2016. Não havendo resultados anteriores relativos à aplicação de roteiros de inspeção, foi estabelecido $p=0,5$, nível de confiança de 95%, e margem de erro de 0,05, resultando em tamanho amostral de 377 pacientes, estratificados por setor - Tabela 1.

Tabela 1 – Cálculo amostral por Unidade de Pronto Atendimento e Setor para aplicação do *checklist*, Brasil, 2016

UPA*	Setor	Média**	%	Amostra por UPA*	Amostra por setor
A	Emergência	1046,3	35,88		18
	Internamento	481,4	16,51	51	8
	Observação	1388,4	47,61		24
UPA* A Total		2916,1	13,52		
B	Emergência	1655,8	35,84		29
	Internamento	407,1	8,81	81	7
	Observação	2556,7	55,35		45
UPA* B Total		4619,5	21,42		
C	Emergência	894,4	32,56		16
	Internamento	322,3	11,74	48	6
	Observação	1529,9	55,70		27
UPA* C Total		2746,7	12,74		
D	Emergência	817,0	39,16		14
	Internamento	392,9	18,83	36	7
	Observação	876,3	42,01		15
UPA* D Total		2086,3	9,68		

Continua

Tabela 1 (cont.)

UPA*	Setor	Média**	%	Amostra por UPA*	Amostra por setor
E	Emergência	936,4	52,63		16
	Internamento	291,8	16,40	31	5
	Observação	551,0	30,97		10
UPA* E Total		1779,1	8,25		
F	Emergência	1024,6	49,52		18
	Internamento	335,3	16,20	36	6
	Observação	709,1	34,27		12
UPA* F Total		2068,9	9,59		
G	Emergência	1081,3	39,13		19
	Internamento	489,7	17,72	48	8
	Observação	1192,3	43,15		21
UPA* G Total		2763,2	12,81		
H	Emergência	985,5	38,16		17
	Internamento	755,3	29,24	45	13
	Observação	842	32,60		15
UPA* H Total		2582,8	11,98		
Total geral		21562,5	100,00	377	377

Fonte: Dados da Pesquisa sistema E-saúde (2015-2016).

Nota: * Unidade de Pronto Atendimento; ** Média mensal de atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento administradas pelo Município de Curitiba-Paraná, entre abril de 2015 e março de 2016.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi norteada por instrumento de verificação de ações básicas para a segurança do paciente em Atendimento de Emergência, elaborado com base nos protocolos do PNSP e validado por especialistas brasileiros⁽¹⁴⁾, o qual foi preenchido a partir das informações obtidas por observação do usuário, de suas respostas às arguições e de informações complementares extraídas do seu prontuário.

Análise dos resultados e estatística

Os dados alimentaram a planilha do *Microsoft Office Excel*® elaborada pelos pesquisadores, por dupla digitação, verificação e correção de inconsistências e foram analisados a partir das frequências absoluta (f) e relativa (%) para cada indicador e por setor de atendimento. As informações obtidas em prontuário e o resultado da aplicação da escala de Braden (componente do instrumento de coleta de dados) foram analisados em complementação aos indicadores de segurança em medicação, queda e lesão por pressão.

RESULTADOS

Entre os 377 participantes amostrados não houve exclusões; evidenciou-se predomínio de usuários do sexo feminino, idosos e em atendimento no setor de observação - Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes atendidos em unidades de pronto atendimento, segundo setor de atendimento, sexo e faixa etária, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	223	59,1
Masculino	154	40,9
Total	377	100
Faixa etária		
18 + 60	171	45,4
≥ 60	206	54,6
Total	377	100
Setor de atendimento		
Observação	169	44,8
Emergência	147	39,0
Internamento	61	16,2
Total	377	100

Os resultados de cinco, das seis categorias de segurança, estão apresentados na Tabela 3, de acordo com setor de atendimento. Das categorias estabelecidas, a identificação do paciente, a sinalização do grau de risco para queda e para lesão por pressão, e a identificação de soluções administradas e investigação de alergias representam as maiores fragilidades em relação à adesão às ações básicas para a segurança do paciente em todos os setores de atendimento.

Destaca-se maior conformidade no indicador Risco de Infecção - disponibilidade de solução alcoólica para a higienização das mãos da equipe de saúde (80,6% de conformidade), e maior fragilidade no indicador Identificação do Paciente (100% de não conformidade) – Tabela 3.

Em relação ao indicador Risco Cirúrgico, constante no instrumento de coleta de dados utilizado⁽¹⁴⁾, verificou-se a ausência de pacientes em cuidados nesta especialidade. Portanto, este indicador foi suprimido nos resultados apresentados.

Tabela 3 – Indicadores de segurança do paciente, segundo setor de atendimento de unidades de pronto atendimento, Brasil, 2016

Indicador	Observação		Emergência		Internamento		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Identificação do paciente								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Não se aplica	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Administração de medicamentos								
Paciente alérgico								
Sim	3	1,8	7	4,8	0	0	10	2,6
Não	61	36,1	31	21,1	9	14,8	101	26,8
Não informa	105	62,1	109	74,1	52	85,2	266	70,6
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Alérgeno identificado								
Sim	2	1,2	5	3,4	0	0	7	1,9
Não	1	0,6	2	1,4	0	0	3	0,8
Não se aplica	166	98,2	140	95,2	61	100	367	97,3
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Infusões identificadas								
Sim	17	10,1	64	43,5	41	67,2	122	32,4
Não	128	75,7	60	40,8	11	18,0	199	52,8
Não se aplica	24	14,2	23	15,6	9	14,8	56	14,8
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Risco de Queda								
Sinalizado grau de risco								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	169	100	147	100	61	100	377	100
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Orientações quanto ao risco								
Sim	40	23,7	23	15,6	30	49,2	93	24,7
Não	129	76,3	124	84,4	31	50,8	284	75,3
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Elevação das grades do leito								
Sim	-	-	107	72,8	30	49,2	137	36,3
Não	-	-	39	26,5	27	44,3	66	17,5
Não se aplica	169	100	1	0,7	4	6,6	174	46,2
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100

Continua

Tabela 3 (cont.)

Indicador	Observação		Emergência		Internamento		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Risco de Infecção								
Disponível solução alcoólica								
Sim	169	100	109	74,1	26	42,6	304	80,6
Não	-	-	38	25,9	35	57,4	73	19,4
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Risco de Lesão por pressão								
Risco para lesão								
Sim	7	4,1	100	68	27	44,3	134	35,5
Não	162	95,9	47	32	34	55,7	243	64,5
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Sinalizado risco								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	169	100	147	100	61	100	377	100
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Paciente apresenta lesão								
Sim	2	1,2	27	18,4	6	9,8	35	9,3
Não	167	98,8	120	81,6	55	90,2	342	90,7
Total	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100

DISCUSSÃO

Refletindo o cálculo amostral desta pesquisa, participaram usuários atendidos, majoritariamente, nos setores de observação e emergência, seguidos pelo setor de internação. A maioria do sexo feminino corrobora o perfil da população atendida nas UPA, de acordo com estudos nacionais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ e a maior demanda de usuários com idade ≥ 60 anos difere do apresentado em estudo realizado na região Sudeste do Brasil, cuja concentração foi entre 20 e 39 anos⁽¹⁵⁾, o que pode ser justificado pelo desenho metodológico, localização geográfica e tamanho amostral diversos das investigações.

Em serviços de emergência, os grupos pediátrico e geriátrico se enquadram na população de maior risco para a ocorrência de eventos adversos⁽⁷⁾. Considerando a maior demanda de atendimento para idosos nesta pesquisa, e a tendência do envelhecimento populacional no Brasil, destaca-se a relevância da utilização de protocolos direcionadores para a execução segura da prática profissional. Essas medidas favorecem a promoção de ações voltadas à prevenção e redução de eventos adversos em serviços de urgência e emergência do país.

No que diz respeito aos indicadores de segurança, baseados nos protocolos ministeriais, os resultados apontam que todos os usuários estavam sem identificação, evidenciando a inobservância ao proposto pela primeira meta internacional⁽¹⁶⁾. É oportuno salientar que não existe, nas UPA desta pesquisa, identificação sistemática dos usuários, como preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro⁽¹⁷⁾. Muito embora, observaram-se iniciativas de realizar a identificação, registrando-se o nome e data de nascimento em cartaz afixado próximo ao leito. Contudo, essa forma improvisada é frágil, pois a identificação não está no usuário, permitindo trocas e incorrendo em erros graves.

Estudo brasileiro⁽⁵⁾ identificou ausência de uso de pulseira de identificação em UPA, corroborando os resultados desta pesquisa. A identificação de forma segura e padronizada

auxiliou na redução de erros durante a identificação de amostras sanguíneas, como demonstrou um estudo tailandês⁽¹⁸⁾. Neste contexto, também a coleta de sangue para exames laboratoriais, é prática usual nas UPA e a identificação do usuário é fundamental para evitar a troca de amostras e resultados.

Considerando também as situações de emergência nas UPA, destaca-se que a identificação do paciente, desde a sua admissão, é importante para evitar a ocorrência de incidentes⁽¹⁹⁾. Outros fatores potencializam os riscos, como a alteração do nível de consciência, ressaltando a importância da adoção do referido protocolo de identificação, que aplicado contribui indubitavelmente para que o cuidado seja prestado ao indivíduo ao que se destina, evitando possíveis incidentes e erros⁽¹⁷⁾.

Em relação à identificação da condição de alergia na ficha de atendimento e/ou no prontuário, entre os 10 (2,6%) documentos que apresentaram esse registro, em três (0,80%) não havia correspondente identificação ou destaque na prescrição médica, a fim de alertar a equipe de saúde, conforme preconiza o protocolo do Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾.

Quanto ao indicador administração de medicamentos, destaca-se que em 70,6% (N = 266) dos prontuários não havia descrição ou qualquer informação a respeito da presença, ou não, de alergia; o que leva a supor a ausência desta investigação. Levantar a hipótese da condição de alergia é uma prática a ser sistematizada no ciclo de medicação, desde a prescrição e dispensação, até o preparo e a administração dos fármacos. Ressalta-se também a importância de inserir o paciente no processo do cuidado, indagando sobre seu histórico clínico, com vistas a evitar eventos adversos alérgicos, potencialmente fatais⁽²⁰⁾. As unidades desta pesquisa não utilizam alternativas para alertar os profissionais quanto à alergia, ficando sob a responsabilidade do paciente manter sua própria segurança.

Apesar da menor ocorrência da condição alérgica observada, a adoção de ações para gerenciar riscos e prevenir incidentes e erros são recomendadas. Neste sentido, a investigação

rotineira e o registro também na prescrição médica, subsidiam os cuidados de enfermagem e reduzem a chance da dispensação e administração de medicamento alergênico⁽¹⁷⁾.

Observou-se que a maioria dos pacientes (85,2%; N = 321) recebia soluções intravenosas durante o atendimento. No entanto, em 52,8% (N = 199) dos casos as infusões não estavam identificadas, fato que contribui com o erro, uma vez que a identificação do medicamento é um requisito elementar para as práticas seguras no processo de medicação⁽¹⁷⁾. Sua ausência dificulta a rápida ação dos profissionais em casos de reações alérgicas, uma vez que esses necessitarão recorrer ao prontuário para a tomada de decisões assertivas. Soma-se ao risco o fato de que a maioria dos fármacos administrados nas UPA é considerada de alta vigilância, devendo haver maior rigor em sua administração⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e observância de preceitos de segurança fundamentais, como a identificação da solução em uso.

Estudo conduzido na área de assistência hospitalar, identificou que, erros na administração de medicamentos por via intravenosa estiveram associados à ausência da conferência de fármacos (96,73%) e na checagem dos pacientes (70,57%) entre 367 doses administradas⁽²¹⁾. A falta da identificação do paciente de forma sistematizada, a frequência da administração de medicamentos endovenosos e a insuficiente identificação das soluções administradas nas UPA investigadas nessa pesquisa contribuem para o erro e explicitam as dificuldades na superação do terceiro desafio proposto pela OMS⁽²²⁾, que se refere à administração segura de medicamentos.

A partir dos resultados, percebe-se que nas UPA investigadas há condições favoráveis à ocorrência de eventos adversos relacionados ao processo de medicação. Considerando possível sobrecarga de trabalho, interrupções durante o preparo das medicações e desatenção nesses serviços de saúde⁽²³⁾, o risco poderá ser exacerbado.

Frente à sexta meta internacional, que consiste na redução de lesões decorrentes de quedas⁽¹⁶⁾, verificou-se não haver avaliação rotineira do risco para o seu desenvolvimento. Entre os usuários, ou seus familiares, 75,3% (N = 284) não haviam recebido orientações quanto às medidas de prevenção; reconhecidas como um compromisso da equipe de saúde e medida fundamental para evitar o dano⁽²⁴⁾. Tendo em vista que um dos fatores de risco para quedas é a idade superior aos 65 anos⁽¹⁷⁾, e que nesta pesquisa a faixa etária foi predominante ≥ 60 anos, reitera-se a recomendação da adoção de protocolo para a avaliação do risco, empregando-se instrumento adequado⁽¹⁷⁾.

No setor observação, 76,3% (N = 129) dos usuários, acomodados em cadeiras ou poltronas, referiram não terem sido orientados quanto às medidas preventivas para quedas. Estudo conduzido em hospital público no Sudeste do Brasil demonstrou que quedas de poltronas representaram 18% das notificações, inferior apenas às de mesmos níveis (64,2% dos casos)⁽²⁵⁾.

Nesta pesquisa, entre os pacientes acomodados em maca/leito, identificou-se que no setor internamento 49,2% (N = 30) foram alertados com relação ao risco, resultado

diverso ao observado entre os atendidos na emergência, onde se identificou apenas 15,6% (N = 23) orientados. Como agravante, observou-se que apenas 72,8% (N = 107) das macas/leitos tinham as grades elevadas, fato que se as soma ao alto risco pelo tipo de acomodação, independente dos fatores preditores contribuintes à ocorrência deste evento, como assegurado pelo Ministério da Saúde, que enfatiza também a importância da manutenção das grades elevadas como ação preventiva relevante⁽¹⁷⁾.

Outro indicador de segurança investigado foi relativo às infecções associadas à assistência, que corresponde à quinta meta internacional para a segurança⁽¹⁶⁾. Neste tema, a disponibilização de solução alcoólica no ponto de assistência ao paciente e a correta higienização das mãos são estratégias reconhecidas pela OMS como padrão ouro para reduzir sua ocorrência⁽¹⁷⁾. Observou-se que, em 80,6% (N = 304) dos setores, havia disponibilidade de solução alcoólica próxima ao usuário, destacando-se o setor de observação, com cumprimento integral (100%). Este resultado positivo pode refletir as recomendações históricas acerca da importância da higienização das mãos como ação fundamental para a proteção de usuários e trabalhadores, e reitera a importância de ações de educação continuada para a incorporação de práticas assertivas.

O último indicador de segurança apresentado diz respeito à prevenção de lesão por pressão. Nesta pesquisa, a maioria dos participantes não apresentava fator de risco para este evento adverso (64,5%, N = 243); entretanto, no setor de emergência, 18,4% (N = 27) desses, apresentavam lesão prévia ao atendimento. Sabe-se da alta incidência de lesões por pressão em pacientes críticos internados⁽²⁶⁾ aumentando, proporcionalmente, com a combinação de fatores de riscos, tais como: idade avançada e restrição ao leito⁽¹⁷⁾. Desse modo, também na assistência em unidades não hospitalares, a identificação de usuários que apresentam risco de desenvolver lesão por pressão, com aplicação de escala preditiva validada, associada à avaliação clínica pelo enfermeiro permite a adoção imediata de medidas preventivas⁽¹⁷⁾. Nesta pesquisa, evidenciou-se não haver avaliação do risco para esta ocorrência; contudo, frente à faixa etária predominante dos usuários em atendimento, ressalta-se a relevância de atentar para este risco, a fim de antecipar-se ao risco, bem como para detectar e tratar lesões pré-existentes.

Por fim, não houve, durante a coleta de dados, usuários com risco cirúrgico, resultado que vai ao encontro de portaria ministerial, a qual direciona a transferência de pacientes graves e de natureza cirúrgica para o atendimento hospitalar, construindo um fluxo coerente e efetivo, por meio de centrais de regulação⁽²⁾.

Os resultados entre as UPA não apresentaram diferença estatística, mostrando que as fragilidades em relação à segurança do paciente são semelhantes, e podem ser enfrentadas com estratégias organizacionais aplicáveis a todos os serviços.

Limitações do estudo

A pesquisa realizada permitiu investigar a adesão às ações básicas para a segurança do paciente, exceto relativas ao risco

cirúrgico. Sugere-se adequação do instrumento utilizado na coleta de dados para investigação das condições de segurança de outros procedimentos invasivos, rotineiramente realizados nas UPA, como drenagem torácica e inserção de cateter venoso central, e que constituem oportunidade de risco para eventos adversos.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O presente estudo demonstrou a importância e a viabilidade da utilização de roteiros de inspeção em UPA, com vistas a identificar fragilidades e estabelecer indicadores de segurança do paciente e, cujos resultados, podem contribuir para o estabelecimento de ações corretivas e preventivas. Tal iniciativa contribui para a execução de boas práticas de saúde voltadas à segurança do paciente e amparadas pelas políticas públicas. Ainda, os resultados desta investigação, por evidenciarem importantes fragilidades na segurança dos usuários atendidos em UPA, suscita sua replicação em outros cenários de cuidado à saúde, incluindo unidades de assistência básica.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa permitem evidenciar a fragilidade dos processos de trabalho em relação à segurança dos usuários em atendimento nas UPA, caracterizadas como serviços de média complexidade, alta demanda de atendimento e fundamentais na rede de atendimento à saúde no país. Em concordância ao estabelecido nos protocolos de segurança para os serviços de saúde no Brasil, percebe-se a necessidade da implantação, nessas unidades, de ações básicas e fundamentais, por meio de normas e rotinas institucionais, e de acordo com a realidade local. Tais medidas, quando sistematizadas, poderão contribuir para a redução de potenciais riscos e promover a segurança e a qualidade no processo de trabalho em saúde. Para tanto, é fundamental o engajamento de gestores e profissionais de saúde no reconhecimento desta demanda e na adoção das políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde brasileiro e recomendadas por organizações internacionais.

REFERÊNCIAS

1. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Mobile emergency care service: analysis of Brazilian policy. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2017 May 20];45(3):519-28. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/en_2335.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. *Diário Oficial da União* 05 mar 2013; Seção1. p. 47.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 08 jul 2011; Seção 1. p. 70.
4. Weigl M, Müller A, Holland S, Wedel S, Woloshynowych M. Work conditions, mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 12];25:499-508. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/08/bmjqs-2014-003744>
5. Santos ANS. Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências: análise de riscos [Dissertação]. Goiânia (MG): Universidade Federal de Goiás; 2015.
6. World Health Organization. WHO. The conceptual framework for the international classification for patient safety v1.1: final technical report and technical annexes [Internet]. 2009 [cited 2016 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
7. Stang AS, Wingert AS, Hartling L, Plint AC. Adverse events related to emergency department care: a systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 16];8(9):e74214. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0059565/>
8. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery Rev Enferm*[Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 13];8(4):122-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2015 Aug 10]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 354 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". *Diário oficial da união* 11 mar 2014; Seção 1. p. 53.
11. 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*, 10 jul 2013; Seção1. p. 47.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*, 25 set 2013; Seção 1. p. 47.
13. National Patient Safety Foundation. NPSF. Free from Harm: accelerating patient safety improvement fifteen year safer To Err Is Human [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 25]. Available from: <http://www.npsf.org/?page=freefromharm>

14. Amaya MR, Paixão DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 06];37(esp):e68778. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/68778/41287>
15. Ferrari R, Loyola AP, Pansani AP, Santos BL, Azeredo DB, Magalhães FAA, et al. Perfil da demanda dos usuários da clínica da família e da UPA em área com 100 % de cobertura de atenção primária. *G&S* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 10];5(2):525-41. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22781/16329>
16. Joint Commission International. JCI. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals JCI [Internet]. 2014. [cited 2016 Dec 12]. Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos básicos de segurança do paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 [cited 2016 Dec 22]. Available from: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/index.php?option=com_content&view=article&id=28202&catid=1243&Itemid=187
18. Ning HC, Lin CN, Chiu DTY, Chang YT, Wen CN, Peng SY, et al. Reduction in Hospital-Wide Clinical Laboratory Specimen Identification Errors following Process Interventions: a 10-Year Retrospective Observational Study. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 10];11(8):e0160821. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0160821>
19. Smith AF, Casey K, Wilson J, Fichbacher-Smith D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 31];23(5):590-9. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr045>
20. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Silva AEBC. The occurrence of near misses and associated factors in the surgical clinic of a teaching hospital. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 08];20(1):121-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.37446>
21. Silva LD, Camerini FG. Analysis the intravenous medication administration in sentinel network hospital. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 10];21(3):633-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300019>
22. World Health Organization. WHO. 66th World Health Assembly: engaging patients in medication safety [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 28]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/WHA2013_briefing-note.pdf
23. Santi T, Beck CLC, Silva RM, Zeitoune RG, Gollner R, Tonel JZ, et al. Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10];13:172-83. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/administracion1.pdf>
24. Luzia MF, Almeida MA, Lucena AF. Nursing care mapping for patients at risk of falls in the Nursing Interventions Classification. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 08];48(4):632-9. Available: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000400009>
25. Meneguim S, Ayres JA, Bueno GH. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10];4(4):784-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769213554>
26. Borghardt AT, Prado TN, Araújo TM, Rogenski NMB, Bringuente MEO. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 10];23(1):28-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2521>