

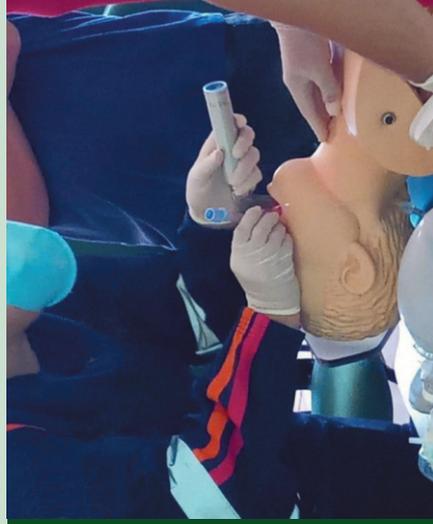


Prof.ª Dra. Therezia Maria Magalhães Moreira

Enfermeira e Advogada, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1A, Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Professora, Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2) Saúde Coletiva; 3) Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPEC-CE-CNPq; Consultora Ad hoc de vários períodos. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde pública-coletiva, tecnologia, doenças crônicas (hipertensão e diabetes) e adesão terapêutica.

ORCID:0000-0003-1424-0649.

## Manual de promoção do clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará



**Este manual contém informações que orientarão trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)-Ceará e gestores no compromisso com a resiliência, no desenvolvimento de capacidades para detectar ameaças inesperadas e contê-las, antes que causem danos aos pacientes ou recuperar-se após sua ocorrência.**



MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Ma. Lize Maria Alencar Nobre



Lize Maria Alencar Nobre

Graduada em enfermagem Bacharel e Licenciatura Plena em Enfermagem, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre do Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde (MEPGES) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Enfermagem Saúde Pública, pela Escola de Saúde Pública de Fortaleza; Gestão em Serviços de Saúde, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e Enfermagem do Trabalho pelo Instituto de Tecnologia Aplicado (INTA), em Sobral. Atualmente trabalha na área assistencial como interventora, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do estado do Ceará.

**Manual de promoção do  
clima de segurança dos  
pacientes assistidos pelo  
SAMU-Ceará**



**Lize Maria Alencar Nobre**

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará – UECE

(AUTORA)

**Thereza Maria Magalhães Moreira**

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará – UFC

(ORIENTADORA)

# Manual de promoção do clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará



Fortaleza

2020

Manual de promoção do clima de segurança dos pacientes  
assistidos pelo SAMU-Ceará

© 2020 Copyright by Lize Maria Alencar Nobre

Impresso no Brasil / Printed In Brazil

Todos os Direitos Reservados a Autora

*Catálogo na Fonte*

N 754 m Nobre, Lize Maria Alencar (Autora)  
Moreira, Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientadora)

Manual de promoção do clima de segurança dos pacientes  
assistidos pelo SAMU – Ceará / Lize Maria Alencar Nobre.-  
Fortaleza: 2020.

102 p. il.;

Isbn: 978-65-00-12420-0

1. Segurança do Paciente. 2. Qualidade da Assistência à  
Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Gestão de Riscos  
I. Título

CDD: 362.104258

# Sumário

Apresentação .....	7
Introdução .....	9
<b>CAPÍTULO 1</b>	
Identificação e clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará .....	21
<b>CAPÍTULO 2</b>	
Eventos Adversos (EA) e clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará .....	37
<b>CAPÍTULO 3</b>	
Qualidade e clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará .....	61
<b>CAPÍTULO 4</b>	
Gestão e clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará .....	77
<b>CAPÍTULO 5</b>	
Protocolo e clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará .....	91



# Apresentação

Este manual contém informações que orientarão trabalhadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)-Ceará e gestores no compromisso com a resiliência, no desenvolvimento de capacidades para detectar ameaças inesperadas e contê-las, antes que causem danos aos pacientes ou recuperar-se após sua ocorrência. Sendo o objetivo geral desse trabalho, analisar o Clima de Segurança dos pacientes assistidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)-Ceará, os trabalhadores poderão sentirem-se confortáveis em chamar atenção para os riscos potenciais ou falhas reais, sem medo de censura ou punição por parte dos gestores.



# Introdução

Nas últimas décadas, o Movimento Internacional para a *Segurança do Paciente* (SP) tem ocupado espaço cada vez mais amplo no debate sobre qualidade e segurança da assistência à saúde ao redor do Brasil e do mundo. A preocupação com a *Segurança do Paciente* (SP), tem sido assunto prioritário na área da saúde, principalmente em organizações de saúde. Embora o cuidado em saúde traga benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de *eventos adversos* (EA) é possível e os pacientes podem sofrer graves consequências deles decorrentes (RIGOBELLO et al. 2012).

A ***Cultura de Segurança*** (CS), do inglês “*Safety Culture*”, passou a ser discutida com maior ênfase, interesse e preocupação após a ocorrência de acidentes de grandes proporções verificados na história mundial.

Este termo foi usado a primeira vez em 1986 pela *Agência Internacional de Energia Atômica* (AIEA) no primeiro relatório técnico do *International Nuclear safety Advisory Group* (INSAG) que apresentou a análise das origens do acidente da usina nuclear Chernobyl, na Ucrânia, uma tragédia nuclear. O termo *Cultura de Segurança* (CS), é utilizado Como específico da *Cultura Organizacional* (CO). Nesse relatório, a *Cultura de Segurança* (CS), foi definida como “o conjunto de características e atitudes das organizações e dos indivíduos, que garante que a segurança de uma

planta nuclear, por sua importância, terá a maior prioridade” (INSAG-4, 1991).

No âmbito da saúde, a *Cultura de Segurança do Paciente* (CSP), foi definida pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) como o produto de valores, atitudes, percepções e competências, grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança das instituições de saúde. Desde então, o termo é utilizado por indústrias de alto risco (FLIN et al., 2006).

Na literatura, o termo “*Clima de Segurança*” (CLS), do inglês “*Safety Climate*” é amplamente discutido na *Segurança do Paciente* (SP), na prestação dos cuidados em organizações de saúde e utilizado como sinônimo de *Cultura de Segurança* (CS). O *Clima de Segurança* (CLS), é compreendido como a parte mensurável do estado da *Cultura de Segurança* (CS) de uma organização, e reflete as percepções individuais e atitudes dos profissionais sobre as questões de segurança do seu local de trabalho em determinado tempo (SEXTON et al., 2006). Implementar a *Cultura de Segurança* (CS), nas organizações de saúde favorece a redução de eventos adversos (EA) e mortalidade, implicando em melhorias na qualidade da assistência (NAVEH et al. 2005).

Em 1991 foi fundado o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), organização sediada em Cambridge-Massachusetts, sem fins lucrativos e com atuação mundial na melhoria dos cuidados com saúde. Cultiva conceitos promissores para melhorar os cuidados aos pacientes e ajudar sistemas de saúde (FONSECA, 2014).

*Segurança do Paciente* (SP), após o relatório do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) “*To Err is Human: building a safer health system*” (“Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”), que refletiu sobre *eventos adversos* (EA), atraindo atenção da mídia e dos profissionais de saúde para construção de um sistema de saúde mais seguro (FONSECA, 2014).

Ao longo da história, diversas personalidades tiveram preocupação com a *Segurança do Paciente* (SP). Hipócrates já falava em não causar dano ao paciente (“Primo Non Nocere”). Em 1847, Ignaz Phillip Semmelweis era responsável pela maternidade de um hospital universitário, onde verificou que a taxa de morte por infecção após o parto era superior nas enfermarias em que as mulheres eram cuidadas pelos estudantes em relação àquelas nas quais os partos eram feitos por enfermeiras.

Ao estudar essa diferença, identificou como causa o fato de os estudantes passarem de procedimentos de autópsias à observação das parturientes, sem a lavagem das mãos. Logo, chamava atenção a importância da higiene das mãos na prevenção da mortalidade materna (MYERS, 2012). No século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, revolucionou a enfermagem e seu ensino, e incentivou mudanças dos cuidados para melhoria da Segurança do Paciente (SP) com a análise das condições dos hospitais ingleses.

Durante a guerra da Criméia, chefiou as primeiras enfermeiras em hospitais de campanha e, com a introdução de mudanças simples na higiene e alimentação dos soldados, provocou diminuição significativa no número de infecções

e mortes. A enfermeira afirmava que a estrutura e a organização dos hospitais influenciava diretamente na recuperação do paciente (LOPES; SANTOS, 2010).

Ao analisar as condições dos soldados na Índia, demonstrou que os problemas de saneamento, contaminação da água, superlotação dos espaços e ventilação incorreta eram responsáveis pelos maus resultados. Alargou as recomendações de melhoria das condições sanitárias ao país para melhorar a saúde do exército e da população em geral. Foi a primeira líder em *Segurança do Paciente* (SP), ao analisar estatística para medir o resultado da assistência e reduzir óbitos preveníveis na guerra de 42% para 2% (LOPES; SANTOS, 2010).

Ernest Amory Codman (1869-1940), cirurgião em Boston, é outra figura incompreendida pelos seus pares durante sua vida pessoal e profissional. Para ele, o trabalho desenvolvido pelos médicos era limitado, faltando-lhe avaliar o resultado de suas cirurgias. Descontente com o hospital onde trabalhava, fundou um hospital privado onde sistematicamente acompanhou os pacientes que operava, marcando erros de diagnóstico e tratamento, e monitorizando os resultados alcançados (NEUHAUSER, 2002).

Num período de cinco anos, houve registo do número e tipo dos erros ocorridos, classificando-os em falta de conhecimento ou habilidade técnica, julgamento cirúrgico, falta de cuidados ou equipamento e falta de competências para diagnosticar. Em seus estudos também incluiu situações que classificou como calamidades cirúrgicas e complicações que fugiam ao controle, recomendando que

essas últimas fossem conhecidas dos profissionais e do público, e estudadas para serem prevenidas. Todos tiveram suas teorias rejeitadas pela comunidade científica da época (MYERS, 2012).

A questão dos erros e dos eventos adversos (EA) é estudada há mais de 1 século. Os eventos adversos (EA), são considerados incidentes, que resultam em danos à saúde (ANVISA, 2013). O campo da *Segurança do Paciente* (SP), também envolve falhas de atenção que não gerou danos, mas poderiam ter gerado (*near miss*) (ANVISA, 2014)

A *Segurança do Paciente* (SP) é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Desde 2004 a Anvisa incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), (ANVISA, 2014). No país, o **Programa Nacional de Segurança do Paciente** (PNSP) foi instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Portaria GM/MS nº. 529 de 1º de abril de 2013 (PORTARIA, 2013). Este documento, tem como objetivo, contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (LUEDY et al, 2018).

A fim de atingir os objetivos do programa, e para facilitar a implantação, implementação e sustentação das ações de *Segurança do Paciente* (SP), nos serviços de saúde, a Anvisa publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25/07/2013, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde, sejam

eles públicos ou privados, filatropicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (PROADESS, 2014).

No Brasil, ainda são poucos os estudos de *Cultura de Segurança* (CS) e *Clima de Segurança do Paciente* (CLS), realizados na área do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), os quais são necessários para permitir aos profissionais da urgência/ emergência, a compreensão dos aspectos para promoção de um *Clima de Segurança do Paciente* (CLS) satisfatório. Possivelmente a insuficiência de estudos brasileiros sobre APHM justifique-se pela recente criação da política pública de atenção às urgências, publicada em 2003 e reformulada em 2011, quando foi instituída a Rede de Atenção às urgências .

Comentando um pouco sobre a história do APHM no mundo, destacamos alguns dos principais acontecimentos. O APH nasceu da necessidade de prestar atendimento imediato, provendo resposta adequada às situações que ocorrem fora do ambiente hospitalar (MARTINI,1989). O APHM é definido como conjunto de procedimentos técnicos prestados a uma vítima de acidente/doença, no menor tempo possível .

Na França, foram formadas nos anos de 1950 as equipes de reanimação, provendo socorro em acidentes e realizando transferência hospitalar de pacientes graves. O sucesso dessas primeiras experiências levou à proliferação dessas equipes pelo país na década de 1960, quando um decreto federal criou formalmente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Reanimação ligado a hospitais (SMUR).

Em 1968 foi criado o SAMU (Service d'Aide Medicale Urgente) para coordenar as atividades dos Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), sendo um sistema abrangente com regulação médica das necessidades e dos recursos (MARTINI, 1989).

Em 1986, o SAMU foi regulamentado como sistema responsável pela atividade de atendimento às urgências e transporte inter- hospitalar (MARTINI,1989). O SAMU do Brasil foi inspirado no modelo francês de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), por adotar a regulação médica, como prática para o acolhimento e avaliação das necessidades dos usuários que demandam o serviço, podendo ou não enviarmeios para o atendimento. A constituição das equipes e configuração das unidades móveis têm peculiaridades que diferem o modelo brasileiro dos demais.

Em Setembro de 2003, com a portaria nº 1864-GM, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação do componente móvel de urgência com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)-192, para proteger a vida do indivíduo pelo socorro rápido em situações de risco de morte, tendo como objetivo estabilizar as condições vitais, reduzir risco de morbimortalidade e transportar ao hospital de referência com segurança.

O SAMU dispõe de Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), que atende paciente com risco de morte desconhecido, com medidas conservadoras não invasivas; e a Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA), que atende paciente em risco de morte, com medidas invasivas ou não (MACHADO,BAPTISTE e NOGUEIRA, 2011).

Este cenário é um desafio mundial e compreender os fatores que contribuem para a *Segurança do Paciente* (SP) é fundamental para implantar medidas que tornem o cuidado mais seguro. A relevância do tema, aliada à existência de lacunas relacionadas à avaliação do *Clima de Segurança do Paciente* (CLS), no contexto do APHM em nosso país motivou a realização deste estudo.

Tornou-se relevante conhecer o Clima de Segurança dos Pacientes Assistidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)- Ceará, bem como os valores e atitudes dos profissionais inseridos nesse contexto, pois o clima e a cultura voltada para a *Segurança do Paciente* (SP) busca reconduzir a um novo padrão de assistência à saúde. A partir do exposto, identifica-se a necessidade de ampliar as ações previstas na legislação para o cuidado destinado aos pacientes atendidos por equipes de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APHM).

Este Manual foi construído a partir das recomendações descritas nos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e de práticas assistenciais vivenciadas pela autora. O objetivo é servir de material de consulta para a prática de condutas adotada durante o atendimento ao paciente em situações de urgência e emergência.

## Referências

AGÊNCIA INTERNACIONAL DE ENERGIA ATÔMICA. Safety Culture. **Safety séries** n° 75, Insag, Viena, 1991.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA. 2014. (No prelo).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Mód.1: Introdução à Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA. 2016. Brasil.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° .36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul 2013.

GONZÁLEZ-ROMÁ, V, PEIRÓ, J.M, LLORETS, *et al*. The validity of collective climates. **J Occup Organ Psychol**. v.72, n.1, p. 25-40, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human** [Internet]. 1999. [cited 2017 Oct 19]. Available from: [http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report\\_Files/1999/To-Err-is-Human/To-Err-is-Human\\_Summary\\_Report.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report_Files/1999/To-Err-is-Human/To-Err-is-Human_Summary_Report.pdf). International Nuclear Safety Group. Summary report on the postaccident review meeting on the Chernobyl accident. Viena: International Atomic Energy Agency; 1986. (INSAG Series; 1).

LOPES, L.M.M., SANTOS, S.M.P. Florence Nightingale: Aposentamentos sobre a fundadora da Enfermagem moderna. **Rev Enf Ref**, v.ser III, n.2, p.181-189, 2010.

MACHADO, C.V, BAPTISTA, T.W.F., NOGUEIRA, C.O. Políticas de Saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MARTINI, A.C.T. **Sistema integrado de assistência às emergências no Estado de São Paulo**. São Paulo: Assistance integrable system emergencies at São Paulo State. Secretaria de Saúde; jan.1989.37p. tab.

MYERS, S.A. **Patient safety and hospital accreditation: a model for ensuring success**. New York: Springer Publishing, 2012.

NAVEH E, Katz-Navon T, STERN Z. Treatment errors in healthcare: a safety climate approach. **Manage Sci**. v.51, n. 6, p.948-60. 2005.

NEUHAUSER, D. Heroes and martyrs of quality and safety: Ernest amory Codmanm D. **Qual Saf HealthCare**,v.11, p. 1045, 2002. Acesso em: 20 ago.2013

PORTARIA nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 2 abr 2013.

PROADESS/MS. (s.d.). **Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**. Acesso em: 06 out. 2014. Disponível em:<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>.

RIGOBELL, M.C, CARVALHO, R.E, CASSIANI, S.H, *et al*. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.25, v.5, p.728-35. 2012.

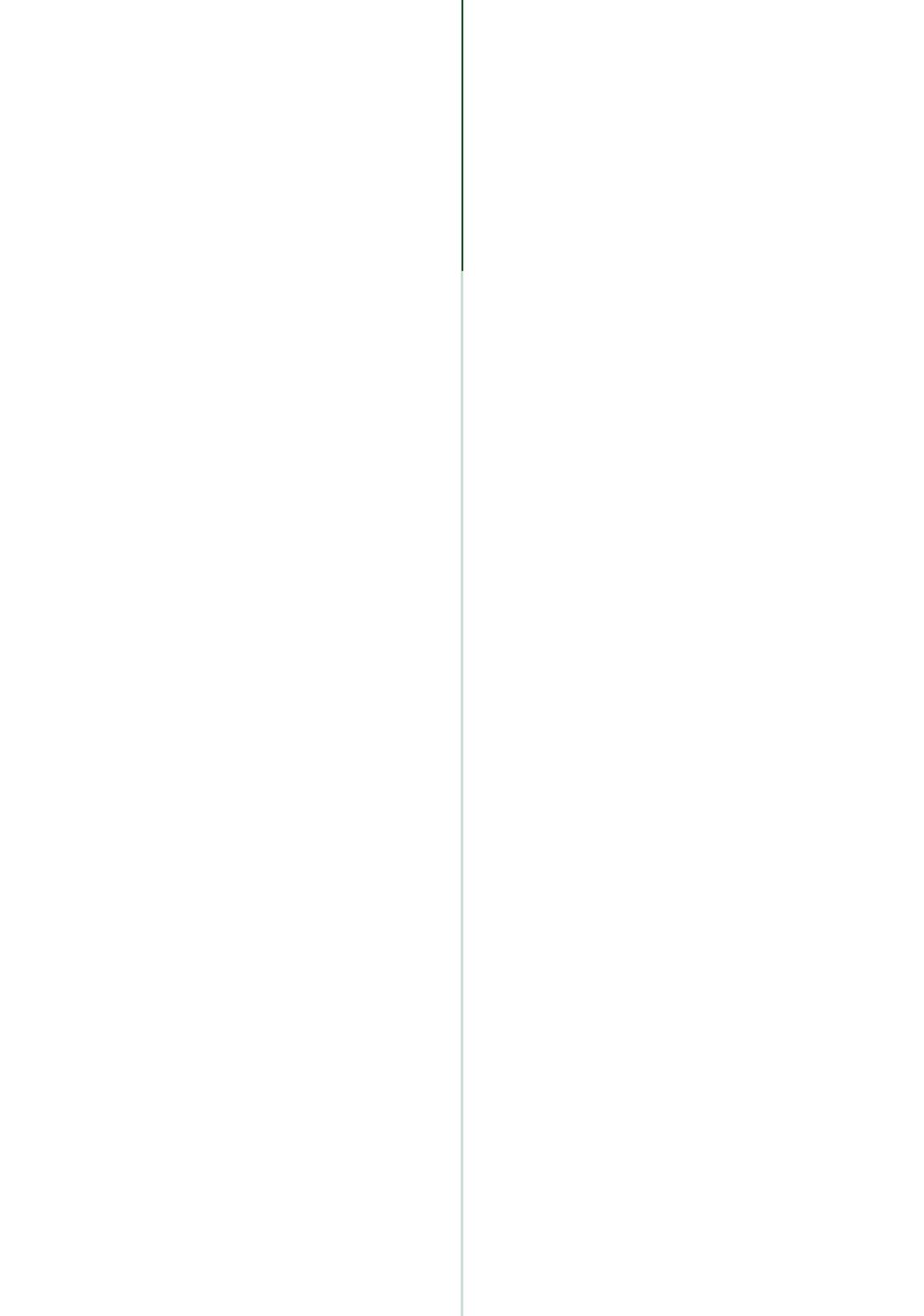
SANTOS, M.C. dos *et al*. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios- **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa,v. 10, 2010,p. 47-57. ISSN 0870-9025.

SEXTON, J., HELMREICH R, NEILANDS, T., *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Serv Res.** v.6: 44. 2006

FLIN, R., BURNS, C., MEARNNS, K., *et al.* Measuring safety climate in healthcare. **Qual Saf Health Care.** v.15, n. 2, p.109-15. 2006.

FONSECA, A.S., PETERLINI, F.L., COSTA, D.A. **Segurança do Paciente, (Hospital São Camilo)**, São Paulo (SP): Martinari, 2014. 276 p.

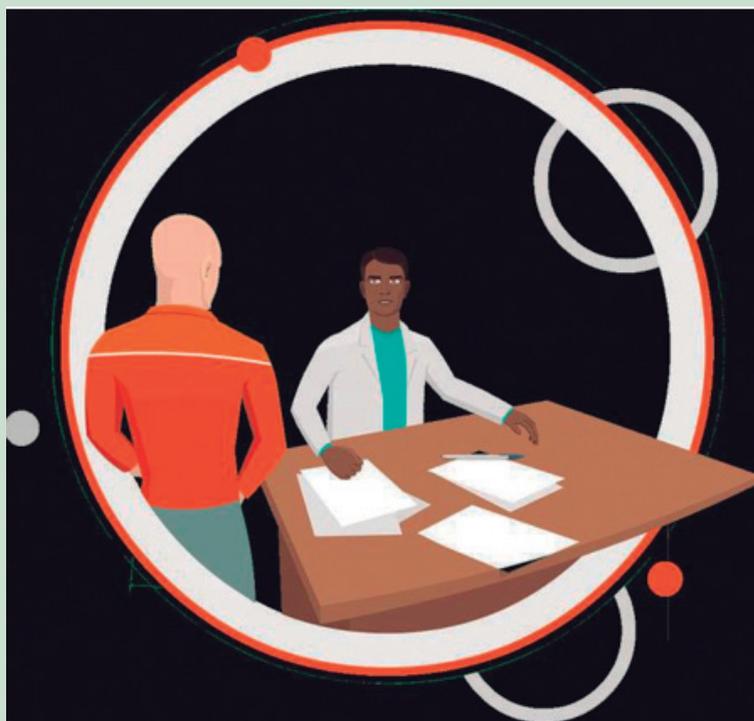
BRASIL.Ministério da Saúde- MS. Portaria nº 1.864/GM do MS, 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.**



Capítulo

1

# Identificação e Clima de Segurança dos Pacientes Assistidos pelo SAMU-CE





Para aprimoramento e qualificação do programa, o Ministério da Saúde (MS), Anvisa e Fiocruz publicaram Protocolos Básicos de SP, sendo um deles o de *Identificação do Paciente (IP)* (MS/ANVISA, 2014).

Assim, foi criada a Portaria nº 2.095/2013, que aprova o protocolo de identificação do paciente e, segundo a RDC nº 36/ 2013, dispõe sobre as ações de SP em serviços de saúde do país. Todos os serviços devem adotar o *Protocolo de Identificação do Paciente* (ANVISA, 2017). Com o objetivo de minimizar a ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com protocolos e diretrizes capazes de promover uma assistência mais segura e com qualidade.

Logo, a Identificação do paciente (IP) está prevista na Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre *Os Direitos dos Pacientes* e prevê que o paciente tem direito de ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, não devendo ser identificado por números ou códigos (ANVISA, 2017).

Portanto, a identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele (a) é destinado um determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo falhas e enganos que o possam lesar. Pela identificação correta são evitados erros, como aqueles ligados à administração de fármacos, diagnósticos, informações e transfusão sanguínea (ANVISA, 2017).

Para a Anvisa (2017), a identificação de todos os pacientes deve ser realizada em sua admissão no serviço. Normalmente, se dá por meio de uma pulseira colocada, geralmente, no pulso do paciente. Esta pulseira deve permanecer

com ele durante todo o tempo em que estiver na unidade de saúde e submetido a tratamento e cuidado. É recomendável utilizar pulseira com, pelo menos, dois identificadores (nome completo e data de nascimento, por exemplo).

Com relação a *Identificação do Recém-Nascido (RN)*, requer cuidados especiais e adicionais. A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe/pai e o número do prontuário do recém-nascido (RN), bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde.

A confirmação da Identificação do Paciente (IP), deve ser realizada antes da realização de qualquer procedimento ou cuidado, como por exemplo, antes da administração de fármacos, transfusão de sangue e hemoderivados, coleta de material para exame ou entrega de resultados, diagnósticos, administrar dieta, realização de cirurgias, entrega e transferências de RN, bebês e crianças no APH fixo/móvel (ANVISA, 2017).

Protocolos de manutenção da IP durante os processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos devem ser estabelecidos, bem como aqueles que possibilitem ao profissional checar e questionar o laboratório quando resultados/outros achados divulgados não sejam condizentes com a clínica do paciente (WHO, 2007).

Cabe ao profissional responsável pelo cuidado perguntar o nome completo do paciente/familiar/ responsável ou acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, guia de transferência, prontuário, solicitação ou realização de exames, ou com o rótulo do material a ser utilizado (ANVISA, 2017).

A correta identificação promove a *Segurança do Paciente (SP)* e a *Qualidade nos Serviços de Saúde*, e este conhecimento pode apoiar o trabalho em vigilância sanitária, auxiliando no estabelecimento de estratégias e ações de gestão de risco para a IP em serviços de saúde.

A identificação incorreta do paciente é cada vez mais reconhecida como um problema mundial significativo que constitui um dos mais graves riscos para a *Segurança do Paciente (SP)*, impactando na qualidade do cuidado oferecido em instituições de atendimento à saúde (ANVISA, 2017).

Para Harada (2002), a presença do acompanhante é entendida como importante parceiro da equipe multidisciplinar para auxiliar na melhoria da qualidade do cuidado. Os resultados da prestação da assistência melhoram quando paciente e familiar ou aquele que toma decisões em seu nome são envolvidos no processo e nas decisões sobre o cuidado, em procedimentos e intervenções segundo expectativas culturais.

Os pacientes internados em unidades de urgência e emergência se sentem seguros em relação aos profissionais. Dentre as condutas seguras, destacam-se: os profissionais confirmam o nome, explicam claramente os procedimentos, orientam sobre possíveis complicações, mostram habilidade na realização de procedimentos e consultam a prescrição (MOURA et al., 2017).

Para a ANVISA (2014), a identificação de todos os pacientes, seja em regime de hospital dia, internação ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório, deve ser realizada em sua admissão no serviço através de pulseira de identificação, pelo prontuário ou etiquetas de identifica-

ção. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado, devendo a identificação ser removida apenas no momento da alta.

Se o paciente encontra-se impossibilitado de se comunicar devido a idade, etnia ou condições físicas e clínicas (como, por exemplo, crianças pequenas, pacientes confusos ou inconscientes ou que não falam a língua nativa do local de atendimento), torna-se extremamente relevante que algum mecanismo de identificação apropriado a essas condições seja adotado para auxiliar na sua identificação (CJT, 2014).

A identidade desses pacientes pode ser verificada com acompanhantes, parentes ou conhecidos, intérpretes, quando apropriado, ou pela verificação de outras formas de identificação, como, por exemplo, carteira de motorista ou outros documentos que a pessoa esteja portando.

Para pacientes inconscientes ou irresponsivos, cuja capacidade de comunicação está abolida, e para os quais momentaneamente não há como confirmar sua identidade, deve-se atribuir um “nome temporário” e um número de identificação. A ausência de um processo padronizado de identificação do paciente (IP) nos serviços de saúde contribui para a ocorrência de falhas. As práticas recomendadas no intra-hospitalar, para reduzir incidentes envolvem a utilização de pulseiras de identificação no braço do paciente, com a conferência dos identificadores com foto: nome completo, idade, número de um documento (RG, CPF, carteira de motorista, carteira de trabalho). A checagem da identificação deve ser feita por todos os profissionais de saúde que estiverem prestando atendimento e a cada troca de plantão, antes da realização de exames, procedimentos e administração de medicamentos.<sup>3</sup>

Para o APHM, existem situações distintas, relacionadas ao número e nível de consciência das vítimas. Por se tratar de ocorrências que podem acontecer em ambientes diversos, nem sempre as vítimas portam documentos, estão em local onde pode ser fornecido o endereço, podem estar inconscientes e sem acompanhantes para o fornecimento adequado das informações.

Classificação de Riscos para a Segurança do Paciente no APHM			
	RISCOS FÍSICOS	RISCO DE PROCESSO	RISCOS GESTÃO
RISCO MODERADO	ORGANIZAÇÃO DE MATERIAIS	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	PREVISÃO E PROVISÃO DE MATERIAIS
	CALOR E UMIDADE	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL	DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE
	ILUMINAÇÃO		
ALTO RISCO	DISPOSIÇÃO E FIXAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM AMV	TREINAMENTOS E CAPACITAÇÕES
	RESTRIÇÃO DE ESPAÇO FÍSICO	ADM. DE MEDICAMENTOS	
		UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	

Fonte: APH, Salvador- Bahia, 2018

Recomendações de identificação do paciente (IP) por grau de risco e número de vítimas NO APHM		
Situação	Grau de risco	Recomendação
Vítima única consciente orientada	Baixo	Registrar nome completo na ficha de APH. Confirmar endereço, solicitar documentos (RG e outros con foto)
Vítima única inconsciente ou desorientada	Moderado	Se documentos encontrados. Registrar nome completo na ficha APH. Na ausência de documentos registrar o endereço onde ocorreu o atendimento
Duas ou mais vítimas conscientes e desorientadas	Moderado	Registrar nome completo na ficha de APH. Confirmar endereço, solicitar documentos, utilizar pulseiras de identificação
Duas ou mais vítimas inconscientes e desorientadas	Alto	Se documentos encontrados. Registrar nome completo na ficha APH. Na ausência de documentos registrar o endereço onde ocorreu o atendimento, utilizar pulseiras de identificação
Múltiplas vítimas	Alto	Pulseiras de identificação, atentar para protocolo AMV - utilização de formulários específicos

Fonte: APH, Salvador- Bahia, 2018

## Direitos dos Pacientes no APHM e no APHF

São direitos básicos que devem ser conhecidos pelos usuários dos serviços de saúde para o ingresso digno, atendimento seguro e de qualidade nos sistemas de saúde, sejam eles públicos, filantrópicos ou privados, segundo ANVISA (2017).

## São direitos principais dos usuários dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), NO APHM E NO APHF

Ter acesso às ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da sua saúde.

Ter acesso gratuito aos medicamentos necessários para tratar e restabelecer sua saúde

Ter acesso ao atendimento ambulatorial em tempo razoável para não prejudicar sua saúde

Ser atendido, com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e equipado para o atendimento.

Ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

Ser acompanhado por pessoa indicada por você, se assim desejar, nas consultas e exames, durante todo o período de trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato. As crianças e os adolescentes têm direito a permanecer acompanhados o tempo todo, inclusive durante a internação.

Identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

Ter autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida; consentir ou recusar, de forma voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos, diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a serem realizados.

Ter uma segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento, podendo, inclusive, trocar de médico, hospital ou instituição de saúde.

---

Ter garantias de proteção à sua vida privada, ao sigilo e à confidencialidade de todas as informações sobre seu estado de saúde, dados pessoais que o identifiquem, no armazenamento, registro e transmissão de informações, inclusive sangue, tecidos e outras substâncias que possam fornecer dados identificáveis

Receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, urgência, duração e alternativas de solução

Ter anotadas no prontuário, em qualquer circunstância, todas as informações relevantes sobre sua saúde, de forma legível, clara e precisa, incluindo medicações com horários e dosagens utilizadas, risco de alergias e outros efeitos colaterais, registro de quantidade e procedência do sangue recebido, exames e procedimentos efetuados.

Receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas, digitadas ou escritas em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão.

Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, o atestado de origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

Recorrer aos órgãos de classe e conselhos de fiscalização profissional, visando a denúncia e posterior instauração de processo ético disciplinar diante de possível erro, omissão ou negligência de médicos e demais profissionais de saúde durante qualquer etapa do atendimento ou tratamento

Recorrer à Justiça para fazer valer seus direitos à assistência integral à saúde.

---

Fontes: ANVISA, 2017.

**Pela correta IDENTIFICAÇÃO do paciente (IP),  
NO APHM E NO APHF podemos evitar**

Que sejam administrados medicamentos errados;

Que exames diagnósticos deixem de ser realizados ou sejam realizados sem necessidade;

Que ocorra entrega do bebê à família errada;

Que sejam feitas cirurgias erradas ou em pacientes errados;

Que os erros de identificação do paciente possam ocorrer em todas as fases da internação, diagnóstico e do tratamento;

Que ocorra erros de identificação de amostras de exames;

Que ocorra oferta incorreta de nutrição;

Que alguns fatores possam aumentar os riscos de falha na identificação do paciente, como: estado de consciência do paciente e mudanças de leito;

Que a identificação do paciente deve ser realizada em todos os ambientes de prestação de cuidado à saúde nos quais sejam realizados procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, por exemplo: internação, ambulatório, salas de emergência, laboratório de exames, balcão da Drogeria, entre outros;

Que o número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estadia do paciente no serviço;

Que o paciente sempre deve ser identificado por seu nome completo, sem o uso de abreviaturas. Esta regra é válida para todos “dispositivos” que identificam o paciente, como pulseiras, prontuários, etiquetas de identificação do medicamento, em placas de identificação do leito, em prescrições e pedidos de exames, entre outros;

Que os maiores problemas acontecem em pacientes inconscientes, bebês e crianças, pacientes com deficiência auditiva, mental ou cognitiva, pacientes com nomes parecidos ou iguais.

---

Que o aumento do risco potencial para ocorrência de emissão de resultados ou laudos atribuídos a paciente errado com prolongamento para o início do tratamento nos casos de resultados incorretos;

Que a realização de procedimentos ou tratamentos repetidos no mesmo paciente ou a não realização decorrente de falha de comunicação entre a equipe e ausência de verificação da identidade do paciente, contribuindo para a piora do estado clínico do paciente;

Que ocorra danos diretos ao paciente;

Que ocorra desconforto adicional, estresse e ansiedade tanto para o paciente, família, como para a equipe multiprofissional.

---

Fontes: ANVISA, 2017 e FALKES, 2014.

Importante destacar que os direitos dos pacientes são salvaguardados pelos direitos humanos. O que rege a Constituição Federal e os códigos de ética das diversas áreas profissionais, bem como a *Cartilha dos Direitos do Paciente* (SESP, 2005).

Dentre aspectos éticos e legais que devem ser observados durante o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), no que se refere ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), encontra-se a questão do Consentimento Informado. Quando a vítima se encontra vulnerável, a equipe de APH Fixo/Móvel deve prover avaliação de suas condições e, quando julgadas críticas ou em risco de morte, o consentimento informado poderá ser dispensado. Pode-se solicitar a participação do responsável pela vítima no consentimento informado (GOLDIN, 2004).

Mesmo após a publicação de diversos estudos e da maior atenção oferecida pelas instituições de saúde à IP, ainda constitui fator responsável pela ocorrência de erros durante a assistência à saúde. Assim, a The Joint Commis-

sion (TJC) propõe como meta a melhoria da acurácia da identificação do paciente para identificar com segurança a quem o tratamento ou serviço se destina e confirmar que o tratamento ou o serviço é realmente destinado àquele paciente (CJT, 2014).

Moura (2017) acredita ser necessário qualificar os profissionais que prestam atendimento para que eles estejam abertos ao diálogo. Assim, mesmo quando determinado profissional de saúde não esteja disponível para prestar atendimento, outro profissional da equipe seja apto a realizar o cuidado segundo o nível de competência, garantindo que os pacientes que procuram as unidades de saúde sejam acolhidos com segurança e qualidade assistencial.

Ressalta-se, ainda, que a busca por um modelo assistencial seguro, efetivo, oportuno, eficiente, equitativo e centrado no paciente é uma questão de exercício de cidadania pelos profissionais de saúde, governantes e gestores (BRANCO, 2014). Desta forma, tornar o sistema de saúde mais seguro é criar políticas e mecanismos capazes de contribuir para que a equipe de saúde possa usar o máximo da capacidade e competência para atender às necessidades de saúde dos pacientes (PETERLINI, 2014).

## Referências

BRANCO FILHO, J.R.C. Segurança do paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A.S., PETERLINI, F.L, COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari; 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Chapter-Falkes PL. **Patient identification**. Disponível em: [http://www.camlt.org/pdf\\_files/forms/963-form.pdf](http://www.camlt.org/pdf_files/forms/963-form.pdf). Acesso em: 12 mar. 2014.

GOLDIM, J.R. **Pesquisa em emergência**. Rio Grande do Sul. 2001. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/pesqemer.htm>. Acesso em: 25 nov. 2004.

HARADA, M.J.C.S. **Ocorrências adversas da prática de enfermagem em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**. [Tese]. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo; 2002. Lei Nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei%20n.10.241,%20de%2017.03.1999.html> Acesso em: 17 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. **Protocolo de identificação do paciente**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Segura%C3%A7a%20na%20Prescri%C3%A7%C3%A3o,%20uso%20e%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20de%20Medicamentos.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. **Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html). Acesso em: 17 mar. 2014.

MOURA, L.R.P., ROCHA, E.S.B., MOURA, M.E.B. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam**, v.5, n.6, p.169-86. 2013. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3445/pdf\\_1144](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3445/pdf_1144). Acesso em: 29 mar. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**. Brasília: Anvisa, 2017.

PETERLINI, F.L., SAES, A.C. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A.S., PETERLINI, F.L., COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari; 2014.,

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SESP. **Cartilha dos Direitos do Paciente**. 2. ed. São Paulo: Fórum de Portadores de Patologias do Estado de São Paulo, 2005.

THE JOINT COMISSION. **National Patient Safety Goals Effective**. Acesso em 10 mar. 2014. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAH\\_NPSG\\_](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/CAH_NPSG_)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety solutions**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

NATIONAL SAFETY AND QUALITY HEALTH SERVICE STANDARDS. Standard 5. **Patient Identification and Procedure Matching.** Disponível em: [http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/3c4b3d804f5c3b828987cd330cda8a00/5\\_Patient+Identification+and+Procedure+ARG\\_v2\\_Feb+2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3c4b3d804f5c3b828987cd330cda8a00](http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/3c4b3d804f5c3b828987cd330cda8a00/5_Patient+Identification+and+Procedure+ARG_v2_Feb+2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3c4b3d804f5c3b828987cd330cda8a00). Acesso em: 12 mar.2014.

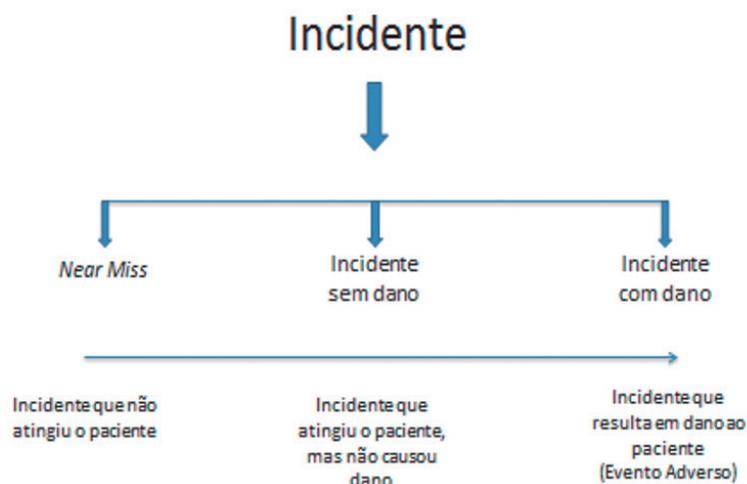
## Eventos Adversos (EA) e Clima de Segurança dos Pacientes Assistidos Pelo SAMU-CE





Para Anvisa (2016), evento adverso (EA) é diferente do erro. Define-se evento adverso (EA) como qualquer incidente, que resulta em dano ao paciente, ocorrido durante a prestação do cuidado em serviços de saúde. O erro é uma falha em executar um plano de ação como pretendido. Erros são, por definição, não intencionais, enquanto violações são atos intencionais. Qualquer procedimento pode ser seguido de um evento adverso (EA), sem que tenha ocorrido erro de técnica ou conduta.

A questão dos erros e dos eventos adversos (EA) tem sido estudada há mais de um século. Os eventos adversos (EA) são considerados incidentes que resultam em danos à saúde (ANVISA, 2013). Destaque-se que o campo da *Segurança do Paciente* (SP), também envolve falhas da atenção que não causaram danos, mas poderiam tê-lo feito (*near misses*) (ANVISA, 2014).



Fonte: Proqualis, 2014.

Para o Ministério da Saúde, Anvisa (2013), *Segurança do Paciente* (SP) é a prevenção de possíveis danos causados

durante a realização de cuidados à saúde dos pacientes e demais sujeitos envolvidos nesse processo, que estão sempre susceptíveis a uma cadeia de erros, devido à complexidade dos fatores que envolvem o cuidado.

Ciconet (2012) diz que o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), por ser área específica e de amplo conhecimento, requer dos profissionais formação compatível com a realidade dos atendimentos solicitados pela população. Engloba várias classes profissionais, c/ práticas e saberes específicos, formando equipes inter-relacionadas, que resultam em atos desenvolvidos por cada um deles e por todos, preparadas para assistir qualquer agravo em todas as faixas etárias. Assim, o conhecimento técnico é o dominante de todos e transcorre todas as categorias, considerando-se especificidade, competência e responsabilidade de cada membro da equipe.

Uma das características do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM) é a realização do atendimento precoce às vítimas, após agravo à sua saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica, que gere sofrimento, sequelas ou morte, requisitando atendimento e/ou transporte adequado a serviço de saúde hierarquizado, para prestação de serviço rápido, com qualidade e segurança (MS, 2004).

O paciente submetido ao serviço de saúde corre risco de sofrer danos relacionados à assistência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2004, a Aliança Mundial pela *Segurança do Paciente* (SP), visando coordenar, disseminar e acelerar melhorias para *Segurança do Paciente* (SP) mundialmente (HWO, 2012). Embora essas ações sejam diretrizes para qualidade na *Segurança do Paciente* (SP), ainda não são definidos por instituições internacionais planos de ações para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), para Pedreira et al (2009).

## Medicação no APHM

A preocupação com o impacto dos erros de medicação na *Segurança do Paciente* (SP) é dos profissionais de enfermagem, que devem assegurar aos pacientes uma assistência livre de imprudência, imperícia ou negligência. Mas os erros relacionados à administração de fármacos ocorrem em muitos hospitais e podem trazer sérias consequências a pacientes, instituições e profissionais (RICHARD et al, 2013).



Fonte: APHM, Salvador- Bahia, 2018.

Erros de medicação são “qualquer incidente previsível, que possa causar dano ao paciente ou dê lugar à utilização inapropriada dos fármacos, quando sob controle de profissionais. Esses incidentes se relacionam com prática profissional, procedimentos ou sistemas, incluindo falhas na prescrição, comunicação, etiquetagem, envasamento, denominação, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, seguimento e utilização” (SANTOS et al. 2014). O Atendimento Pré- Hospitalar Móvel (APHM), com suas peculiaridades quanto à precariedade dos locais de atendimento, à gestão durante ações inesperadas e ao estresse que os profissionais são submetidos, faz com que todas as características do erro descritas fiquem mais propensas de acontecer.

Estudo brasileiro da prevalência de incidentes com medicamentos, verificou que 66,5% dos erros de medicação se deram em administração intravenosa (SILVA et al. 2011). Os erros associados à assistência à saúde podem acontecer em instituições públicas e privadas, seja no Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (APHF) ou Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), correm durante manuseio medicamentoso, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos, equipamentos médicos, exames ou resultados laboratoriais (REIS et al. 2012).

Sempre: conferir validade, nome, indicação ou não de diluição, velocidade de infusão e via de administração. A prescrição do medicamento deve ser repetida oralmente, de forma clara, pelo enfermeiro que irá administrá-lo. Quando diluídas, as medicações em seringas ou soluções, devem ser identificadas com nome do medicamento e a diluição; Se sobrar alguma dose, esta deve ser desprezada, imediatamente, após a finalização da ocorrência. Vale ressaltar a importância da identificação dos armários e mochilas dos medicamentos

para PCR, psicotrópicos, drogas vasoativas e outros, como por exemplo trombolíticos, antiarrítmicos, com cores diferentes ou em compartimentos separados (LUEDY et al. 2018).

Nos eventos adversos (EA) de procedimentos invasivos, como tratamento de vias aéreas no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), os erros são comuns e potencialmente prejudiciais. Estudos e opiniões destacam outros riscos para *Segurança do Paciente* (SP), como manuseio incorreto de equipamentos, mau funcionamento destes, má gestão médica e desvios de protocolo. Estes fatos frequentemente provocam estresse e esgotamento, implicando diretamente na segurança da assistência (THOMAZ et al. 2012).

Na saúde, o erro pode decorrer de fatores isolados ou não, inerentes ao paciente, instituição, finanças e recursos estruturais (planta física, equipamento, recursos humanos) (HARADA, 2006). O primeiro passo para identificar e prevenir tal erro é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, seus tipos, causa e consequência (CARVALHO et al. 2002).

Para Khater et al. (2015), os eventos adversos (EA) com danos tornaram-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo nosso dever transformar o sistema de saúde em um modelo assistencial seguro, efetivo, oportuno, eficiente, equitativo e centrado no paciente. Mas, ainda existe uma cultura punitiva e de culpa em muitos serviços de saúde, que resulta na subnotificação de erros pela equipe. Falhas na comunicação entre as unidades do hospital e trocas de turnos das Nessa premissa, as exposições de riscos de contaminação e infecção, alguns autores mencionam que as superfícies carream um risco mínimo de transmissão direta de infecção.

É necessário o estabelecimento de uma cultura justa com comunicação aberta (KHATER et al. 2015). A comu-

nicação é essencial na cultura da organização e corresponde a uma rede de relações e papéis informais onde todos respondem pela qualidade/quantidade das informações circulantes na instituição (ZAVAREZE, 2008). Melhorias na comunicação dos incidentes ocorridos e no *feedback* à equipe são necessárias e produzem aprendizado (BALLANGRUD; HEDELIN; HALL-LORD, 2012).

Promover uma cultura capaz de alcançar objetivos e metas estabelecidos pelos gestores e motivar os colaboradores envolvidos é um requisito (ZAVAREZE, 2008). A gestão de pessoas deve ter papel estratégico na organização, constituindo vínculos e interação com as áreas hospitalares, tendo como foco atender o profissional para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, pois “só quem é bem atendido pode atender bem”.

## Lavagem das Mãos no APHM

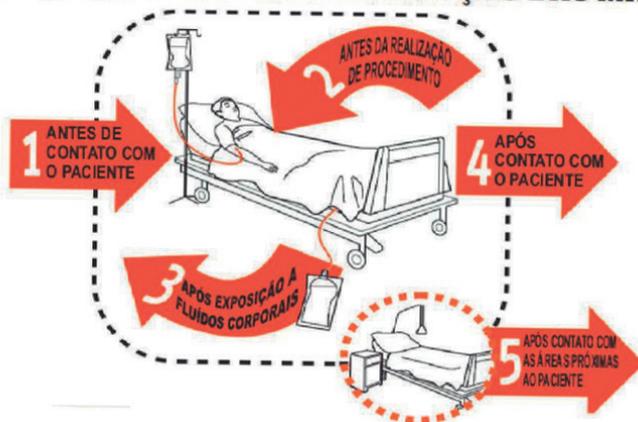
A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em outubro de 2004 para reduzir as consequências de uma assistência insegura à saúde. O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente está focado na higiene das mãos e apresenta como lema: *Uma assistência Limpa é uma Assistência mais Segura*, ANVISA (2009 e 2014).



O objetivo desta campanha mundial é prevenir e reduzir as *Infeções Relacionadas à Assistência à Saúde* (IRAS), que ainda afetam milhares de pessoas ao redor do mundo. Higiene das mãos é um termo geral que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e, conseqüentemente, evitar e controlar as IRAS, segundo ANVISA (2014).

As **atividades assistenciais** envolvem uma sucessão de tarefas durante as quais as mãos do profissional da saúde tocam diferentes superfícies: o paciente, seus fluidos corporais, objetos e superfícies localizados próximos ao paciente e dentro do ambiente do paciente. Cada contato é uma fonte potencial de contaminação das mãos do profissional da saúde. A **indicação (momento)** constitui a razão pela qual a higiene das mãos é necessária em um dado momento, sendo justificada pelo risco de transmissão de micro-organismos de uma superfície a outra, (ANVISA, 2008).

## OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Fonte: ANVISA, 2014

## **Higienização das mãos em serviços de APHM**

- Recomenda-se a utilização do álcool a 70% após a retirada das luvas e sempre que possível higienizar as mãos com água e sabão.
- A higienização antisséptica remove sujidades, microbiota transitória da pele e diminui a presença de microbiota residente das mãos por meio do uso do antisséptico.
- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica reduz microrganismos. Não há necessidade de enxágue ou secagem posterior.
- A preparação alcoólica composta por 60 a 80% de álcool reduz microrganismos. Pode ser solução em gel, espuma ou outras formas com concentração de 70% de álcool. (MOURA et al, 2009; BRASIL, 2014).

## **Quando proceder à higienização das mãos NO APHM**

- Antes e após o contato com o paciente.
- Antes e após a realização de procedimentos assépticos. Após contato com material biológico.
- Após contato com o mobiliário, objetos e pertencentes do paciente, equipamentos dentro da ambulância (BRASIL, 2009).

## **Cuidados gerais para prevenção de infecção no APMH**

- Cuidado ao manusear os equipamentos com luvas, a exemplo: Bomba de Infusão (BI), monitor, esfigmomanômetro, glicosímetro, respirador;
- Efetuar a higienização dos equipamentos utilizados, imediatamente após a finalização da ocorrência utilizando álcool a 70%, inclusive dos cabos para conexões;
- Realizar a troca sistemática de almotolias e controle de validade dos reprocessados (OMS,2008).

## **05 passos para realização de um procedimento invasivo seguro no APMH**

1. Comunicação eficaz entre os membros da equipe;
2. Confirmar o procedimento a ser realizado: punção intraóssea, Intubação, ventilação mecânica, drenagem de tórax, sondagem (vesical ou nasogástrica), cricotireoidostomia, outros;
3. Verificar se todos os materiais necessários para a realização do procedimento estão disponíveis;
4. Verificar se o paciente está monitorizado e adequadamente posicionado;
5. Registrar o procedimento e materiais utilizados na ficha de APMH (LUEDY et al, 2018).

## Quedas no APHM

As quedas, em suas diferentes formas, são causa de internações hospitalares no Brasil. Durante o período de dezembro de 2013, ocorreram 26.708 internações hospitalares pelo SUS ocasionadas por algum tipo de queda, destas 857 foram na região norte, 4.049 na região nordeste, 13.123 na região sudeste, 5.911 na região sul e 2.768 na região centro-oeste (ANVISA, 2009).

A queda é definida como um evento não intencional que modifica a posição da pessoa levando-a ao solo ou a um nível inferior da sua posição inicial, causando ou não dano, podendo ser seguido ou não de lesões, com múltiplos fatores desencadeadores tendo como desfecho o paciente no chão ou quando este chega a se apoiar não chegando a atingir o solo, (OMS, 2012).

Também é conceituada como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”. As quedas constituem-se em “um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, mas que pode ser recorrente num mesmo indivíduo e acarreta, frequentemente, consequências para a vítima, para o próprio cuidador e para a sociedade” (ALMEIDA, 2010).

A queda pode ser da mesma altura, da maca, de cadeiras de rodas, poltronas, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, entre outros (BOHOMOL et al, 2007; OLIVEIRA et al, 2014). No APH a atuação em

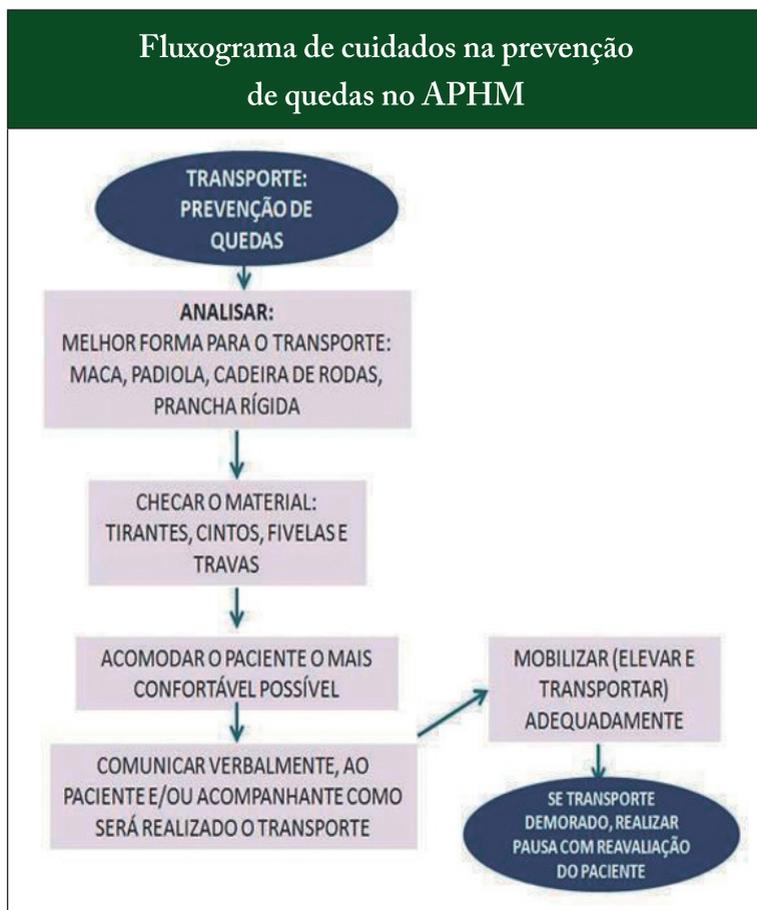
terrenos irregulares, espaços com muitos obstáculos, iluminação inadequada, transporte de paciente em equipamentos pouco usuais como cadeiras dos domicílios, lençóis e macas sem grades, aumentam o risco de queda de pacientes.

Para Oliveira et al (2017), são considerados fatores de risco para queda no ambiente pré-hospitalar:

- Quadros de agitação e ansiedade.
- Condições de saúde como: hipotensão postural; tontura; convulsão; síncope;
- Funcionalidade: necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- Obesidade Severa.

## Medidas Preventivas de Risco de Queda no APHM

<b>ATENÇÃO!</b> Quando o paciente estiver em MACA deve-se manter:	
<b>GRADES ELEVADAS</b>	Certificar-se de que o paciente está devidamente.
<b>FIXADO</b>	no dispositivo escolhido para transporte.
<b>CHECAR</b>	cintos, tirantes, faixas com velcro; se possível, desconectar equipamentos para transporte. (LUEDY et al, 2018)



Fonte: APHM, Salvador- Bahia, 2018.

## Úlcera por Pressão no APHM

Para Menegon et al (2012), outro ponto considerado importante, mesmo que não tenha sido mencionado como risco no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), é a prevenção de úlcera por pressão. Nessa premissa, ratifica-se

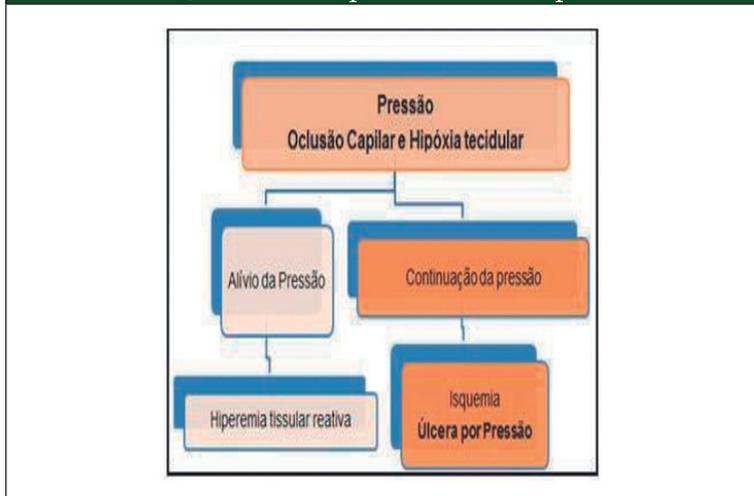
que alguns fatores inerentes ao paciente, tais como condições de imobilização (duração), higiene, com a exposição à sujidade ambiental, além da umidade, contribuem para formação de úlceras de pressão.

No que diz respeito à prevenção de úlceras por pressão, muitas são as evidências científicas já disponíveis para apoiar a prática dos profissionais de saúde. NPUAP/EPUAP publicaram em 2009 o *Pressure ulcer prevention & treatment: clinical practice guideline* e o *Pressure ulcer prevention & treatment: quick reference guide* com as principais diretrizes baseadas em evidências para prevenção e tratamento de úlcera por pressão.

A EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) – Painel europeu de aconselhamento sobre úlcera por pressão e NPUAP (American National Pressure Ulcer Advisory Panel) – Painel americano de aconselhamento sobre úlcera por pressão definem úlcera por pressão como uma lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As UPP também podem ser definidas como áreas localizadas de isquemia e necrose tecidual que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa. (ROCHA, 2009)

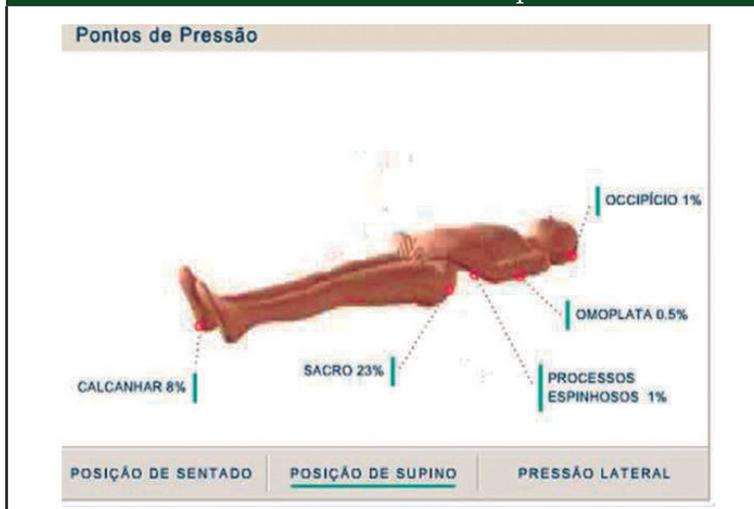
Às úlceras por pressão (UPP) também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido. Os estudos apontam que uma úlcera de pressão pode ocorrer em breve espaço de tempo e em um curto período de internamento. Apesar de ser mais frequente em idosos, pode também afetar adultos e crianças.

## ESQUEMA: Resposta tecidual à pressão



Fonte: ANVISA, 2014

## Áreas anômicas de maior risco para UPP



Fonte: ANVISA, 2014

Se a pressão persistir com valores superiores à pressão capilar normal (aproximadamente 32 mmHg), ocorre obstrução da circulação capilar e linfática provocando a isquemia tecidual.

Processo de Enfermagem é considerado um método de solução dos problemas dos pacientes, abrange as etapas de investigação ou história clínica, diagnóstico, planejamento, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação. Este diferencial estratégico permite a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registro adequado da assistência prestada (ANVISA, 2014).

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA. 2014.(No prelo).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Módulo 1: Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade**. Brasília: ANVISA. No prelo 2016.

BALLANGRUD, R., HEDELIN, B., HALL-LORD, M.L. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. **Intensive Crit Care Nurs**. v.28, n. 6, p.344-54, 2012.

BLEGEN, M.A. Patient safety in hospital acute care units. **Annu Rev Nurs Res**. v.24, p. 103-25. 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA– Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n.º. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul. 2013.

CARVALHO, V.T., CASSIANI, S.H. Medication errors and consequences for nursing professional and clientes: na exploratory study. **Rev. latinoam Enferm.**, v.10, n.4, p. 523-9, 2002.

CASSIANI, S.H.B., *et al.* **Hospitais e Medicamentos**: impacto na segurança dos pacientes.

São Caetano do Sul: Yendis, 2010. v. 1. 183p

CICONET, R.M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas da urgência**. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/19036/000734785.pdf?sequence=1>. Aceso em: 15 mar. 2012.

COOPER, D. Safety culture: a model for understanding and quantifying a difficult concept. **Professional Safety**, v. 30-3, 2002.

GONÇALVES, L.E. (Org). **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. [s.l.]: Saraiva, 2006.

HARADA, M.J. A prevenção do erro humano. In: HARADAM, J., PEDREIRAM, L., PETERLINI, M.A., PEREIR-

RA, S.R. (Ed.). **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.27-42.

KHATER, W.A., *et al.* Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. **Int Nurs Rev.** v. 62, p.82-9, 2015.

LEAPE, L. Errors in Medicine. **Clin Chim Acta.**, v. 404, n.1, p. 2-5. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **MS e Anvisa anunciam ações para segurança do paciente**. 2013. Available from: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/01/PPT\\_COLETIVA\\_SEGURANCA\\_PACIENTE\\_FINAL.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/01/PPT_COLETIVA_SEGURANCA_PACIENTE_FINAL.pdf). Acesso em: 21 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

OLIVEIRA, R.M., LEITÃO, M.T.A., SILVA, L.M.S., *et al.* Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc Anna Nery.** v.18, n.1, p.122-9. 2014. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452014000100122&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000100122&lng=en). Acesso em: 03 may 2016.

PEDREIRA, M. L.G, HARADA, M.J.C.S. (Org.). **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2009.

PROQUALIS [homepage na internet]. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente Disponível em: <http://proqualis.net/aula/taxonomia-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-icps>. . Acesso em: 10 nov. 2014.

REIS, A.M, MARQUES, T.C, OPITZ, S.P., *et al.* Errors in medicine administration – profile of medicines: knowing and preventing. **Acta Paul Enferm.** 2010, v. 23, n. 2, p.181-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/05.pdf>. Acesso em: 30 jun 2012.

MENEGON, D.B, BERCINI, R.R, SANTOS, C.T., *et al.*. Braden subscales analysis as indicative of risk for pressure ulcer. **Texto Contexto Enferm.** v.2, n.4, p.854-61, 2012. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104\\_07072012000400016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104_07072012000400016&lng=en). Acesso em: 03 may 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos.** Brasília: ANVISA; 2009.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde.** Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 06 jun. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde.** Brasília; 2007. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/index.htm](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm)>. Acesso em: 09 jun.2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Manual para Observadores.** Brasília: Opas/Anvisa; 2008.

LUEDY, Almerinda; ALMEIDA, Caroline Lourdes do Sacramento, CARIBÉ, Janaina da Silva *et al.* **Guia Prático sobre Segurança do Paciente para Equipes de APH.** Salvador- Bahia, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Seguridad del paciente.** Disponível em: <<http://www.who.int/patient-safety/es/>>. Acesso em: 10 mar.2014.

PINHO, T.A.M, SILVA, A.O, TURA, L.F.R. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev.Esc.Enferm.**, São Paulo, USP, v.46, n.2, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40951/44464>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Queda em Idosos:** Prevenção. Projeto Diretrizes. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/diretrizes/queda-idosos.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014. p. 321.

ALMEIDA, R.A.R, ABREU, C.C.F., MENDES, AMOC, *op. cit.*, 2010. p. 164.

OLIVEIRA, M.S.G., OLIVEIRA, A.D.S., MORAIS, E.R., *et al.* Segurança do paciente: experiência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Pre. Infec. e Saúde**, v.3, n. 4, p.61-68.2017. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6823>.

BOHOMOL, E,, RAMOS, L.H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.** v.60, n.1, p. 32-36, 2007;

OLIVEIRA, R.M.; LEITAO, I.M.T. de A.; SILVA, L.M.S. da; *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan-mar., 2014.

RICHARD, N., KEERS, STEVEN D. Williams, *et al.* Ashcroft causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. **Drug Saf.** 36, n.11, p.1045-67. 2013. Available from: doi:10.1007/s40264-013-0090-2. Acesso em: 03 maio 2016.

SANTOS, D.S., SOUZA, O.V., NASCIMENTO, A.L.S., *et al.* Segurança do Paciente: fatores causais de eventos adversos a medicamentos pela equipe de enfermagem. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v.2, n. 2, p. 19-30, 2014.

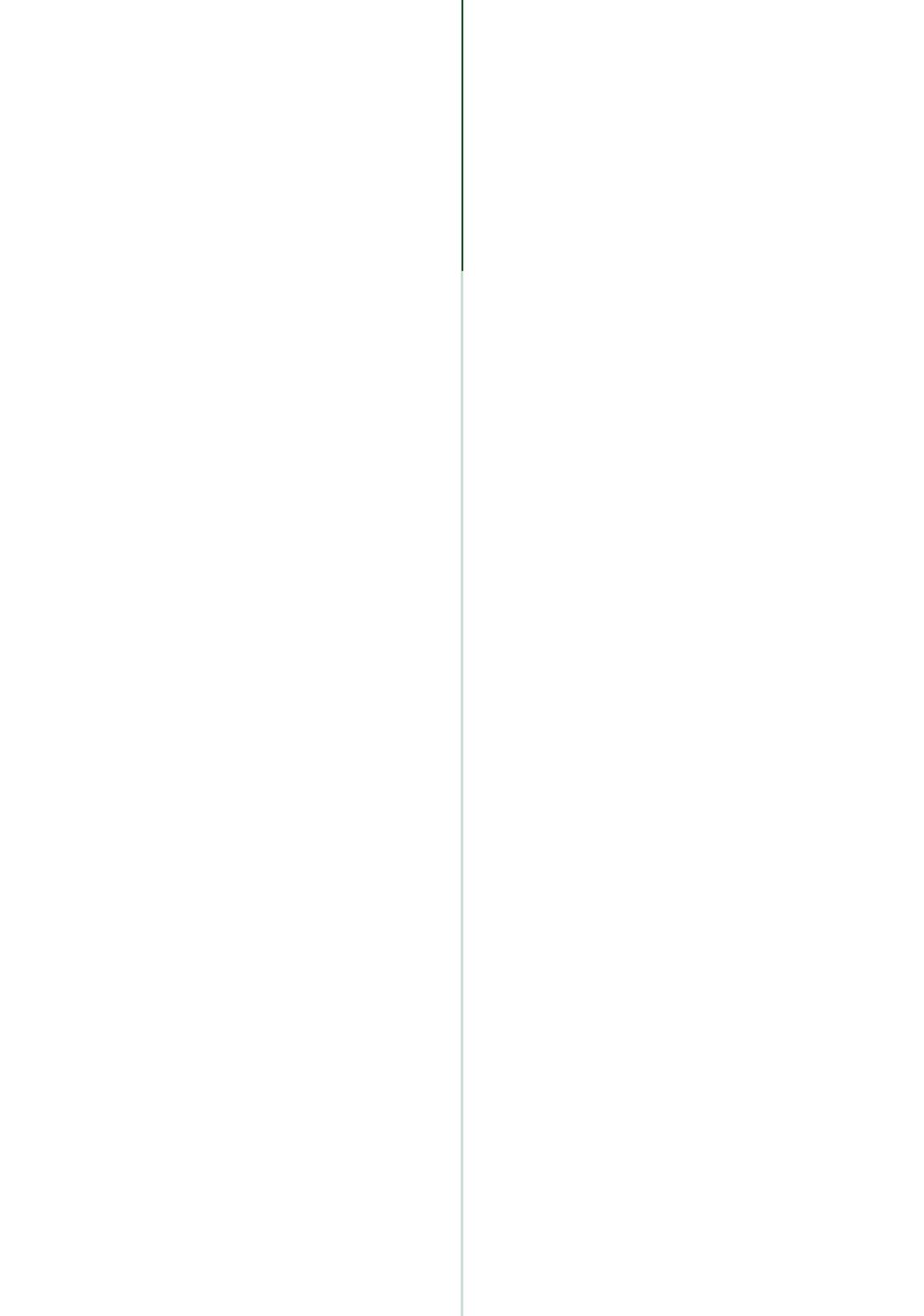
SILVA, A.E.B.C., *et al.* Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n.2, p.19, 2011.

THOMAZ, R.R., LIMA, F.V. A atuação do enfermeiro no atendimento pré hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enf.**, v.13, n.3, p.59-65 2000. Available from: <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=13&numero=3&item=res7.htm>. Acesso em: 15 dec. 2012.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed; 2010. 320p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient safety – a global priority. **Bull World Health Organ**, 2004, v.82, n.12, p. 891-970.

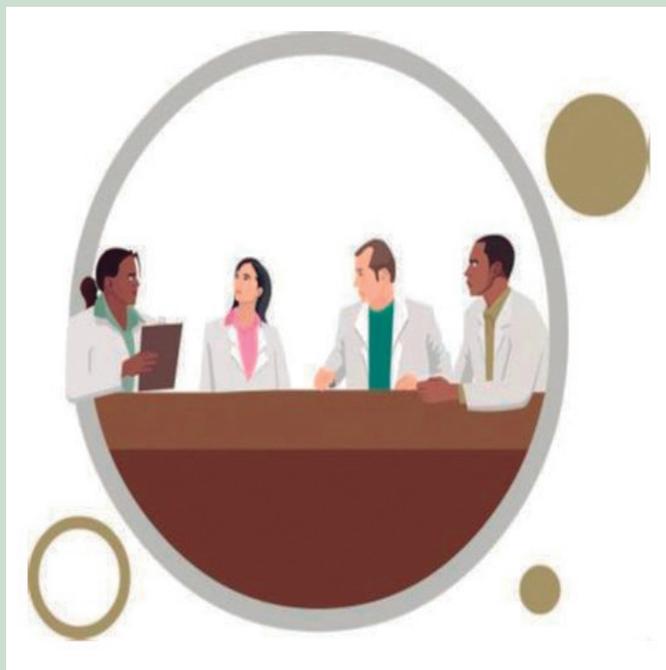
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. **Research for patient safety**: better knowledge for safer care [Internet]. Geneva (Sw); 2008. Acesso em: 06 jul.2012 Available from: [www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf)



Capítulo

3

## Qualidade e Clima de Segurança dos Pacientes Assistidos pelo SAMU-CE





A preocupação mundial com a *Segurança do Paciente* (SP), se intensificou desde 2002, com as discussões durante a 55ª Assembleia Mundial de Saúde sobre o alto custo provocado pelos eventos adversos (EA) e seu impacto negativo na qualidade da atenção à saúde (OPAS, 2014). Em 2004, a WHO criou a *Aliança Mundial para Segurança do Paciente*, definindo diretrizes e estratégias para incentivar e divulgar práticas promotoras de *Segurança do Paciente* (SP), (WHO, 2005).

Para Antunes (2000), qualidade em instituições de saúde é melhoria contínua de processos/pessoas, satisfazendo atores envolvidos. Para Fonseca (2007), é caracterizada pela busca incessante de meta/objetivo que proporcione bons produtos/serviços adquiridos aos envolvidos.

A qualidade nos serviços de saúde é “obtenção do maior benefício ao paciente, ao menor custo e com menor risco possível” (OPAS, 2011). A OMS a define como “grau em que os serviços de saúde prestados a pessoas e populações aumentam a probabilidade de resultados favoráveis e são coerentes com o conhecimento científico corrente” (WHO, 2007).

As atividades de saúde interagem com valores e crenças, que moldam organizações de saúde, sendo expressos nas normas, processos e estrutura da instituição. A *cultura de Segurança* (CS), exerce influência nas relações de trabalho da equipe (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

Apesar da relevância da equipe para a assistência à saúde, diversos países enfrentam problemas de Qualidade e *Segurança do Paciente* (SP), com taxas elevadas de Burnout e insatisfação da equipe (AIKEN et al. 2012). Khater et al. (2015) também observaram que a sobrecarga de trabalho resultou na equipe necessitar fazer muito e muito rapidamente, comprometendo o atendimento seguro.

## **Cultura de Segurança (CS) X Clima de Segurança (CLS)**

O *Clima de Segurança do Paciente* (CLS) descreve a percepção individual e mutável dos funcionários da organização. Quando questionados, as respostas imediatas envolvem atitudes atuais, convicções e percepções sobre segurança e risco compartilhados em determinado tempo (OPAS, 2011). Entende-se por *Clima de Segurança* (CLS), a medida temporal do estado da *Cultura de Segurança* (CS) institucional, medido por percepções individuais de atitudes da organização quanto à *Cultura de Segurança* (CS), (ANVISA, 2013).

A *Cultura de Segurança* (CS), é mais complexa e descreve propriedades presentes há longo tempo, não facilmente mudadas. Envolve análise da organização e de como os membros da equipe interagem entre si, para encontrar percepções comuns de segurança (OPS, 2011).

Para Nascimento (2011), a CS engloba um dos aspectos da Cultura Organizacional envolvendo atitudes quanto à segurança. Engloba pessoas e organização, envolvendo o trabalho em equipe, proatividade, aprendizagem contínua, relato sem culpa e aceitação do risco de falibilidade. Assim, engloba percepção geral da segurança sobre suas práticas e do coletivo, como também estratégias gerenciais da segurança em contexto de não punição do erro (OCCELLI et al, 2007).

O termo segurança geralmente é associado com proteção ou confiança. Pode ser compreendido como situação

estável, livre de dano, perigo, incerteza, ameaça ou risco (BARBOSA, 2006). Weaver et al. (2016) dizem que a diferença entre *Cultura de Segurança* (CS) e *Clima de Segurança* (CLS) é reduzida à diferença do método utilizado.

A busca pela qualidade nos serviços de saúde vem da necessidade de reduzir riscos do avanço tecnológico e da ampliação do acesso da sociedade à complexidade do sistema em questão.

Essa redução alça níveis compatíveis com os objetivos do cuidado profissional: promoção, proteção e recuperação da saúde (ANVISA, 2016). Um serviço de saúde capaz de controlar resultados de suas tecnologias com seus objetivos é dotado de padrão de segurança. Logo, a sociedade espera ser atendida de forma segura, usufruindo dos benefícios das tecnologias e sabendo que os riscos delas decorrentes são prevenidos/ monitorados no sistema (ANVISA, 2016).

2009, a WHO recomendou que a *Segurança do Paciente* (SP) deve ser uma das principais dimensões da qualidade do cuidado, definida como direito dos usuários de ter o “risco de dano desnecessário associado com cuidado em saúde reduzido ao mínimo aceitável”. É uma das preocupações prioritárias no controle da qualidade para identificar falhas antes que causem danos.

A *segurança* é uma das dimensões da Qualidade dos Serviços de Saúde. Os sistemas de saúde que diminuem riscos de dano ao paciente aumentam a qualidade dos seus serviços (TRAVASSOS et al, 2013).

O alcance de melhoria na *Segurança do Paciente* (SP) requer ambiente efetivo de relatos dos eventos que causam danos, onde possíveis erros são estudados como aprendizado

e desenvolvimento de uma cultura livre de culpa. O sistema de saúde necessita incorporar lideranças em segurança, cultura organizacional que reconheça e aprenda com erros e colocar a segurança para reduzir a ocorrência de erros pela implantação de governança clínica (BRANCO, 2014).

Para Feldman (2004), atingir um índice de qualidade na assistência do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), requer não agravar o estado de saúde do paciente até sua chegada ao local do tratamento definitivo, minimizar complicações e buscar estabilidade hemodinâmica no menor tempo possível. Assim, atuação de órgãos e profissionais de saúde para melhoria da qualidade dos serviços via criação de passos da *Segurança do Paciente* (SP) estimula reflexões sobre práticas seguras. Mas se observa serem escassas pesquisas sobre Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM).



Estudos internacionais buscam inserir práticas seguras no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), com pesquisa de riscos e práticas inseguras, conforme OMS. Partem de intervenções da *Cultura de Segurança* (CS) do contexto e necessidade do ambiente/profissionais. Criticam a necessidade de orientações de *Segurança do Paciente* (SP) no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM) pela insalubridade e hostilidade do cenário de suas ações requerem orientações específicas e divergentes de outros serviços (HAGIWARA et al., 2017).

Outros estudos tentaram processos seguros em Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), mas com ações direcionadas a uma categoria profissional, e não multiprofissional que exige a atividade pré-hospitalar. Assim, há protocolos de prática pré-hospitalar, faltam diretrizes de *Segurança do Paciente* (SP) (BOSCH et al., 2014 e HANSEN et al., 2016).

A ideia de mensurar a Qualidade dos Serviços de Saúde começou em 1960 com Donabedian, na Universidade de Michigan-EUA. Sua abordagem envolveu três elementos: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980). Assim, um recurso ou tecnologia (estrutura) contribui p/ diagnóstico e tratamento adequado(processo), do qual resulta um estado de saúde favorável (resultado) (BROOK et al., 1977).

Em 1989, Donabedian, nos EUA, abordou os seguintes elementos para mensurar a Qualidade nos Serviços de Saúde.

<b>Estrutura (O ambiente é adequado para o fornecimento seguro da assistência?)</b>	características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais
<b>Processo (A assistência é efetiva e adequada?)</b>	prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e a utilização dos recursos nos seus aspectos quantitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados
<b>Resultado (Os pacientes são ajudados ou prejudicados?)</b>	consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional, em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente

Em 2001, o Institute of Medicine (IOM), dos EUA, definiu os seguintes componentes fundamentais para a qualidade em saúde:

<b>1. Segurança</b>	Evitar danos ao paciente;
<b>2. Acesso a tempo</b>	Evitar demoras para todos;
<b>3. Efetividade</b>	Prestar serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes e evitar prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão;
<b>4. Equidade</b>	Não discriminar pacientes;
<b>5. Eficiência</b>	Prevenir o desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energias;
<b>6. Centrada no paciente</b>	Responder às necessidades dos pacientes.

Para Ribeiro (2010), Qualidade e Segurança são intrinsicamente relacionadas, pois mais segurança promove qualidade superior com menores custos. Logo, a qualidade na saúde pode ser definida numa triangulação de:

1)Efetividade (eficácia + eficiência); 2)Experiência dos pacientes (satisfação); 3)Segurança (ausência de complicações).

Estudo realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de Rio Grande do Norte que atuava em Unidades de Suporte Avançado de Vida em 2013, em Natal, considerou tempo de experiência de especialistas segundo a Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI), resolução COFEn nº.389/2010, so-

bre registro de especialidades em enfermagem e realização, ao menos, de um curso específico na área.

Assim, sugerem-se 10 passos para a *Segurança do Paciente* (SP), com base em pré-existentes nacionalmente, como do COREn-SP, mas que alguns não se aplicavam ao Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), como cirurgia segura, administrar hemocomponentes e prevenir úlcera de pressão.

Portanto, Qualidade e *Segurança do Paciente* (SP) apropriam-se da gestão de riscos p/ maximizar chance de resultados desejados e minimizar erros.

<b>Dez passos para a segurança do paciente (SP) no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM)</b>	
<b>Passo 1</b>	identificar o paciente por meio de pulseira, com cores que sinalizem sua gravidade, principalmente nos casos de múltiplas vítimas
<b>Passo 2</b>	segurança relacionada à higienização das mãos;
<b>Passo 3</b>	segurança na administração de medicamentos;
<b>Passo 4</b>	segurança e padronização do acondicionamento de equipamentos e materiais;
<b>Passo 5</b>	atenção para as especificidades do atendimento pré-hospitalar móvel (APHM);
<b>Passo 6</b>	incentivar e valorizar a participação do paciente e família no processo de cuidar;
<b>Passo 7</b>	promover a comunicação com a central de regulação por meio de radiocomunicação correta ou outras tecnologias, tais como a telemedicina e tele-enfermagem;

<b>Passo 8</b>	prevenção de traumas e quedas; fixar os equipamentos devidamente na ambulância; checar cintos de segurança e travas das macas;
<b>Passo 9</b>	proteger a pele de lesões adicionais provenientes de fricção e cisalhamento; retirar roupa suja e úmida de área de contato com a prancha; evitar contato direto da pele com a prancha rígida;
<b>Passo 10</b>	compreender o benefício e o impacto do uso de todos os equipamentos da ambulância; zelar e verificar o funcionamento das máquinas e equipamentos.

Fonte: Adaptado de COREn, 2010

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Módulo 1: Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade.** Brasília: ANVISA, 2016.

AIKEN, L.H, SERMEUS, W, HEEDE KVD, Solane D. M., *etal.* Patientsafety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, v.344, p. 1-4, 2012.

ANTUNES, A.V., TREVIZAN, M.A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 35-44, 2000.

BARBOSA, A.O. **Risco, vigilância e segurança sanitária: desafios à proteção da saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2006.125f.

BOSCH, J., NOOJI, J., VISSER, M., et al. Prehospital use in emergency patients of a laryngeal mask airway by ambulance paramedics is a safe and effective alternative for endotracheal intubation. **Emerg. Med. J.**, v. 31, p. 750–753, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23771898>.

BRANCO FILHO, J.R.C. Segurança do paciente no cenário mundial no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A.S., PETERLINI, F.L., COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

BROOK, R.H., DAVIES-AVERY, A., GREENFIELD, S., et al. **Assessing the quality Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP): 10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo (SP): COREN-SP, 2010. 32 p.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: \_\_\_\_\_. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan (USA): Health Administration Press; 1980. p. 77-125.

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

FONSECA, S. C. Atendimento pré-hospitalar. In: CALILAM, Paranhos, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

HAGIWARA, et al. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**. 2016.

HANSEN, M., MECKLER, G., O'BRIEN, K., *et al.* Pediatric Airway Management and Prehospital Patient Safety: Results of a National Delphi Survey by the Children's Safety Initiative-Emergency Medical Services for Children. **Pediatr Emerg Care**, Sep;32(9):603-7. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27253653>.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality on Healthcare in America, Institute of Medicine. **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

JERICÓ, M. C., PERES, A. M., KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, USP, v. 42, n. 3, p. 569-577, 2008.

KHATER, W. A., AKHU-ZAHEYA, L. M., AL-MAHASNEH, S. I., *et al.* Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. **Int Nurs Rev**. v. 62, p. 82-91, 2015.

NASCIMENTO, A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3591-3602, 2011.

OCCELLI, P., QUENON, J.-L., HUBERT, B., *et al.* La culture de sécurité en santé: un concept en pleine émergence. **Risques & Qualité**, n. 4, p. 207-212, 2007.

\_\_\_\_\_.of medical care using outcome measures: an overview of the methods. **med. Care**, v. 15, n. 9, 1977.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18.

Punto del orden del día 18 de mayo de 2002. **Calidad de la atención:** seguridad del paciente. Disponible em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>. Acceso em: 13 jun. 2014.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE SALUD – OPS. Curso Virtual de Evaluación y Mejora de la Calidad de la Atención y la Seguridad del Paciente. In: AMARILLA, A.C, (Coord.). WILLIAMS, G., INTERLANDI, C., MAZZOLA, M.A.G., (Cols). **Conceptos Generales de Calidad.** Programas de Calidad. [Folleto del Curso Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Atención. Centro Colaborador de la OPS/OMS]. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. 2011.

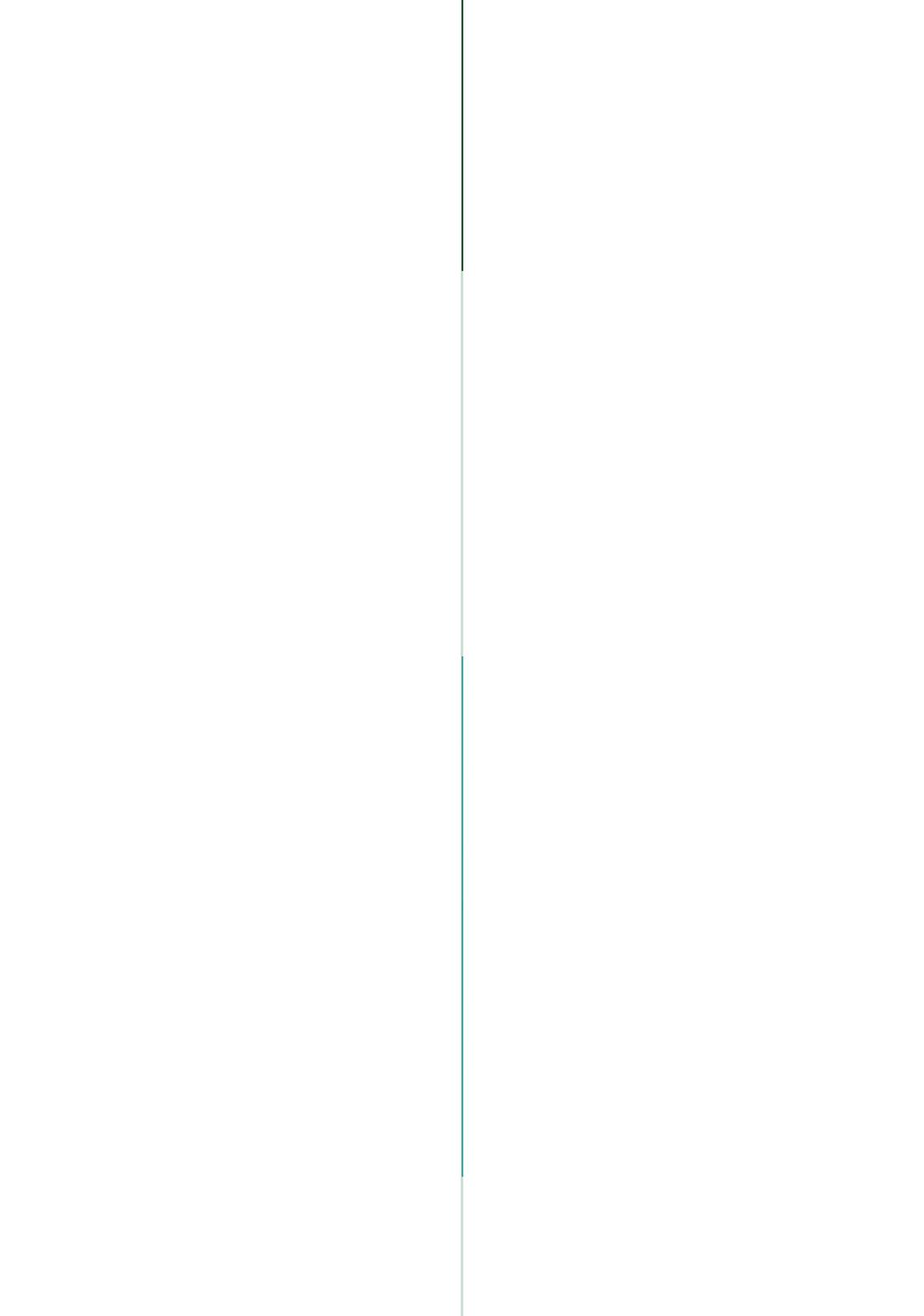
RIBEIRO, M.J.F. Qualidade nos Serviços de Saúde. In: ZUCCH, P., FERRAZ, M.B., PAULO, F. S., *et al.* (Editors). **Guia de economia e gestão em saúde.** São Paulo: Manole; 2010. p. 434. Suppl):1-106. Switzerland. (Séries guias de Medicina ambulatorial e hospitalar).

TRAVASSOS, C., CALDAS, B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura:** uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2013.

WEAVER, S.J., LUBOMKSI, L.H., WILSON, R.F., *et al.* Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. **Ann Intern Med.**, v. 158, n. 502, p.369-374. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety (2007, June). **Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety**. Geneva, World Health Organization. World Alliance for Patient Safety forward programme 2005. Geneva: World Health Organization; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World alliance for patient safety. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**, Genève, 2009. Disponível em: Available from: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).



Capítulo

4

# Gestão e Clima de Segurança dos Pacientes Assistidos pelo SAMU- CE





A **Cultura Organizacional** (CO) corresponde justamente ao conjunto de pressupostos construídos por um grupo durante o processo de aprender e resolver seus problemas de adaptação, que são ensinados aos novos membros (SCHEIN, 2004).

Pesquisadores na busca por soluções tem levado à criação de organizações, sociedades e institutos para conduzir pesquisas e desenvolver estratégias, políticas e práticas seguras, visando melhorar o desempenho dos profissionais e a assistência à saúde (GOMES, 2008; PEDREIRA; MARIN, 2004). A mudança de uma cultura punitiva para o fortalecimento de uma cultura de segurança tem sido uma das medidas consideradas fundamentais para o aumento da *Segurança do Paciente* (SP) (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000; NASCIMENTO, 2014).

O fortalecimento da *Cultura de Segurança* (CS) no âmbito hospitalar tem sido considerado um dos requisitos essenciais para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde, capaz de minimizar a ocorrência de danos decorrentes da assistência (REIS, LAGUARDIA, MARTINS, 2012).

Uma organização que possui *Cultura de Segurança* (CS) pode-se caracterizar como aquela em que os trabalhadores assumem a responsabilidade pela segurança de todos, prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais, proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança, e encoraja a notificação e a resolução dos incidentes, promovendo o aprendizado a partir da ocorrência destes (MS, 2013).

A *Cultura de Segurança* (CS) envolve características individuais, do trabalho e da organização, as quais influen-

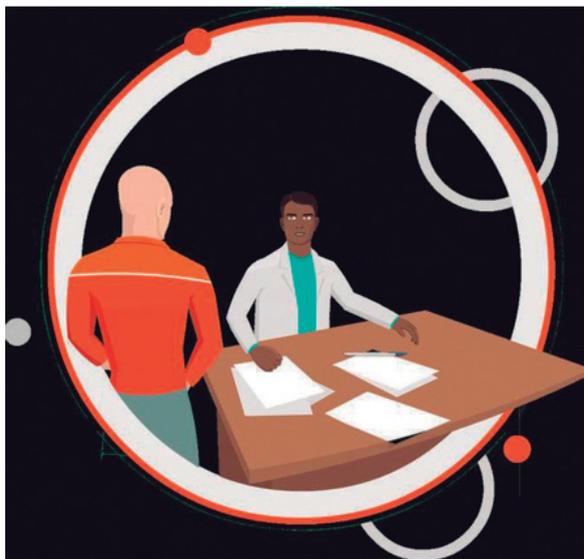
ciam na segurança de uma instituição e, é composta por um conjunto de fatores, os quais podem ser continuamente observados, analisados e aperfeiçoados, tais como o perfil da gerência e dos colaboradores, a coerência entre a missão da organização, as atitudes e o clima organizacional (COOPER, 2002). O *Clima Segurança do Paciente* (CLSP) se refere à percepção e às atitudes dos trabalhadores em relação à *Segurança do Paciente* (SP) em um determinado momento (FLIN, 2007) e retrata a percepção dos profissionais quanto à atmosfera da organização (SEXTON et al., 2006).

A avaliação da *Cultura de Segurança* (CS) e do *Clima de Segurança* (CLS) existente nas instituições de saúde tem sido incorporada nas ações da gestão. O primeiro passo para se estabelecer uma *Cultura de Segurança* (CS) efetiva em uma organização de saúde é a promoção da sua avaliação (PRONOVOST et al., 2004). A partir da avaliação é possível conhecer as percepções e os comportamentos dos funcionários relacionados à segurança, identificar os pontos fracos e fortes de sua cultura, a fim de planejar e implementar intervenções (SORRA et al, 2016).

Medir o *Clima de Segurança* (CLS) nos cuidados à saúde possibilita diagnosticar a cultura predominante de uma organização ou unidade de trabalho, a qual influencia os comportamentos de segurança dos profissionais de saúde e os resultados da assistência aos pacientes (FLIN et al., 2006). Carvalho et al. (2017) reforçam que as informações sobre a *Cultura de Segurança* (CS) podem nortear as ações na busca pela qualidade dos serviços de saúde.

Diferentemente das pesquisas realizadas em outros países, infelizmente, pesquisas realizadas em hospitais do Brasil têm indicado um *Clima de Segurança do Paciente* (CLSP)

baixo e desfavorável entre os profissionais de saúde (BARBOSA et al., 2015; RIGOBELLO, 2015; LUIZ et al. 2015; CARVALHO et al., 2017; CARVALHO et al., 2015; CARVALHO et al., 2012). Estudos internacionais realizados na Irlanda e nos Estados Unidos apontaram uma percepção negativa dos colaboradores, especialmente da gerência hospitalar (RELIHAN et al., 2009; HUANG et al., 2010; TAYLOR et al., 2012).



Pesquisas nacionais e internacionais sobre o *Clima de Segurança do Paciente* (CLSP) têm reconhecido a influência de fatores estressores no ambiente de trabalho (BOGNÁR et al., 2008; BONDEVIK et al., 2014; CARVALHO et al., 2015). Estudo realizado na Suécia encontrou alta correlação entre Clima de Segurança, Trabalho em Equi-

pe, Satisfação no Trabalho, Percepções de Gestão e Condições de Trabalho (GÖRAS et al., 2013). Aiken et al. (2012), em estudo realizado em 12 países da Europa e dos Estados Unidos, evidenciaram a relação entre Qualidade do Cuidado, Satisfação da Equipe de Enfermagem e do Paciente, Carga de Trabalho, Desgaste Profissional e Intenção de deixar o Emprego.

Essas pesquisas têm contribuído e mostrado ao longo dos anos como a qualidade do ambiente de trabalho nas instituições de saúde, sejam fixas ou móveis, com suporte gerencial para cuidados de enfermagem, com boas relações médico- enfermeiro, como a participação do enfermeiro na tomada de decisões e a priorização da qualidade do cuidado como objetivo organizacional têm sido associadas à satisfação do paciente, à qualidade e SP durante a assistência na prestação dos cuidados e aos resultados da equipe de enfermagem (AIKEN et al. 2012).

A associação entre as políticas administrativas de uma organização e os fatores individuais de cada membro influencia no modo de agir e interagir dos profissionais, colaborando com a formação da cultura e do clima organizacional, o qual distingue uma organização de outra e pode influenciar o comportamento, a motivação, a produtividade e a satisfação dos profissionais (CARVALHO, 2011). Enfermeiros de hospitais com melhores ambientes de trabalho apresentam metade da probabilidade de avaliarem como baixa a qualidade do cuidado e a *Segurança do Paciente* (SP) (AIKEN et al. 2012).

A avaliação pode ter múltiplas propostas em uma organização de saúde, tais como auxiliar na conscientização dos colaboradores, contribuir com a avaliação de interven-

ções implementadas na instituição e seu acompanhamento ao longo do tempo, possibilitar a comparação dos dados internos obtidos com os externos à unidade e ainda, permitir a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias (SORRA et al., 2016).

Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o *Clima de Segurança do Paciente* (CLSP), provê informações valiosas para a gestão e formulação de políticas em saúde (KHATER et al., 2015).

Uma das ferramentas importantes para o processo de investigação de eventos adversos (EA), é a *análise de causa raiz*, que trata especificamente do tema de investigação. Em resumo, para não fragmentar ou isolar a investigação dos processos de gestão de risco, é importante lembrar que o gerenciamento de eventos adversos (EA), deve ter em vista seis passos importantes:

### 3 primeiros passos importantes para Investigar eventos adversos (EA):

Identificar que houve o evento adverso (EA): estabelecer medidas imediatas para promover a segurança em torno do evento e interromper maiores consequências;

Notificação: informar as partes interessadas para o desempenho do papel que lhes cabe no gerenciamento do evento e dos riscos;

Investigação: estabelecer a investigação (ANVISA, 2017).

### 3 passos para melhorar a qualidade nos serviços de saúde e Segurança do Paciente (SP):

Aprender com os eventos e desenvolver as recomendações de melhoria;

Comunicar os riscos e o aprendizado às partes interessadas;

Acompanhar a efetividade das recomendações e melhorias (ANVISA,2017).

São notórias as contribuições que a implementação da *Cultura de Segurança* (CS) promove nas organizações de saúde para alcançar melhorias na *Segurança do Paciente* (SP). Nesse contexto, o papel do gestor, líder, educador, facilitador, fiscalizador, supervisor, busca promover via ações grupais, medidas de segurança na assistência, pois práticas seguras conferem qualidade ao cuidado prestado ao paciente, fortalecendo a cultura que se pretende alcançar (FRANÇOLIN t al., 2015; WEGNER et al., 2016; KAWAMOTO et al., 2016; CORREGGIO, AMANTE; BARBOSA, 2014).

Nos últimos anos, organizações internacionais de saúde destacaram a necessidade e importância de desenvolver estratégias para melhorar a qualidade do cuidado à saúde e a *Segurança do Paciente* (SP). Várias estratégias foram desenvolvidas para melhorar a qualidade da assistência durante a prestação dos cuidados ao paciente. O

cuidado em saúde tem sido caracterizado como resultante de um complexo sistema socio-técnico, no qual papéis e responsabilidades desafiam definições formais, tais como as descrições das atividades de trabalho (COHEN et al, 2007).

Ressalta-se que a busca por um modelo assistencial seguro, efetivo, oportuno, eficiente, equitativo e centrado no paciente é uma questão de exercício de cidadania, pelos profissionais de saúde, governantes e gestores (BRANCO 2014). Assim, tornar o sistema de saúde mais seguro significa criar políticas e mecanismos capazes de contribuir para que a equipe de saúde use o máximo da capacidade e competência para atender às necessidades de saúde dos pacientes (PETERLINI et al, 2014).



## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde:** Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa, 2017.

AIKEN, L.H., SERMEUS, W, HEEDE, K.V.D., *et al.* Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**., v344, p. 1-, 2012.

Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad Saúde Pública**, v28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.

BARBOSA, M. H, SOUSA, E.M., FÉLIX, M.M.S., *et al.* Clima de segurança do paciente em um hospital especializado em oncologia. **Rev. Eletrôn. Enfer.**, v.17, n.4, p.1-9. 2015. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/34614/20693>. Acesso em: 02 apr. 2017.

BOGNÁR, A., BARACH P, JOHNSON, J.K. *et al.* Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. **Ann Thorac Surg.**, v.85, n.4, p.1374-81. 2008. Available from: [http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975\(07\)02358-2/pdf](http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(07)02358-2/pdf). Acesso em: 02 apr., 2017.

BRANCO FILHO, J.R.C. Segurança do paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A.S., PETERLINI, F.L., COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARVALHO, P.A., GÖTTEMS, L.B.D., PIRES, M.R.G.M., *et al.* Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.23, n. 6, p. 1041-1048, 2015. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf). Acesso em: 02 apr. 2017.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil: Questionário de Atitudes de Segurança** [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2011. 143p.

CARVALHO, R.E.F.L., ARRUDA, L.P., NASCIMENTO, N.K.P., *et al.* Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2017, v. 25, p.2849. Available from: [em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2849.pdf). Acesso em: apr. 02 2017.

CARVALHO, R.E.F.L., CASSIAN, S.H.B. Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire -Short Form 2006 para o Brasil. **Rev Lat Am Enfermagem**. v.20, n.3, p.1-8.2012.

COHEN, T., BLATTER, B., ALMEIDA, C., *et al.* Reevaluating recovery: perceived violations and preemptive interventions on emergency psychiatrics rounds. **J. Am. Med. Inform. Assoc.**, v.14, n. 3, p.312-19.2007.

COOPER, D. Safety culture: a model for understanding and quantifying a difficult concept. **Professional Safety**. p. 30-36. 2002.

CORREGGIO, T.C., AMANTE, L.N., BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, SÃO Paulo, v. 19, n. 2, p. 67-73, 2014.

FLIN, R., BURNS, C., MEARN S, Yule S. *et al.* Measuring safety climate in health care. **Qual Saf Health Care**. v.15, p.109-115. 2006.

FLIN, R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety Science**. v.45, p.685- 716. 2007.

FRANÇOLIN, L. *et al.* Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p.277-283, 2015.

GOMES, A.Q.F. **Iniciativas para a Segurança do Paciente Difundidas pela Internet por Organizações Internacionais**. [Dissertation]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GÖRAS, C., WALLENTIN, F.Y., NILSSON, U., *et al.* Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Heal Serv Res.**, v.13, n.104, p.1-7. 2013.

HUANG, D.T., CLERMONT, G., KONG, L., *et al.* Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. **Int J Qual Health Care**, v.22, n.3, p.151-6, 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868527/pdf/mzq017.pdf>. Acesso em: 02 apr. 2017.

KAWAMOTO, A.M. *et al.* Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v.8, n.2, p.4387-4398, 2016.

KHATER, W.A., AKHU-ZAHEYA, L.M., AL-MAHASNEH, S.I., *et al.* Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. **Int Nurs Rev**. v.62, p.82-91, 2015.

KOHN LT, Corrigan J.M., DONALDSON, M.S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academy Press; 2000.

Luiz, R.B., SIMÕES, A.L.A., BARICHELLO, E., *et al.* Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.5, p.880-887. 2015 Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00880.pdf). Acesso em: 01 jan. 2018.

NASCIMENTO, N.B. O erro e as violações no cuidado e saúde. In: SOUZA, P., MENDES, P.S. (Org). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p.73-92.

ONDEVIK, G.T., HOFLOSS, D., HOLM, Hansen E, *et al.* Patient Safety Culture in Norwegian primary care – a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. **Scand J Primary Health Care**. 2014 27:1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206561/pdf/pri-32-132.pdf>. Acesso em: 02 apr. 2017.

PEDREIRA, M.L.G., MARIN, H.F. Patient safety initiatives in Brazil: a nursing perspective. **Journal of Medical Informatics**, v.73, p.563-567, 2004.

PETERLINI, F.L., SAES, A.C. Culpa: cultura de não punição e accountability na assistência à saúde. In: FONSECA, A.S, PETERLINI, F.L, COSTA, D.A. **Segurança do paciente**. São Paulo: Martinari, 2014.

PRONOVOST, P.J, WEAST, B, BISHOP, K., *et al.* Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **Jt Comm J Qual Saf.**, v.30, p.59-68. 2004.

REIS, C.T, LAGUARDIA, J., MARTINS M. Adaptação de M.C.G Rigobello. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo** [Dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2015. 83 p.

RELIHAN, E., GLYNN S, Daly D, SILKE, B., *et al.* Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. **Ir J Med Sci.**, v.178, n. 4, p.433-9, 2009. Available from: <https://>. Acesso em: 02 apr.2017.

RIGOBELLO, M.C.G. **Avaliação do clima de segurança do paciente em Unidade de Emergência de um hospital universitário do interior de São Paulo** [Dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, 2015. 83 p.

SCHEIN, E. **Organizational culture and leadership**. San Francisco, CA: Jossey- Bass, 2004. 429 p.

SEXTON, J.B., HELMREICH RL, Neilands T.B., ROWAN, K., *et al.* The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Heal Serv Res.* v.6, n.44, p.1-10, 2006.

SORRA, J., GRAY, L., STREAGLE S, Famolaro T. **AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. United States: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

TAYLOR, F., DOMINICI, J., AGNEW, D., *et al.* Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. **BMJ Qual Safety** 2012. 21:101-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22016377>. Acesso em: 02 apr. 2017.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.20, n.3, 2016.

Capítulo

5

# Protocolo e Clima de Segurança dos Pacientes Assistidos pelo SAMU-CE





Protocolo é a descrição de um cuidado/procedimento/assistência com detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência à prevenção, recuperação/reabilitação da saúde. São baseados nas melhores evidências científicas e podem minimizar riscos em serviços de saúde, corroborando na prevenção de danos aos pacientes. (REVISTA, 2018).

Os protocolos de *Segurança do Paciente* (SP) são instrumentos baseados em evidências científicas, valiosos para padronização de processos de trabalho e importantes para qualidade da assistência prestada ao paciente durante o cuidado. Descreve conceitos, definições e intervenções para prevenção de erros ou eventos adversos (EA) (ANVISA, 2016).

Para padronizar os processos e subsidiar os profissionais de saúde e o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o Ministério da Saúde publicou vários Protocolos, que disponibilizam recomendações e POP (Procedimento Operacional Padrão) para facilitar sua implantação nas organizações de saúde. A resolução da Anvisa nº 2.606, de 11/08/2006 (BRASIL, 2006) dispõe sobre diretrizes para elaborar, validar e implantar protocolo de reprocessamento de produtos médicos (ANVISA, 2016). O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos foi instituído pela Portaria nº 2095 de 24/09/2013. Os protocolos básicos de *Segurança do Paciente* (SP), para o MS, Anvisa e Fiocruz foram publicados em 2013, nas Portarias nº 1.377 e nº 2.095.

Segundo os Protocolos, as recomendações para prevenção de erros ou EA devem ser aplicadas a todos os in-

divíduos vulneráveis, em todos grupos etários e as intervenções devem ser adotadas por todos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes no processo saúde-doença (ANVISA, 2016).

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) n. 15 (BRASIL, 2012), estabelece requisitos da boa prática para funcionamento de serviços que processam produtos para saúde visando SP e profissionais envolvidos.

Esta norma aplica-se aos Centros de Material e Esterilização (CME) dos serviços de saúde públicos e privados, civis e militares, e empresas processadoras envolvidas no processamento de produtos para saúde; exceto consultórios odontológicos, individuais e não vinculados a serviços de saúde, unidades de processamento de endoscópios, serviços de terapia renal substitutiva e de assistência veterinária (MS, 2012). A RDC-Anvisa nº15/2012 prevê que o CME dos serviços de saúde e processadoras é responsável por validade dos processos de esterilização e qualificação de instalação, operação e desempenho dos equipamentos usados na esterilização de produtos para saúde (MS, 2012).

No Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APHM), o enfermeiro tem a função de elaborar protocolos internos de atendimento, desenvolvidos e organizados com consistência na avaliação rápida, prontidão das técnicas de estabilização de condições respiratórias, circulatórias e hemodinâmicas no menor tempo visando eficiência, qualidade e mínimo de erro (FIGUEIREDO, 2009 e THOMAZ, 2000).

Os protocolos utilizados no SAMU no Brasil se baseiam em protocolos internacionais adaptados a nossa re-

alidade, refletida na falta de vagas, ineficiência dos setores primários de saúde, composição de equipe, modalidades de atendimento, legislação vigente, entre outros. É consenso que cada serviço de saúde deve ter seu protocolo baseado na sua epidemiologia, recursos humanos, recursos materiais e legislação profissional (THOMAZ, 2000).

Como as situações emergenciais requerem medidas eficazes no mínimo de tempo possível para serem adotadas e iniciadas, no APH móvel o uso de protocolos torna-se imprescindível, pois permite à equipe atuar com maior grau de independência e interdependência, otimizando a assistência prestada. Cada instituição pode ter seu próprio protocolo para sua equipe, desde que garanta avaliação rápida, menor tempo gasto no atendimento, eficácia e mínimo de erros.

Para isso, é necessário que em seu conteúdo estejam presentes intervenções e estabilização dos estados respiratório, circulatório e neurológico, seguidas de imobilização, transporte rápido e seguro para o hospital adequado mais próximo (FIGUEIREDO, 2009 e THOMAZ, 2000).

A Portaria nº 529 de 01º de abril de 2013 do Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo geral é contribuir para qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A regulamentação das ações para SP em serviços de saúde se deu pela Resolução-RDC 36, de 25/07/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde. Diante desta publicação, tornou-se obrigatório estruturar mecanismos que promovam segurança de pacientes por parte dos serviços de saúde.

O objetivo da RDC 36/2013 é instituir ações de promoção e *Segurança do Paciente* (SP) para melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Os serviços de saúde públicos e privados estão submetidos a esta resolução, excluindo consultórios individualizados, laboratórios clínicos, serviços móveis e de atenção domiciliar. Uma das ações obrigatórias citadas pela RDC 36/2013 é a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, composto por profissionais da instituição. Compete ao NSP desenvolver e articular ações de SP, principalmente elaborar, divulgar e atualizar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

### Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (Anvisa, 2013)

Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos no serviço de saúde;

Integrar todos os processos de gerenciamento de riscos realizados pelo serviço de saúde;

Implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

Identificar corretamente os pacientes;

Promover a higiene das mãos;

Proporcionar segurança cirúrgica, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, como também segurança no uso e administração de sangue e hemocomponentes;

Manter segurança no uso de equipamentos e materiais, registro adequado de órteses e próteses quando na realização deste procedimento;

Prevenir as quedas dos pacientes e úlceras de pressão;

Prevenir e controlar eventos adversos em serviços de saúde, incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde;

Promover a segurança nas terapias nutricionais enteral e parentera, comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre os serviços de saúde;
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
Promover um ambiente seguro.

Fonte: construção do autor.

<b>A portaria 1.377 de 09/07/2013 aprovou três Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (SP) e a portaria nº 2.095 de 24/09/2013 aprovou mais três Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (SP)</b>	
<b>Portaria nº 1.377</b>	Protocolos de Cirurgia Segura;
	Protocolo de Prática de Higiene das Mãos;
	Protocolo de úlcera de Pressão.
<b>Portaria nº 2.095</b>	Protocolo de Prevenção de Quedas;
	Protocolo de Identificação do Paciente;
	Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

Assim, os seis Protocolos Básicos de SP do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) estão aprovados e podem ser implementados por instituições. A segurança precisa ser abordada de forma diferente em cada ambiente. Essas diferentes formas de abordagens aos riscos, dão origem a diferentes modelos de segurança, cada um

com vantagens e limitações. As diferenças entre esses modelos estão no equilíbrio entre benefícios da adaptabilidade e benefícios da padronização e controle (VINCENTE AMALBERTI, 2016).

### **Modelos de segurança do Paciente (SP) no cuidado em saúde**

1. Inexiste modelo universal de segurança no cuidado de saúde que possa ser aplicado em qualquer ambiente. Cada modelo tem suas vantagens, limitações e desafios à melhoria;
2. A escolha de um modelo de segurança irá depender do consenso profissional, da experiência no mundo real, de uma compreensão da segurança e de avaliações sobre o que é politicamente viável no contexto em questão;
3. A imposição de um modelo de segurança mal adaptado ao contexto pode não ser eficaz, podendo até reduzir a segurança;
4. Todos os modelos têm o potencial de melhorar a segurança no cuidado de saúde por um fator de 10, embora o nível máximo de segurança que pode ser atingido dependa do contexto, podendo variar consideravelmente de um modelo ao outro.

No cuidado de saúde, a expressão “linha de frente” geralmente denota profissionais de saúde em contato direto com o paciente e cujas ações e decisões têm efeitos imediatos. Os gestores não prestam o cuidado e, portanto, não podem ser considerados como profissionais da linha de frente nesse sentido. Mas, eles afetam a linha de frente, pois suas ações

têm grande influência sobre a *Segurança do Paciente* (SP). O objetivo das estratégias de segurança é otimizar o cuidado ao paciente e combinar essas estratégias e intervenções segundo o contexto e a organização. (VINCENT e AMALBERT, 2016).

Veja o quadro a seguir.

<b>5 estratégias de segurança do Paciente (SP) no cuidado em saúde</b>	
<b>1. Segurança como melhor prática: aspirar aos padrões;</b>	Reduzir danos específicos e melhorar os processos clínicos;
<b>2. Melhorar os processos e sistemas de saúde;</b>	Intervir para apoiar pessoas e equipes, melhorar as condições de trabalho e as práticas organizacionais;
<b>3. Controle de riscos;</b>	Impor restrições ao desempenho, à demanda ou às condições de trabalho
<b>4. Melhorar a capacidade de monitoramento, adaptação e resposta;</b>	Detectar precocemente os desvios dos padrões da prática esperados, corrigi-los, adotando uma postura pedagógica e não punitiva;
<b>5. Mitigar o dano.</b>	Planejamento para os possíveis danos e a recuperação diante deles.

Portanto, *Qualidade e Segurança do paciente* (SP), apropriam-se da gestão de riscos para maximizar a chance de ocorrerem os resultados desejados, preconizando minimizar/evitar resultados negativos em saúde. A gestão integrada das equipes em reduzir riscos e evitar incidentes, especialmente eventos adversos (EA), tem exigido atuação permanente e desafiadora dos profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência, na prestação dos cuidados ao paciente.

A Anvisa, também estimula os serviços de saúde implantar práticas de segurança para reforçar a gestão da SP em serviços de saúde, com indicações sobre o que melhorar para prevenir ocorrência de incidentes de segurança. Sobre ética, os gestores devem fomentar o monitoramento do sistema e de seus resultados, assim como da utilização dos recursos a ele destinados, além de promover o interesse coletivo, sem descartar os individuais, prezando pela moral de suas ações e respeitando normas que ordenam a sociedade (Michele Caputo, 2018).

Os gestores das organizações e serviços de saúde precisam se apropriar do arcabouço teórico conceitual da *Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente* (SP), conhecer e monitorar sua realidade, implementar práticas para prevenir incidentes, capacitar equipes de saúde e criar um ambiente voltado à melhoria da qualidade do cuidado e da *Segurança do Paciente* (SP)

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA-ANVISA, Organização Pan-Americana (OPAS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC Nº 36 DE 25 DE JULHO DE 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.377 de 09 de julho de 2013. **Aprova Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.** Disponível em: <http://www.aeciherj.org.br/docs/portaria-1377-2013.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html). Acesso em: 23 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC n. 15, de 15/03/2012. **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processa-**

**mento de produtos para saúde e dá outras providências.** Brasília, 2012.

CHARLES, Vincent, AMALBERTI, René. **Cuidado de Saúde mais Seguro:** estratégias para o cotidiano do cuidado, 2016.

FIGUEIREDO, D.L.B., COSTA, A.L.R.C. Serviço de atendimento móvel às urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n. 5, p.707-10, 2009.

NETO, M.C. Visão Hospitalar Presidente do Conselho Nacional (Secretário de Saúde). **A Revista do Setor Hospitalar.** Federação Brasileira de Hospitais. ano 7, Edição 23 – abril 2018, trimestral. Strategies for the Real World (Cham Heidelberg New York Dordrecht London: Springer Open, 2016)

OMS. **Mecanismos de Identificação do Paciente em Serviços de saúde:** Manual II, unidade I (Protocolo de Segurança do Paciente I). 2016.

THOMAS, L.; GALLA, C. Building a culture of safety through team training and engagement. **BMJ Qual Saf**, v.22, n.5, p.425-434, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety solutions. 2007. [citado 2014 Mar 12]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf> © da versão brasileira, Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2016.



# CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

A Câmara Brasileira do Livro certifica que a obra intelectual descrita abaixo, encontra-se registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil. Conforme determinação legal, a obra aqui registrada não pode ser plagiada, utilizada, reproduzida ou divulgada sem a autorização de seu(s) autor(es).

Responsável pela Solicitação:

Lize Maria Alencar Nobre

Participante(s):

Lize Maria Alencar Nobre (Autor) | Thereza Maria Magalhães Moreira (Coordenador)

Título:

Manual de promoção do clima de segurança dos pacientes assistidos pelo SAMU-Ceará

Data do Registro:

12/4/2020 9:11:51 AM

Hash da transação:

0x97baf1cde9e076d15d1884d4d1b16448204eb73ec4738cb093f058eb6ea00c3a

Hash do documento:

ffbcc8e260aa916654413c257aae01bf967d353a795225026422e85a2ab3b58

Compartilhe nas redes sociais



[clique para acessar](#)



Este livro foi composto na tipografia Adobe Caslon Pro e Times New Roman.  
Miolo impresso em papel Offset 75 g/m<sup>2</sup>, capa em Cartão Supremo 250 g/m<sup>2</sup>.  
Impresso pela Gráfica LCR.