

TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR E SEUS POTENCIAIS RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Jeanini Dalcol Miorin¹ 
Daiane Dal Pai² 
Rosane Mortari Ciconet³ 
Maria Alice Dias da Silva Lima² 
Luiza Maria Gerhardt⁴ 
Natasha da Silva Indruczaki⁵ 

¹Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar potenciais riscos para a segurança do paciente durante a transferência do cuidado pré-hospitalar.

Método: estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2018, com observação não-participante e entrevista semiestruturada, em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da região Sul, Brasil. Foram entrevistados 28 profissionais incluindo técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos e observadas 135 horas de atendimentos. Os dados foram submetidos à análise temática.

Resultados: emergiram duas categorias inter-relacionadas: a) Intervenientes na segurança do paciente e da equipe; e b) A dimensão (inter)pessoal/profissional da transferência do cuidado. Os achados do estudo mostraram que, além das vulnerabilidades inerentes ao trânsito e à violência urbana, os pacientes estão expostos a circunstâncias que incluem potenciais riscos relacionados à queda de macas, aos erros de medicação e de julgamento clínico. A comunicação verticalizada pelas hierarquias, influenciada por fatores pessoais e emocionais de cada profissional, geraram implicações para a continuidade do cuidado.

Conclusão: diante dos potenciais riscos à segurança do paciente no momento das transferências do cuidado pré-hospitalar, deve-se investir em estratégias de comunicação eficaz, bem como em formas de melhorar as relações interpessoais e a articulação entre os serviços na rede de urgências.

DESCRITORES: Serviços médicos de emergência. Atendimento de emergência pré-hospitalar. Segurança do paciente. Cuidado transicional. Transferência do paciente. Barreiras de comunicação.

COMO CITAR: Miorin JD, Dal Pai D, Ciconet RM, Lima MADS, Gerhardt LM, Indruczaki NS. Transferência do cuidado pré-hospitalar e seus potenciais riscos para segurança do paciente. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29: e20190073. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0073>

TRANSFER OF PRE-HOSPITAL CARE AND ITS POTENTIAL RISKS FOR PATIENT SAFETY

ABSTRACT

Objective: to identify potential risks to patient safety during the transfer of pre-hospital care.

Method: a descriptive-exploratory study, with a qualitative approach. Data collection occurred between April and June 2018, with non-participant observation and semi-structured interview, in a Mobile Emergency Care Service in the Southern Brazil. Twenty-eight professionals were interviewed, including nursing technicians/ auxiliaries, nurses and physicians, and 135 hours of care were observed. The data were submitted to thematic analysis.

Results: two interrelated categories emerged a) Stakeholders in patient and team safety; and b) The (inter) personal/professional dimension of the transfer of care. The study's findings showed that, in addition to the inherent vulnerabilities to traffic and urban violence, patients are exposed to circumstances that include potential risks related to falling on stretchers, medication errors and clinical judgment. The vertical communication by hierarchies, influenced by personal and emotional factors of each professional, generated implications for the continuity of care.

Conclusion: given the potential risks to patient safety at the time of transfers of pre-hospital care, one should invest in effective communication strategies, as well as in forms of interpersonal relationships and links between services in the emergency network.

DESCRIPTORS: Emergency medical services. Pre-hospital emergency care. Patient safety. Transitional care. Patient transfer. Communication barriers.

TRANSFERENCIA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SUS RIESGOS POTENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESUMEN

Objetivo: identificar riesgos potenciales para la seguridad del paciente durante la transferencia de la atención prehospitalaria.

Método: estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cualitativo. La recopilación de datos se produjo entre abril y junio de 2018, con observación no participante y entrevista semiestructurada, en un Servicio móvil de atención de emergencia en el sur de Brasil. Se entrevistó a 28 profesionales, incluidos técnicos / auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos, y se observaron 135 horas de atención. Los datos fueron sometidos a análisis temático.

Resultados: surgieron dos categorías interrelacionadas a) Partes interesadas en la seguridad del paciente y del equipo; y b) La dimensión (inter) personal / profesional de la transferencia de atención. Los hallazgos del estudio mostraron que, además de las vulnerabilidades inherentes al tráfico y la violencia urbana, los pacientes están expuestos a circunstancias que incluyen riesgos potenciales relacionados con la caída en camillas, errores de medicación y juicio clínico. La comunicación vertical por jerarquías, influenciada por factores personales y emocionales de cada profesional, generó implicaciones para la continuidad de la atención.

Conclusión: dados los riesgos potenciales para la seguridad del paciente en el momento de las transferencias de atención prehospitalaria, uno debe invertir en estrategias de comunicación efectivas, así como en formas de relaciones interpersonales y vínculos entre los servicios en la red de emergencia.

DESCRIPTORES: Servicios médicos de emergencia. Atención de emergencia prehospitalaria. Seguridad del paciente. Cuidados transitorios. Transferencia de pacientes. Barreras de comunicación.

INTRODUÇÃO

O cuidado pré-hospitalar móvel de urgência caracteriza-se por acontecer em um ambiente instável, com menores possibilidades de recursos tecnológicos disponíveis do que nos hospitais, além de, muitas vezes, destinar-se a mais de uma vítima, que frequentemente apresenta muitos sintomas e/ou variadas condições clínicas, com alto nível de gravidade. Somado a isso, não é incomum que a equipe que presta o atendimento pré-hospitalar se depare com poucas informações e tempo restrito para atuação. Essa combinação de fatores traz implicações para a segurança do paciente e do profissional.¹

Cuidados de saúde não seguros resultam em expressivas taxas de morbimortalidade que poderiam ser evitáveis, trazendo consequências ao paciente, à família, à comunidade e ao Estado. Para torná-los seguros, deve-se investir em prevenção de riscos por meio de algumas estratégias básicas da segurança do paciente, como a formação profissional para a segurança, a conscientização organizacional e institucional, a distribuição de recursos e a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde.²

Revisão sistemática incluiu 14 estudos que possibilitaram evidenciar barreiras e facilidades para a implementação de um sistema de aprendizagem sobre segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da saúde. As principais barreiras descritas na literatura foram o medo de culpabilização, as penalidades legais, a percepção de que a notificação de incidentes não melhora a segurança do paciente, bem como insuficiente apoio organizacional, desconhecimento quanto aos sistemas de notificação de incidentes e falta de compreensão sobre o que constitui um erro clínico. Os facilitadores incluíram um ambiente não acusatório, a percepção por parte da equipe de saúde de que as notificações de incidentes melhoram a segurança, proteção legislada daqueles que notificam algum erro, capacidade de notificar anonimamente, oportunidades de educação, treinamento e diretrizes claras sobre o que deve ser notificado.³

Estudo realizado nos Estados Unidos, com equipe pré-hospitalar, identificou fatores que contribuem para a segurança de cuidados em emergências, os quais se referem à medicação, ao equipamento, às características da cena e do ambiente, à cultura de segurança do paciente e à comunicação de informações. Destacou-se a importância da avaliação inicial, da tomada de decisões e do treinamento para transmitir um cuidado seguro.⁴

A preocupação com a temática da segurança do paciente nos serviços móveis de urgência ainda é incipiente, pois embora exista literatura internacional, a maioria envolve ações direcionadas a uma categoria profissional, e não ao trabalho multiprofissional ou entre equipes⁵⁻⁶ Reforçando a existência de lacunas no conhecimento acerca da temática, estudo aponta para a necessidade de diretrizes para segurança do paciente voltadas especificamente para ao atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, pois a insalubridade e hostilidade do ambiente onde as ações são realizadas requerem também orientações específicas e diversas dos outros serviços em saúde.⁷

A literatura internacional apresenta orientações para a promoção da segurança do paciente em variados ambientes de cuidado. Porém, as particularidades do contexto brasileiro requerem modelagens em vista às diferentes necessidades e aos recursos de cada região, demandando assim de pesquisas nacionais que analisem e sugiram intervenções para melhoria da segurança do paciente nas transferências do cuidado pré-hospitalar, voltadas para a realidade dos serviços de saúde do Brasil.⁸

O aumento contínuo no número de chamadas e a realização de tratamentos e procedimentos cada vez mais complexos elevam o risco de eventos adversos durante o atendimento e a transferência do cuidado pré-hospitalar. Contudo, a literatura não reflete essa realidade, pois apesar de ser crescente o número de evidências sobre a ocorrência de eventos adversos nos ambientes intra-hospitalares,

os dados correspondentes à segurança do paciente não incluem situações ocorridas na relação dos hospitais ao receberem serviços de ambulância.⁹

Em resposta a esses desafios, pesquisas¹⁰⁻¹¹ mostram preocupação com o momento das transferências do cuidado pré-hospitalar, revelando a perda de informações clínicas significativas, falhas relacionadas ao uso de linguagem ou jargão confuso, transferências unidirecionais muitas vezes imprecisas, incompletas e não pertinentes às condições do paciente.

A transferência do cuidado envolve a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes são transferidos entre diferentes serviços de saúde, ou diferentes unidades de um mesmo local.¹² Ela é propensa a diversas fragilidades devido às vulnerabilidades do sistema, às atitudes pessoais, à dinâmica da equipe e a várias pressões e restrições externas, que se combinam para produzir um distanciamento em relação às melhores práticas. Assim, a transferência segura do cuidado pode ser considerada um dos desafios do atendimento pré-hospitalar.¹³

Diante das questões descritas na literatura, é possível afirmar que há lacunas no que tange aos aspectos que interferem na segurança do paciente durante a transferência do cuidado pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao contexto brasileiro. Diante do exposto, questionou-se: durante a transferência do cuidado pré-hospitalar, quais circunstâncias podem ser identificadas como potenciais riscos para a segurança do paciente? Assim, o objetivo foi identificar potenciais riscos para a segurança do paciente durante a transferência do cuidado pré-hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa e orientação metodológica de análise de conteúdo.¹⁴ Foi desenvolvido no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU da região sul do Brasil, por meio das técnicas de observação não-participante e entrevista semiestruturada. Os participantes da pesquisa foram os profissionais da equipe de saúde do SAMU envolvidos na assistência às vítimas, ou seja, médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. A equipe de pesquisa foi composta por uma enfermeira e dois graduandos de enfermagem, todos com experiência prévia na área de urgência (residência em urgência e trauma, cursos e atividades práticas extracurriculares em atendimento ao trauma). Os pesquisadores não possuíam vínculo empregatício ou de outra natureza com o serviço onde se desenvolveu o estudo. Para fins da padronização nos procedimentos de coleta dos dados, a equipe de pesquisa foi devidamente treinada sobre as técnicas adotadas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a junho de 2018. A aproximação com o campo se deu por meio da observação não-participante, realizada por amostragem de tempo. Totalizaram-se 135 horas de observação das equipes nas bases do SAMU, na cena dos atendimentos e nas transferências do cuidado, tendo sido a saturação das informações critério definidor da amostragem. Cada período de observação foi de aproximadamente quatro horas, contemplando os turnos da manhã, tarde e noite, em um total de 53 atendimentos de 33 equipes diferentes. Destes, oito atendimentos foram prestados por equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV) e 45 por equipe de Suporte Básico de vida (SBV), conforme a proporcionalidade da distribuição do número de equipes no município.

A observação não-participante contribuiu para o contato com os participantes e a escolha dos entrevistados, que foram definidos intencionalmente. O critério de inclusão da amostra de profissionais entrevistados foi atuar no serviço há mais de seis meses. Foram excluídos os profissionais que estiveram em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta de dados. A saturação das informações foi o critério utilizado para a definição do total de 28 profissionais.

Os dados da entrevista foram coletados por meio de um roteiro semiestruturado, cuja primeira parte captou os dados de identificação dos participantes, tais como: idade, sexo, categoria profissional,

tempo de formação, pós-graduação, turno de trabalho e tempo de atuação no SAMU. A segunda parte foi composta por questões que versaram sobre os fatores que interferem na segurança do paciente durante a transferência do cuidado do SAMU para a Rede de Urgência e emergência, os principais desafios enfrentados durante a transferência do cuidado e elementos que poderiam tornar as transferências mais seguras para o paciente.

Tanto as observações quanto as entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com vistas a manter anonimato dos participantes, utilizaram-se os códigos alfanuméricos: “E” para os enfermeiros, “TE” para os técnicos/auxiliares de enfermagem, “ME” para médicos, seguidos de número relativo à ordem de realização das entrevistas. Para as observações, utilizou-se a letra “O”.

A análise do material resultante da observação não-participante e da transcrição das entrevistas deu-se pela análise de conteúdo do tipo temática.¹⁴ Seguiram-se as três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, foram elaborados quadros sistematizadores a fim de visualizar, de maneira geral, os dados coletados. A etapa seguinte foi a exploração do material, permitindo a organização dos resultados conforme as temáticas mais abordadas. Para finalizar, foram realizados o tratamento e a interpretação dos dados que foram agrupados em duas categorias temáticas e fundamentados com outros estudos.

RESULTADOS

Dentre os participantes do estudo, 19 eram técnicos de enfermagem (67,86%), seis eram enfermeiros (21,43%) e três eram médicos (10,71%), sendo 15 mulheres (53,57%) e 13 homens (46,43%). A faixa etária esteve compreendida entre 31 e 60 anos, com idade média de 41,57 anos. Sobre o tempo de atuação no SAMU, a média foi de 16,32 anos, prevalecendo o turno de trabalho diurno (64,29%). Dos 28 profissionais, 13 possuíam pós-graduação (46,43%), sendo que a maioria era na área de urgência e emergência. A amostra de observações caracterizou-se por 33 equipes diferentes, sendo que 24 (72,73%) dessas equipes compunham o (SBV) e 9 (27,27%) o (SAV).

Do processo de análise e integração sistemática dos dados emergiu o fenômeno do estudo, sustentado por duas categorias inter-relacionadas: Intervenientes na segurança do paciente e da equipe; e A dimensão (inter)pessoal/profissional da transferência do cuidado. A primeira categoria é sustentada por duas subcategorias: Riscos para o paciente e equipe durante o transporte e transferência do cuidado; e Diferentes perspectivas e as implicações para a continuidade do cuidado. A segunda categoria é sustentada por três subcategorias: Comunicação verticalizada pelas hierarquias; Comunicação pessoa-dependente; e Interface emocional do cuidado.

Intervenientes na segurança do paciente e da equipe

As características do serviço tornam os atendimentos propensos a potenciais riscos, tanto para o paciente quanto para a equipe. As sirenes e luzes nos veículos de emergência deveriam funcionar como uma negociação eficiente no tráfego, entre o condutor de ambulância e os demais condutores e usuários das vias e das regiões que margeiam, mas não são raras as situações de imprudência que podem colocar em risco os profissionais do SAMU e os pacientes transportados:

... dependendo da situação, é muito dinâmico o serviço, já transporte paciente em parada, e aí PCR fazendo manobras com cinto? Tu não consegues isso, então é perigoso tanto para o paciente quanto para a equipe, no trânsito tu não sabe o que vai acontecer... (E-23) O trânsito é muito cruel, por exemplo, no plantão passado eu atendi uma senhora de 78 anos que fez uma fratura coxofemoral. O motorista, como medida de conforto para a paciente, dirigiu em baixa velocidade para diminuir a trepidação por causa dos buracos das ruas. Ao mesmo tempo, os motoristas que estavam trafegando, buzonavam e xingavam o motorista por ele estar tão devagar. Gritavam “essa ambulância não serve

pra nada". Estávamos só com o giroflex ligado, sem a sirene, porque, se ela estivesse ligada, aí sim tu ias ser agredido mais do que tu já és no trânsito. [...] Eles sempre querem que tu andes de sirene ligada, o que é um estresse para o paciente e para os profissionais, imagina tu andar 12h de sirene ligada para atender os pacientes, fazer a remoção de um paciente estabilizado, que está bem, para outro serviço de sirene ligada, eu acho que às 19h eu já chegava louco com tanto barulho... (TE-25)

Os entrevistados reforçaram que além do trajeto percorrido no transporte do paciente, os riscos à segurança acompanham a entrada do paciente no serviço:

Essa nossa maca que veio agora, ela é bastante preocupante, não é segura para deixar paciente e muitas vezes tu chegas no hospital e eles querem reter maca, a qualquer momento o paciente pode cair daquela maca, ela empina. (TE-10) A gente não tem recurso [...] então é procurar fazer o melhor dentro do que se tem, procurar sempre armar bem uma maca, manter toda aquele acesso de drenos e cateteres nas conformidades durante o processo todo da transferência pra evitar danos, tem motoristas que fizeram um suporte para ser encaixado na maca para levar o soro. (E-27)

Os profissionais do SAMU avaliam diariamente pacientes com muitos sintomas e condições clínicas diferentes. Os erros no julgamento clínico podem estar associados à dificuldade em identificar doenças em tempo tão breve, e ao fato do profissional não realizar uma coleta de dados suficiente com o familiar e/ou paciente:

Às vezes, a gente não sabe se o paciente tem alguma doença que precise isolamento, por exemplo, esse que eu te falei manejamos como se fosse AVC, era um senhor jovem que estava anisocórico, a esposa disse que ele não tomava medicação, que era hígido e aí de repente ele está comatoso, [...] depois a equipe do hospital disse que era meningite, nós ficamos expostos, e aí a gente leva pra emergência e fica ali no meio de todo mundo [...] a gente chega pra atender um paciente em casa que é KPC, é colonizado, o familiar não nos dá essa informação, o paciente não tem condições de falar [...] eu não fiz nada de isolamento de contato porque ou eu não colhi ou o familiar não falou, ninguém sabe, vão descobrir sei lá, dois ou três dias depois, aí vai se disseminando infecção hospitalar, eu acho que a gente peca muito nisso, na coleta de dados ou no exame clínico errado. (E- 09)

Os achados mostraram que algumas transferências contam com poucas informações uma vez que a coleta de dados na cena foi rápida, devido às circunstâncias do local, nas quais os profissionais se veem obrigados ou intimidados pela população a agilizar o transporte do paciente para o serviço de saúde de referência:

Depois do chamado, o médico disse que saíram rápido, não colhemos tantas informações, pois o condutor avisou que era uma 'boca de fumo', e a população se torna agressiva, contrária à algumas intervenções realizadas ou não pelo SAMU. (O-28)

Nessa direção, salienta-se que os profissionais que darão continuidade ao cuidado iniciado fora do hospital não vivenciam as mesmas experiências que as equipes do SAMU, portanto possuem perspectivas diferentes sobre as situações:

Fica um clima chato, as pessoas indagando o teu serviço. Eu decido se imobilizo, vocês [equipe que recebe] decidem se deixam ou não. Tem também aquela coisa, tu estás no meio da Ipiranga, cruzando com a perimetral, tem 300 mil pessoas na tua volta, o paciente não está relatando nada, na dúvida tu vai imobilizar, porque sempre tem aqueles julgadores, mesmo que o paciente não tenha nada, daqui a pouco aparece até na TV. (TE-09)

Eles acham que a gente leva sem acesso venoso porque a gente quer, agora de uns anos pra cá, inclusive a residência médica tem passado no SAMU. É bom, eles precisam ver o que a gente passa fora do hospital. Dependendo eu tenho que falar, "olha não consegui acesso porque eu estava num cubículo, não tinha luz, não dava nem pra ficar do lado do paciente e aí a gente trouxe rápido" [...] eu tenho que falar, até pra justificar os cuidados ou a falta deles para o colega que vai receber o paciente. (E-15)

A impressão de não ter sua tomada de decisão valorizada traz a sensação de que também as informações transmitidas estejam sendo negligenciadas, como mostra o trecho:

Tu viu que o paciente fez uma arritmia, tu reverteu ela, paciente chegou bem no hospital, só que quem está lá me diz: tu me disse que foi arritmia, mas olha aqui o paciente está bem. Então daqui a pouco vai haver quase que uma negligência na recepção daquele paciente. Quando eu passo o caso talvez a pessoa não escute muito, porque ela olhou e pensou: o paciente está bem, ele está me mentando, só para mim aceitar o paciente. (ME-14)

A classificação de risco dos serviços de urgência foi vista pelos entrevistados como fundamental para determinar a jornada do paciente através do serviço de emergência, mas os participantes do estudo expressaram a opinião de que os enfermeiros não dão o devido valor para cinemática relatada pelo profissional do SAMU, gerando conflitos entre os profissionais em relação à classificação de risco do paciente:

Me lembro uma vez que me chamaram para uma cena de acidente entre um carro e um ciclista. [...] ele bateu com a cabeça na lataria do carro e o capacete dele rachou na parte de trás, uma cinemática tenebrosa. Imobilizei o paciente na maca rígida, coloquei colar cervical, cheguei no hospital, falei da cinemática grave, passei o caso para o enfermeiro e ele perguntou ao paciente: ao virar o pescoço para os lados, tem dor? Encosta o pescoço no peito, tem dor? Está tudo bem, pode levantar e ir para a sala azul esperar. Eu insisti com ele que a cinemática foi grave, e ele disse que o paciente não tinha nada. (TE-19)

Os achados do estudo mostraram que, muitas vezes, enquanto aguardam as transferências do cuidado, ou mesmo após fazê-lo, os pacientes permanecem nas macas do SAMU em corredores dos hospitais, devido à superlotação das emergências. Somado a isso, muitos pacientes não possuem condições clínicas para se envolver no gerenciamento de suas medicações, o que revela a importância da equipe do SAMU informar tudo que foi realizado e administrado durante o atendimento pré-hospitalar, já que a omissão de um medicamento pode resultar em uma prescrição igual ou similar durante a hospitalização, resultando em uma duplicação terapêutica. Os profissionais disseram preocupar-se em passar essas informações, especialmente porque reconhecem que destinam prioridade à estabilização do quadro clínico e à agilidade na remoção do paciente.

Eu sinto muito [receio com relação à segurança] na identificação de pacientes que não falam, que são acamados, muitos não ficam com pulseira, se ele fica na nossa maca, ele não tem lugar definido, hora ele fica aqui, hora ele está lá, fica muito fácil para errarem a medicação. (TE-16) Eu me preocupo em não esquecer de falar tudo que eu fiz, eu falo a hora que eu fiz tal medicação, que este é segundo soro que está correndo, porque a gente faz as coisas e não tem rótulo, não tem nada, no pré-hospitalar tu não identifica nada, é muito rápido, eu falo se eu fiz Midazolam há 5 minutos atrás, porque daí eles sabem que não podem fazer agora. (E-15)

A dimensão (inter) pessoal/profissional da transferência do cuidado

As relações de poder entre as categorias profissionais podem ter efeitos negativos sobre a segurança dos cuidados prestados. Analisando estas relações do ponto de vista comunicacional, compreende-se que, muitas vezes, são determinadas pelas identidades hierárquicas e privilégios profissionais.

Quando o médico está lá brigando e xingando a gente, pedimos para ele ligar para o médico regulador e eles se negam, quando é de médico para médico a coisa muda. Se vão falar um com outro médico é cheio de carinho no telefone e com a equipe, com o paciente e o familiar é outra coisa. (TE-11)

A enfermeira de uma UPA vem nos receber e a médica do SAMU inicia a passagem do caso, e nesse momento chega o médico de plantão, ela interrompe a passagem com a enfermeira e se dirige ao médico. (O-06)

Hoje a gente tem pouca motivação do grupo em participar das capacitações, as pessoas não participam, médicos menos ainda, não existe uma cultura de dizer, todos devem passar pelos treinamentos, existe uma cultura de dizer ao contrário, médicos não precisam passar por treinamentos. Isso é uma coisa que angustia um pouco. (E-15)

A percepção de que a hierarquia interfere diretamente na comunicação entre as equipes, e reflete sobre a segurança dos pacientes, não foi revelada somente pelos profissionais que se sentem desprovidos desse prestígio, mas, também, pelos próprios médicos:

Após um atendimento, o médico fala para mim que uma ambulância avançada é diferente da básica. Com a básica, eles [equipe dos hospitais] não respeitam tanto porque são profissionais de nível técnico, já na avançada são dois profissionais de nível superior. (O-18)

Além da comunicação sofrer interferência das hierarquias profissionais, ela também depende da qualidade do entrosamento entre as equipes e as pessoas. Sentimentos de antipatia e rejeição tendem a diminuir as interações profissionais, resultam em afastamento e prejudicam a comunicação, repercutindo negativamente na segurança do cuidado aos pacientes:

Entre os profissionais têm muita questão de gênio, personalidade, algo de comportamento, não tanto a parte física em si. (E-05) Se está um determinado profissional lá, a gente já sabe que vai ser bem aceito, que vai ter uma conversa boa, se é outro já fica aquele clima tenso, ele mesmo se nega a te escutar, fica aquela coisa, de tu estar falando com ele e ele vira e vai falar com o paciente ou vai fazer outra coisa, não quer escutar o que tu está falando. (TE-11)

Infelizmente o humano atrapalha, porque, se tu tem um médico que é muito fechado, a comunicação não vai acontecer, ninguém aprende, nem tu, nem a equipe e nem salva o paciente. (ME-14)

Os profissionais do SAMU também relataram que a acolhida de quem os recebe no serviço que dará continuidade ao cuidado não é uniforme. O profissionalismo, por vezes, é superado pelo estado de humor que caracteriza o momento vivenciado pelos trabalhadores, interferindo de forma significativa nas transferências do cuidado:

Às vezes, você acha que vai ser muito tranquilo e chega lá está todo mundo emburrado, depende de cada situação, se é dia, noite, final de semana, Natal, Ano Novo. O equipamento pode até falhar, mas isso acontece, mesmo que tu fique fazendo manutenção pode acontecer, mas o que interfere mais é o estado de cada ser humano naquele momento, a situação que foi criada até o paciente chegar nesse momento, na passagem para dentro do hospital [...] Vou te dar um exemplo, como eu trabalho em um hospital isso também acontece. Está um ambiente pesado e o regulador não teve tempo de avisar, chega uma equipe de “sopetão” e tu olha e não tem onde colocar, toda aquela frustração, às vezes, vem à tona, porque nós somos humanos, com nossas virtudes e falhas, então isso é uma coisa que eu noto. (ME-14)

Diante dos aspectos sinalizados, alguns profissionais conseguem identificar estratégias para resgatar o compromisso de oferecer ao paciente um cuidado seguro e de qualidade:

Todos sabem o que tem que fazer, mas essa honestidade, sinceridade e calma para passar é o mais importante, porque, quando a gente fica nervoso, a tendência é esquecer alguma coisa que pode ser realmente importante lá para frente. (ME-14)

Tem aquela situação de que se tu não estás satisfeito, sai, tem muita gente que quer trabalhar, tem gente que tem muito carinho no seu trabalho, agora o paciente não tem culpa, ele tem que ir para alguma porta de entrada. Eu não posso causar um dano a um paciente porque eu estou cansada, porque eu vim de outro emprego, porque eu estou de 24 horas de plantão, o paciente não tem culpa. (E-26)

Vivências e sentimentos de ordem pessoal acompanham o profissional no contexto laboral e, quando inexitem espaços apropriados para esses sentimentos serem elaborados, seja em refúgios privados, como estratégias de enfrentamento, apoio em terapia, ou mesmo na dinâmica

grupais, podem implicar negativamente nas interações técnico-assistenciais que a atividade requer. Os achados denotam a falta de apoio emocional aos profissionais, bem como da padronização de condutas durante a transferência do cuidado pré-hospitalar com vista a qualificar as relações, a atenção e o cuidado ao paciente.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo apontaram circunstâncias nas quais foi possível identificar potenciais riscos para a segurança do paciente durante a transferência do cuidado pré-hospitalar. Os participantes do estudo identificaram os riscos da atuação em movimento, durante o transporte do paciente, e os recursos necessários para viabilizar o trajeto com agilidade e/ou segurança. Reconheceram que as circunstâncias relacionadas com déficit de recursos materiais, a dificuldade diagnóstica, a característica do atendimento pré-hospitalar móvel, as pressões da população, os conflitos entre as equipes, a atitude dos profissionais e a comunicação efetiva interferem na segurança do paciente e, conseqüentemente, na continuidade do cuidado.

A comunicação entre as equipes de saúde é determinante para segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. Falhas de comunicação têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados. Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente.¹⁵

A comunicação fragilizada causa tensão entre as equipes, o que traz implicações para a efetividade da continuidade do cuidado, uma vez que a discordância entre as partes é capaz de gerar conflitos que podem vir a prejudicar o paciente. Os conflitos podem ocorrer interequipes (entre duas equipes diferentes) e intraequipes (na equipe). As suas origens podem ser divergências sobre condutas terapêuticas, ausência de colaboração e ausência de reconhecimento do trabalho do outro.¹⁶

Estudo brasileiro feito com enfermeiros que trabalham no SAMU em um município do Rio Grande do Norte, que analisou os riscos no atendimento pré-hospitalar, apontou dificuldades no acondicionamento de equipamentos e materiais; especificidades do trabalho no atendimento pré-hospitalar móvel; risco de infecção; riscos de traumas e quedas; e riscos para administração de medicamentos.¹⁷ Os riscos para administração de medicamentos foram uma das principais preocupações dos profissionais que participaram do estudo, seguida dos riscos de trauma e quedas, devido às condições atuais das macas do serviço.

Outro estudo brasileiro realizado em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela corrobora esta afirmação, pois os participantes deste estudo mencionaram que a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional, principalmente entre equipe médica e de enfermagem, propicia erros de medicação. O erro relatado pelos enfermeiros, que ocorre com mais frequência, é a troca de medicação, geralmente entre a prescrição e o que está na bomba de infusão.¹⁸

Os erros de prescrição a nível hospitalar têm sido fonte de preocupação, pois os mesmos podem ser favorecidos pela má comunicação e falta de acesso à documentação ou informação dentro das equipes. O uso de novas tecnologias auxiliaria na diminuição de erros de medicamentos, pois as falhas são passíveis de serem mais facilmente detectadas e interceptadas devido ao uso de sistemas eletrônicos e computadorizados para checagem e conferência de medicamentos, incluindo potenciais interações medicamentosas.¹⁹

Em um serviço hospitalar de emergência no Paraná, os enfermeiros relataram que as principais dificuldades estão relacionadas ao déficit de recursos materiais, humanos e físicos frente à grande demanda de pacientes graves, havendo dificuldade na manutenção da privacidade do paciente e na manipulação de equipamentos. A principal interferência na rotina do setor com a presença do paciente crítico foi em relação ao dimensionamento de pessoal.²⁰

Ressalta-se que os profissionais do atendimento pré-hospitalar, devido às condições adversas do ambiente de trabalho, enfrentam situações que os deixam mais vulneráveis a riscos ocupacionais. Elas se referem ao acesso difícil às vítimas, insegurança na cena do acidente, realização de procedimentos com o veículo estático ou em movimento, condições desfavoráveis de luminosidade, chuva, calor, frio, fluxo de veículos, falta de higiene, presença de animais, pessoas agressivas e tumultos sociais. Estes fatores são condições que diferenciam o trabalho do SAMU do realizado no ambiente hospitalar.¹⁷

Em contraponto, como principais riscos ocupacionais no atendimento pré-hospitalar móvel foram apontados os relacionados aos acidentes com perfurocortantes, envolvendo a perfuração com material contaminado após o procedimento de punção venosa. Além disso, foi citado o contato com substâncias químicas, representadas pelo hipoclorito de sódio e o glutaraldeído. Ainda foi identificado o risco referente à colisão automobilística, já que a ambulância segue em alta velocidade para socorrer a vítima no menor tempo possível.²¹

No SAMU do Piauí foi identificado que o maior risco de acidente de trânsito está na colisão de automóveis. Diversos fatores a influenciam, dentre eles: sucateamento da frota de ambulâncias, em decorrência da falta de renovação sistemática, o mau uso da viatura pelos condutores, as “gambiarras” feitas pelas oficinas mecânicas, a qualificação inadequada dos condutores em direção defensiva. Os autores ressaltam o desrespeito da população, que dificulta o tráfego das ambulâncias, eventualmente ocasionando acidentes.²²

Os profissionais que participaram do estudo relataram, ainda, a presença de riscos psicossociais. Estudo desenvolvido com profissionais que atuam nas ambulâncias no Chile, identificou que os principais abusadores verbais são os pacientes, seus familiares e o público em geral, enquanto a maioria dos autores de assédio moral são membros da equipe e colegas externos (unidades de emergência que recebem pacientes que são transferidos por profissionais e técnicos do SAMU). A agressividade pública foi associada à falta de conhecimento sobre como o sistema de saúde funciona, às filas de espera por tratamentos médicos e à gravidade dos problemas de saúde.²³

Estudo brasileiro realizado com profissionais do SAMU de Belo Horizonte identificou que os profissionais trouxeram em seus discursos a percepção da resistência de outros serviços em relação a ele. A justificativa mais referida está pautada no fato de que eles são responsabilizados pelo aumento de volume de trabalho dos serviços hospitalares, o que geraria a insatisfação dos profissionais. Foram constatadas percepções de um relacionamento ruim, associado à receptividade inadequada em Unidades de Pronto Atendimento e hospitais de pronto-socorro.²⁴

A falta de protocolos entre os serviços de urgência também gerou inconformidades entre as equipes. A utilização de protocolos clínico-assistenciais contribui para melhoria da qualidade dos cuidados ao paciente.²⁵ Revisão sistemática da literatura, realizada em serviços de emergência, aborda que, para a melhoria da segurança do paciente, é necessário que as práticas assistenciais estejam baseadas em evidências e utilizem uma abordagem multidisciplinar, a fim de se garantir um cuidado padronizado.²⁶ Dessa forma, evidencia-se que a falta de padronização de protocolos para a continuidade dos cuidados representa importante risco à segurança do paciente, favorecendo erros e fragilizando a comunicação tão crucial na transferência do cuidado.

Existem ainda outros riscos para a segurança do paciente, como erros no diagnóstico, complicações processuais e erros de investigação por parte dos profissionais que atuam nos departamentos de emergência. Estudo realizado na Austrália relatou a dificuldade no diagnóstico do paciente, isso ocorreu em parte pelo fato de que os recursos materiais e tecnológicos disponíveis dentro de uma ambulância são extremamente limitados em relação aos outros serviços da rede, além de que o tempo de atendimento é limitado e o objetivo é prestar atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado. Portanto, o estudo demonstrou que a assertiva no diagnóstico, o desempenho para realização de procedimentos e a interpretação de resultados pode reduzir os erros nos departamentos de emergência.²⁷

No que tange às relações interprofissionais, estudo australiano apontou a importância das boas interações entre os profissionais para uma comunicação efetiva entre duas emergências hospitalares. Ainda, identificaram que comportamentos desdenhosos dos profissionais durante as interações tiveram um impacto negativo na transferência do cuidado.²⁸

Pesquisa brasileira, realizada em um hospital no Rio de Janeiro, avaliou as notificações relacionadas às metas internacionais de segurança do paciente, onde o maior quantitativo de notificações foi relacionado à Cirurgia Segura, seguido da Comunicação Efetiva. As notificações relacionadas à Comunicação Efetiva foram relacionadas à deficiência ou ausência da comunicação, destacando que o contato, mesmo que telefônico, ou até mesmo o retorno do contato, tornam as informações fidedignas, retificam e ratificam as mesmas.²⁹

No que tange às repercussões do comportamento dos profissionais, os resultados de um estudo realizado no Irã convergem aos fatos observados na presente pesquisa. O estudo citado revelou que comportamentos disruptivos foram relatados: os médicos informaram que os enfermeiros têm o comportamento mais perturbador, enquanto os enfermeiros informaram o contrário. Estes achados podem ser devidos à hierarquia ou distância de poder entre eles. Os resultados desse estudo sugerem que médicos e enfermeiros enfrentam conflitos morais, devido às diferenças entre seus próprios valores profissionais e institucionais. Além disso, há um desequilíbrio de poder entre eles devido às diferenças nos seus objetivos de trabalho. Os médicos têm autoridade e responsabilidade suficientes para agir independentemente de outros funcionários, enquanto os enfermeiros não possuem essa independência.³⁰

Os participantes do estudo relataram, ainda, que os erros presentes na transferência do cuidado, muitas vezes, são atribuídos às suas próprias limitações. Estudo realizado com profissionais de unidades de internação pediátricas, de um hospital do Sul do Brasil, elucida que o primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. Um aspecto importante é que, nessa área, os futuros profissionais são preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo improvável. Percebe-se que o contexto da atenção à saúde agrega inúmeras questões culturais, principalmente no ambiente hospitalar, que podem interferir na segurança do paciente como: hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, entre outras.³¹

A construção de parcerias e compromissos mostra-se como um caminho para estimular o desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura de segurança nas instituições. A capacidade de aceitar a possibilidade de um evento adverso se materializar é uma das primeiras atitudes a serem tomadas pelos profissionais da saúde que pretendem evoluir para uma cultura em prol da segurança do paciente. Para favorecer a segurança do paciente, é necessária a promoção de um bom relacionamento e cooperação na equipe, com união, respeito e motivação. Portanto, o trabalho em equipe é um pressuposto para a segurança do paciente.³¹

Esse estudo pode representar um meio de sensibilizar a comunidade científica e instigar para realização de novos estudos voltados para a temática, superando as limitações de delineamento encontradas aqui, as quais não permitem inferir relações de causa e efeito ou mesmo maior abrangência territorial. A escassa literatura nacional de estudos, com foco similar, também foi uma restrição encontrada no momento da discussão. Visto a complexidade dessa temática, e a escassez de literatura, os resultados deste trabalho contribuem para reflexão e discussões sobre a transferência do cuidado e a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar no país.

A partir da análise das circunstâncias intervenientes na comunicação de informações entre as equipes, durante a transferência do cuidado pré-hospitalar, tem-se mais subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na atenção às urgências e emergências, o

que poderá contribuir para o redesenho de estratégias para qualificar o atendimento, a comunicação, a segurança do paciente, a articulação entre os serviços e as transferências entre os serviços da Rede de Atenção às Urgências.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou identificar potenciais riscos para a segurança do paciente durante a transferência do cuidado pré-hospitalar, os quais se referem especialmente à comunicação fragilizada entre as equipes e à falta de protocolos de atendimento que, a exemplo do *checklist* de cirurgia segura, favorecem a atuação integrada e eficaz da equipe. Os pacientes também estão expostos aos riscos inerentes às características deste serviço, como a atuação em movimento durante o transporte, as intempéries e dificuldades diagnósticas relacionadas com a brevidade e os recursos disponíveis do serviço. Os riscos à transferência segura ocorrem devido a recursos materiais escassos e frágeis, mas também devido as inconformidades na comunicação entre as equipes.

No contexto estudado, em que o SAMU atua e transfere o cuidado para os serviços da Rede de Atenção às Urgências, os pacientes muitas vezes não são avaliados com os mesmos critérios adotados por estes profissionais, o que gera conflitos e discussões entre as equipes. A comunicação baseada em hierarquias profissionais, influenciada pelas características pessoais e emocionais de cada trabalhador causam implicações para a segurança dos pacientes durante a transferência do cuidado.

É importante destacar que, diante dos resultados encontrados neste estudo, evidenciaram-se desafios a serem superados na transferência do cuidado pré-hospitalar: qualificar processos de comunicação verbal e escrito, sistematizar e padronizar as transferências do cuidado pré-hospitalar, por meio de checklist, método SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation), e fomentar estratégias de educação permanente envolvendo temáticas de segurança do paciente, com ênfase em transferência do cuidado e comunicação efetiva. Essas estratégias poderão incrementar qualidade e segurança ao cuidado ágil e resolutivo requerido pelo Atendimento pré hospitalar e toda Rede de Urgência e Emergência. Além disso, o estudo realizado aponta para a necessidade de sua replicação e ampliação em outros cenários de atuação, para confrontar e avançar em relação ao conhecimento acerca da transferência do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Hagiwara MA, Nilsson L, Stronsoe A, Axelsson C, Kangstrom A, Herlitz J. Patient safety and patient assessment in pre-hospital care: a study protocol. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jul 08];24(14):327-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751749/>
2. Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jul 20];70(1):146-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0139>.
3. Lambrinos A, Holubowich C. Patient safety learning systems: a systematic review and qualitative synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jul 16];17(3):1-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5357133/>
4. Guise JM, Meckler G, O'brien k, Curry M, Engle P, Dickinson C, et al. Patient safety perceptions in pediatric out-of-hospital emergency care: children's safety initiative. *J Pediatr* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Ago 22];167(5):1143-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26297483>

5. Swinton P, Corfield AR, Moultrie C, Percival D, Proctor J, Sinclair N, et al. Impact of drug and equipment preparation on pre-hospital emergency Anaesthesia (PHEA) procedural time, error rate and cognitive load. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 18];26(1):82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30241559>
6. Dawen JV, Vogt L, Schröder H, Rossaint R, Henze L, Stefan K, et al. The role of a checklist for assessing the quality of basic life support performance: an observational cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 03];26:96. Disponível em: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-018-0564-4>
7. Bache KG, Rehn M, Thompson J. Seven years since defining the top five research priorities in physician-provided pre-hospital critical care – what did it lead to and where are we now? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 28];26:101. Disponível em: <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-018-0562-6>
8. Hagiwara MA, Suserud BO, Jonsson A, Henricson M. Exclusion of context knowledge in the development of prehospital guidelines: results produced by realistic evaluation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jul 19];21:46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23799944>
9. Fisher JD, Freeman K, Clarke A, Spurgeon P, Smyth M, Perkins GD, et al. Patient safety in ambulance services: a scoping review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015 [acesso 2018 Jul 06]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25996021>
10. Panchal AR, Gaither JB, Svirsky I, Prosser B, Stolz U, Spaite DW. The impact of professionalism on transfer of care to the emergency department. *J Emerg Med* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jul 06];49(1):18-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25802157>
11. Streeter AR, Harrington NG. Nurse handoff communication. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 08];33(5):536-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29107526>
12. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Ago 03];22(3):47615 Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615/pdf>
13. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro, RJ (BR): Proqualis, 2016.
14. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. [book review]. 29a ed. Petrópolis, RJ (BR): Vozes; 2010.
15. Pena MM, Melleiro MM. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Set 25];8(3):616-25. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769225432>
16. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional?. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Ago 26];50(4):642-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
17. Castro GLT, Tourinho FSV, Martins MSFV, Medeiros KS, Ilha P, Santos VEP. Proposal for steps towards patient safety in mobile emergency care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 Ago [acesso 2018 Set 15];27(3):e3810016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003810016>
18. Duarte SCM, Queiroz ABA, Buscher A, Stipp MAC. Human error in daily intensive nursing care. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jul 14];23(6):1074-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>
19. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. The medication process, workload and patient safety in inpatient units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Ago 18];49(Spe):43-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700007>

20. Zandomenighi RC, Mouro DL, Oliveira CA, Martins EAP. Intensive care in hospital emergency services: challenges for nurses. *Rev Min Enferm [Internet]*. 2014 [acesso 2018 Ago 17];18(2):404-14. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140031>
21. Sousa ATO, Souza ER, Costa ICP. Riscos ocupacionais no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: produção científica em periódicos online. *Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]*. 2014 [acesso 2018 Ago 17];18(2):167-74. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.02.12>
22. Leite HDCS, Carvalho MTR, Cariman SLS, Araújo ERM, Silva NC, Carvalho AO. Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU. *Enferm Foco [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Jul 24];7(3/4):31-5. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.912>
23. Campo VR, Klijn TP. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2017 [acesso 2018 Set 28];25:e2956. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>
24. Velloso ISC, Araujo MT, Nogueira JD, Alves M. Serviço de atendimento móvel de urgência: o trabalho na vitrine. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2014 [acesso 2019 Ago 19];23(3):538-46. Available from <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000030013>.
25. Azevedo CS, Miranda L, Sá MC, Grabois V, Matta G, Cunha M. Entre protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2018 [acesso 2018 Set 14];34(6):e00043817. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-331X00043817>
26. Hesselink G, Berben S, Beune T, Schoonhoven L. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. *BMJ Open [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Ago 15];6:e009837. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/1/e009837.full.pdf>
27. Hansen K, Schultz T, Crock C, Deakin A, Runciman W, Gosbell A. The Emergency Medicine Events Register: An analysis of the first 150 incidents entered into a novel, online incident reporting registry. *Emerg Med Australas [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Jul 14];28(5):544-50. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1742-6723.12620>
28. Redley B, Botti M, Wood B, Bucknall T. Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australas Emerg Nurs J [Internet]*. 2017 [acesso 2018 Jul 16];20(3):122-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28595847>
29. Silva RR, Magalhães DCS. A utilização da ferramenta de “Notificação de Ocorrências” como parâmetro avaliativo das metas internacionais de segurança do paciente. *Rev Pró-UniverSUS*. 2018;9(1):17-24.
30. Maddneshat M, Rosenstein AH, Akaberi A, Tabatabaeichehr M. Disruptive behaviors in an emergency department: the perspective of physicians and nurses. *J Caring Sci [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Set 18];5(3):241-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045958/>
31. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2016 [acesso 2018 Set 25];20(3):e20160068. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído de dissertação - Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Miorin JD, Dal Pai D.

Coleta de dados: Miorin JD, Dal Pai D, Indruczaki NS.

Análise e interpretação dos dados: Miorin JD, Dal Pai D.

Discussão dos resultados: Miorin JD, Dal Pai D.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Miorin JD, Dal Pai D, Ciconet RM, Lima MADS, Gerhardt, Indruczaki NS.

Revisão e aprovação final da versão final: Miorin JD, Dal Pai D, Ciconet RM, Lima MADS, Gerhardt, Indruczaki NS.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, parecer n. 2.603.469, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 82452318.3.3001.5338

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, parecer n. 2.532.529, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 82452318.3.0000.5347

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 30 de março de 2019.

Aprovado: 04 de setembro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Jeanini Dalcol Miorin

jeaninidmiorin@hotmail.com

ERRATA: TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR E SEUS POTENCIAIS RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

No artigo “**TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR E SEUS POTENCIAIS RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE**”, com número de DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0073>, publicado no periódico Texto & Contexto Enfermagem, volume 29 de 2020, elocation e20190073:

Na identificação do autor, onde se lia: Maria Alice da Silva Dias Lima
Leia-se: Maria Alice Dias da Silva Lima

Na seção “Como citar” onde se lia: Miorin JD, Dal Pai D, Ciconet RM, Lima MADS, Gerhardt, Indruczaki NS.

Leia-se: Miorin JD, Dal Pai D, Ciconet RM, Lima MADS, Gerhardt LM, Indruczaki NS.