



UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

ALESSANDRA NOGUEIRA DE SOUSA SANTOS

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES NÃO
HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS: ANÁLISE DE RISCOS**

Goiânia
2015

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos

autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: [X] Dissertação [] Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autora:	Alessandra Nogueira de Sousa Santos		
E-mail:	enfalessanog@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? [X] Sim [] Não			
Vínculo empregatício da autora	Secretaria Municipal de Saúde		
Agência de fomento:	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás	Sigla: FAPEG	
País:	Brasil	UF: Goiânia	Go CNPJ -
Título:	SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES NÃO HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: ANÁLISE DE RISCOS		
Palavras-chave:	Enfermagem. Segurança do paciente. Urgências.		
Título em outra língua:	PATIENT SAFETY IN UNITS NON-HOSPITAL EMERGENCY AND URGENCY CARE: RISK ANALYSIS		
Palavras-chave em outra língua:	Nursing. Patient Safety. Emergencies.		
Área de concentração:	Ensino na Saúde		
Data defesa:	30/07/2015		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde		
Orientadora:	Cleusa Alves Martins		
E-mail:	cleusa.alves@gmail.com		

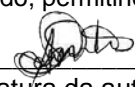
*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [] NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.



 Assinatura da autora

Data: 30/07/2015

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

ALESSANDRA NOGUEIRA DE SOUSA SANTOS

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES NÃO
HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS: ANÁLISE DE RISCOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Profa. Dra. Cleusa Alves Martins

Linha de pesquisa: Concepções e práticas na formação dos profissionais de saúde.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás.

Goiânia
2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

NOGUEIRA DE SOUSA SANTOS, ALESSANDRA
SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES NÃO HOSPITALARES
DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: ANÁLISE DE
RISCOS [manuscrito] / ALESSANDRA NOGUEIRA DE SOUSA
SANTOS. - 2015.
111 f.

Orientador: Profa. Dra. CLEUSA ALVES MARTINS.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade
de Medicina (FM) , Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
(Profissional), Goiânia, 2015.

1. ENFERMAGEM. 2. SEGURANÇA DO PACIENTE. 3. URGÊNCIAS
. I. ALVES MARTINS, CLEUSA , orient. II. Título.

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DO MESTRADO

Aluna: Alessandra Nogueira de Sousa Santos

Orientadora: Cleusa Alves Martins

Membros titulares:

1. Profª Drª CLEUSA ALVES MARTINS – Orientadora e presidente da banca

2. Profª Drº VARDELI ALVES DE MORAES -Membro do MEPES

3. Profª Drª NILZA ALVES MARQUES ALMEIDA- Membro externo (FEN/UFG)

Membros suplentes:

1. Profª Drª DIONE MARÇAL LIMA -Membro do MEPES

2. Profª Drª KARINE ANUSKA MARTINS- Membro externo (FANUT/UFG)

Data: 30/07/2015

Dedico este trabalho...

A todos os profissionais da saúde que atuam na atenção às urgências e emergências e aos pacientes que destes serviços necessitam.

AGRADECIMENTOS

A Deus por minha existência e por estar comigo todos os dias da minha vida, e pela providência divina para que esse sonho se realizasse. Senhor eu te amo e te adoro!

Aos meus avós Orlando e Olinda, pelo apoio, incentivo e por terem me ensinado que longe é um caminho que não existe. Amo e admiro vocês!

Aos meus pais Moisés e Naídma, pelos ensinamentos de amor, respeito, honestidade, responsabilidade e também pelo apoio sempre... Meu porto seguro! Amo vocês e obrigada por tudo!

A minha irmã-amiga, Naianne, pelo apoio e confidências em todos os momentos da minha vida, pelo ombro acolhedor e palavras sinceras... O que falta em mim eu encontro em você!

Ao meu esposo Edson e nossos filhos Luis Felipe e Laura que tantas vezes viram-se sozinhos durante os dias dedicados ao desenvolvimento deste trabalho.

Às enfermeiras Joanita, Gilma e Karla Prado, pela gentileza de me orientarem sobre o processo seletivo do mestrado, suas contribuições foram essenciais para que eu pudesse realizar o sonho de ser mestre.

À minha orientadora Dra. Cleusa Alves Martins, por ter me aceitado como orientanda e ter conduzido este estudo com competência, de maneira respeitosa, tolerante e por ter aberto a porta da sua casa para que juntas realizássemos esse trabalho. Obrigada pelo carinho e compreensão!

À equipe de enfermagem que participou do estudo, pela recepção e contribuição com a riqueza das respostas, as qual foram a base para a construção desse trabalho.

A toda equipe do MEPES e os colegas de turma, obrigada pelas experiências compartilhadas e conhecimentos construídos.

As professoras Karine Anusca Martins, e Hilda Braz pela ampla contribuição neste trabalho, de forma criteriosa e valiosa.

Aos meus colegas de trabalho do CAIS Jardim GUANABARA III, pela parceria e compreensão!

Às muitas pessoas, saibam elas disso ou não, que me ajudaram a escrever esse trabalho. A exemplo a lista de referências e as fontes usadas.

A todos que me ajudaram no cuidado à minha filha Laura, em especial meus pais, tia Irene, Luzia, tia Nilza e ao pediatra Dr. Luis Sérgio de Aquino Moura, sem vocês o transcorrer do estudo seria difícilimo, obrigada por tudo!

“Todas as coisas contribuem para o bem daqueles que amam a Deus”
(Romanos, 8:28).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Contextualizando a segurança do paciente	20
3.2 A enfermagem e a interface com a segurança do paciente	28
3.3 Atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde: reestruturação e legitimidades para seu exercício	31
4 MÉTODOS	38
4.1 Tipo de pesquisa	38
4.2 Cenário de estudo	38
4.3 Participantes	40
4.4 Trabalho de Campo	40
4.5 Análise de dados	41
4.6 Aspectos éticos	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 Caracterização dos participantes	43
5.2 O significado de risco ao paciente no cuidado à saúde	44
5.3 Riscos no cuidado à saúde relacionados aos recursos humanos.....	46
5.3.1 Formação dos recursos humanos e Educação Permanente em Saúde.....	46
5.3.2 Déficit de recursos humanos e sobrecarga de trabalho	58
5.4 Riscos no cuidado à saúde relacionados aos recursos materiais e físicos	63
5.4.1 Recursos materiais nos serviços de urgência	63
5.4.2 Riscos relacionados aos recursos físicos	70
5.5 Processos operacionais assistenciais	74
5.5.1 Instrumentos normativos nos serviços de urgência.....	74
5.5.2 Organização e funcionamento do Centro de Material e Esterilização	81
6 CONCLUSÕES	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS.....	90
PRODUTO TÉCNICO	102

ANEXO	105
Anexo A: Parecer do Comitê de Ética.....	106
APÊNDICES	109
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
Apêndice B: Instrumento de coleta de dados.....	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Definições adotadas pela Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.....	22
Quadro 2	Conceitos adotados conforme a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente - CISP (2009)	24
Quadro 3	Componentes da Rede de Atenção às Urgências e seus objetivos.....	34
Quadro 4	Distribuição da rede pré-hospitalar fixa de atenção às urgências e emergências, por Distrito Sanitário de Saúde em Goiânia, Goiás	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CAIS	Centros de Atenção Integral a Saúde
CIAMS	Centro Integrado de Atenção Médico-Sanitária
CME	Centro de Material e Esterilização
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
GR	Gestão de risco
CISP	Classificação Internacional para Segurança do paciente
IST	Índice de Segurança Técnica
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de segurança do paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança ao Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSP	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

UNHAU/E	Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família

RESUMO

A segurança dos pacientes em serviços de saúde é questão prioritária na Organização Mundial de Saúde. Entendendo a importância desta abordagem, este estudo objetivou analisar os riscos no cuidado à saúde de pacientes atendidos nas Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. O trabalho de campo foi realizado com a equipe de enfermagem por meio de entrevistas individuais semiestruturadas e optou-se pela análise de conteúdo. Os entrevistados relataram vários fatores que colocam em risco os pacientes, estando relacionados aos recursos humanos, materiais e físicos e aos processos operacionais assistenciais. Sobre os recursos humanos, a equipe de enfermagem mencionou: despreparo da equipe médica e de enfermagem no atendimento às urgências e emergências, relacionado à insuficiência na formação e ausência da Educação Permanente nos serviços; déficit de médicos e da equipe de enfermagem e sobrecarga de trabalho. Relataram a necessidade de redimensionamento de pessoal e da educação permanente, para minimização de riscos relacionados à sobrecarga de trabalho e a falta de preparo técnico-científico. Os recursos materiais e físicos foram considerados inadequados e insuficientes em todas as unidades. Entretanto, a metade das unidades avaliadas apresentaram melhores condições de trabalho no que se refere aos recursos físicos. Quanto aos processos operacionais, destaca-se a escassa protocolização dentro do bloco de urgência; o inadequado funcionamento do Centro de Material e esterilização e a forma de identificação dos pacientes foram mencionados como insuficientes para o cuidado seguro. Relataram erros e incidentes com pacientes no processo de trabalho, com destaque aos: erros de administração de medicamentos, incidentes sem danos (quedas) e a ocorrência de eventos adversos como óbito, broncoaspiração, mutilação de membro e trauma crânio-encefálico. Verificou-se que estes se relacionam à insuficiência e inadequação dos recursos humanos, materiais e físicos e na interação entre todo o sistema. Os resultados apontaram para a necessidade de gerenciamento de riscos nas unidades, conforme a legislação vigente, com vistas à segurança dos pacientes.

Palavras-chaves: Enfermagem. Segurança do paciente. Urgências.

ABSTRACT

Patient safety in health services is a priority issue at the World Health Organization. Understanding the importance of this approach, this study aimed to analyze the risks in the health care of patients seen in non-hospital units of emergency and urgency. It is a descriptive research with a qualitative approach. Fieldwork was carried out with the nursing team through semi-structured individual interviews and opted for the content analysis. Respondents reported several factors that endanger the patients like human resources, material and physical assistance and operational processes. On human resources, the nursing team mentioned: unpreparedness of the medical and nursing team in responding to emergencies and emergencies related to insufficient training and lack of Continuing Education in services; shortage of doctors, and nursing staff and work overload. They reported the need for team downsizing and continuing education, to minimize risks related to work overload and lack of technical and scientific preparation. The material and physical resources were considered inadequate and insufficient in all units. However, half of the units assessed showed better working conditions in relation to physical resources. As for the operational processes, it stands out the scarce filing within the emergency block; improper operation of Material and Sterilization Center and how to identify patients were listed as insufficient for safe care. They reported errors and incidents with patients in the labor process, with emphasis on: medication administration errors, damage without incident (falls) and the occurrence of adverse events such as death, aspiration, member of mutilation and traumatic brain injury. It was found that these are related to insufficient and inadequate human, material and physical and interaction between the entire systems. The results pointed to the need for risk management in the units, according to the current legislation, with a view to patient safety.

Keywords: Nursing. Patient Safety. Emergencies.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente e a qualidade do cuidado em serviços de saúde tem sido prioridade nas agendas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, pois, milhares de pessoas sofrem danos incapacitantes ou morrem em decorrência de assistência insegura à saúde (ANVISA, 2011; OMS, 2008).

Essa realidade levou o Ministério da Saúde a instituir a Portaria nº 529/2013, que estabeleceu o Programa Nacional de Segurança ao Paciente (PNSP). Essa portaria define segurança do paciente como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (BRASIL, 2013a).

Todos os passos no tratamento de um doente apresentam algum risco à sua segurança (CARRARA, 2009). De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, risco é a probabilidade da ocorrência de incidentes durante a prestação do cuidado à saúde e os fatores contribuintes são as circunstâncias, ações ou influências que participaram na origem ou no desenvolvimento, ou elevaram seu risco. Os fatores podem ser: Humanos – relacionados ao profissional; Sistêmico – relacionados ao ambiente de trabalho; Externos – relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor e Relacionados ao paciente. Exemplo: não adesão ao tratamento (MS, 2014; WHO, 2009).

A complexidade do trabalho na área da saúde eleva os riscos, e torna-se fundamental que seus profissionais, os gestores e a sociedade fiquem atentos aos potenciais riscos inerentes ao processo de cuidado e programem ações para impedir sua ocorrência (CARRARA; SALLES, 2009).

Neste aspecto, destaca-se a iniciativa do Ministério da Saúde que estabelece a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, públicos ou privados por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 (BRASIL, 2013b). Segundo essa resolução, a direção do serviço de saúde deve constituir o NSP e nomear sua composição conferindo aos membros autoridade,

responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente (PSP) (BRASIL, 2013b).

O NSP adota os seguintes princípios e diretrizes: melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; disseminação sistemática da cultura de segurança; articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

A cultura de segurança é definida por essa resolução como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

A equipe de enfermagem tem um papel importante na promoção da segurança do paciente, por representar a maior categoria de profissionais na área da saúde no país e no mundo, por desempenharem a maioria das ações de cuidado e possuir a capacidade de reconhecer as ameaças à segurança e impedir a possibilidade de erros atingirem o paciente (PEDREIRA, 2009).

Os riscos estão presentes nos diversos serviços de saúde, incluindo os serviços de urgência. No Brasil, a crescente demanda por serviços na área de urgência e a insuficiente estruturação da rede induziu a superlotação dos prontos-socorros hospitalares comprometendo a qualidade do cuidado nesses serviços (CARVALHO, 2008; MS, 2002; MS, 2004; SOUSA, 2014).

Em resposta a essa problemática foram elaboradas e publicadas as Portarias MS nº 2.048/2002 e nº 1.863/2003 que normatizam e regulamentam a organização dos componentes da rede assistencial que dá suporte às urgências e à reordenação do acesso dos usuários aos serviços sob a lógica da Regulação Médica. Tem-se como propósito a organização da atenção às urgências, em todos os níveis de complexidade, solucionando, em parte, a superlotação das urgências hospitalares no país (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003; MS, 2004).

As Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências (UNHAU/E) é um dos componentes do atendimento pré-hospitalar fixo regulamentado pela Portaria MS nº 2.048/2002 (BRASIL,

2002) e fazem parte da Rede de Atenção às Urgências, conforme estabelecido na Portaria MS nº 1.600/2011 (BRASIL, 2011). São estruturas de complexidade intermediária entre unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e as unidades hospitalares. Funcionam nas 24 horas, ininterruptamente, atendem demanda espontânea e estão habilitadas a prestar assistência correspondente à média complexidade, no primeiro nível das urgências (BRASIL, 2002; MS, 2004; BRASIL 2011).

Esses serviços têm a incumbência de dar respostas às urgências de origens clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas (MORAES, 2012) e possuir retaguarda de maior complexidade, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela central de regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade. Devem garantir transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Além disso, devem acolher os usuários utilizando o acolhimento com classificação de risco para definição de prioridades e tempo de resposta (MS, 2004).

Goiânia possui um número relevante de Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. No entanto, ao revisar a literatura não foram encontrados estudos com foco na segurança do paciente nesse espaço assistencial em Goiás.

Foram identificadas pesquisas sobre segurança do paciente com foco nos riscos e falhas no sistema de cuidado em diferentes contextos brasileiros (CANO, 2011; FASSINI; HAHN, 2012; FURTADO; JÚNIOR, 2010; MARQUES, 2013; MENDES-JUNIOR, 2007; SHCOLNIK, 2012; SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012; SOUSA, 2014). De modo geral, existe o consenso entre os estudiosos da área, da importância de conhecer o que acontece nas instituições de saúde, os processos mais críticos, com maior chance de erros, para que se possa interceptá-los antes de causarem danos (CARRARA, 2009; FELDMAN, 2009; KUSAHARA; CHANES, 2009; PEDREIRA; HARADA, 2009; TRAVASSOS; QUADROS; MARTINS; MENDES, 2009; VICENT, 2009; WACTER, 2010).

Com vistas a melhorar a prática e por ser campo de atuação profissional junto à equipe de enfermagem da pesquisadora responsável definiu-se o problema de pesquisa: Qual a concepção da equipe de

enfermagem acerca dos possíveis riscos no cuidado à saúde de pacientes atendidos nas Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências?

Justifica-se a realização desse estudo, tendo em vista a necessidade de se obter mais conhecimentos acerca dos riscos à segurança dos pacientes nesse espaço assistencial, considerando que esse modelo de organização, bem como a segurança do paciente tem ocupado posição de destaque no cenário nacional nas duas últimas décadas.

A relevância desse estudo está na oportunidade de gerar resultados que poderão ser usados em benefícios dos pacientes que utilizam as UNHAU/E, fomentando a tomada de decisão em prol de melhorias nesse espaço assistencial e também sugerir novos rumos para pesquisas futuras.

Esta pesquisa possibilitará maior reflexão dos profissionais envolvidos na atenção às urgências e emergências, sobre os riscos à segurança dos pacientes no ambiente de assistência, estimulando-os a adotar as melhores práticas para um cuidado seguro, baseado em evidências científicas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os riscos no cuidado à saúde de pacientes atendidos nas Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências na concepção da equipe de enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o significado de risco ao paciente no cuidado à saúde na concepção da equipe de enfermagem.

Identificar fatores que podem gerar incidentes, colocando em risco os pacientes que buscam assistência à saúde nas Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

Durante a década de 1990 e no início do século XXI, foram divulgadas inúmeras estatísticas sobre erro médico e lesões provocadas em pacientes. Merece destaque a publicação pelo Institute of Medicine, em 1999, de o relatório *Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To Err is Human: Building a Safer Health Care System)*, o qual estimou que entre 44.000 e 98.000 americanos morrem por ano devido a erros, na assistência à saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Esses dados até então eram desconhecidos pela maioria dos profissionais de saúde, administradores, governantes e pacientes. Essa publicação chamou a atenção da mídia e da população, também estimulou uma diversidade de investigações, e elaboração de importantes relatórios governamentais e de sociedades de profissionais no campo da segurança do paciente (HARADA; PEDREIRA; 2009, VINCENT, 2009; WACHTER, 2010).

Embora o moderno movimento de segurança do paciente tenha começado com a publicação desse relatório, Florence Nightingale, postulava em 1859 que talvez pareça estranho enunciar que o primeiro dever de um hospital é não causar dano ao paciente (PEDREIRA; HARADA 2009; VINCENT, 2009).

No Brasil aconteceram iniciativas em favor da segurança do paciente merecendo destaque a criação do Programa Hospitais Sentinelas, da Rede Nacional de Investigação e Surtos e de Eventos Adversos em serviços de saúde; o compromisso assumido pelo Ministério da Saúde, em 2007, com a Aliança Mundial para Segurança do Paciente na luta contra infecções relacionadas à assistência à saúde. Na enfermagem, destaca-se a criação da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do paciente (REBRAENSP), em 2008, vinculada à rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Houve iniciativa mais recente como a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013a) que institui o Programa Nacional de Segurança ao Paciente (PNSP) que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Também a criação da Resolução de Diretoria Colegiada–RDC nº 36 de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b) que institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A abordagem acerca da segurança do paciente por meio de conceito e de classificação facilita a compreensão. No Quadro 1 estão descritos alguns conceitos conforme a Resolução RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013b).

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou a Classificação Internacional para Segurança do paciente (CISP) (WHO, 2009) definindo 48 conceitos sobre a temática, porém, no presente estudo discutiram-se apenas treze, os quais estão descritos no Quadro 2.

Quadro 1. Definições adotadas pela Resolução de Diretoria Colegiada RDC-nº 36, de 25 de julho de 2013

Conceito	Definições
Segurança do paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.
Cultura da segurança	Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano à saúde.
Garantia da qualidade	Totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.
Gestão de risco	Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde

Quadro 1. Definições adotadas pela Resolução de Diretoria Colegiada RDC-nº 36, de 25 de julho de 2013 (cont.)

Núcleo de segurança do paciente (NSP)	Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.
Plano de segurança do paciente em serviços de saúde	Documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.
Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde	Componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.
Serviço de saúde	Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;
Tecnologias em saúde	Conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Quadro 2. Tradução textual da Classificação Internacional para Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

Conceito	Definição
Cuidado em saúde	Cuidados recebidos por indivíduos ou por comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde.
Saúde	Estado de completo bem estar físico, mental, e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade.
Perigo	Circunstância, agente ou ação com potencial de causar danos.
Segurança do paciente	Redução no risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde ao mínimo aceitável.
Dano associado ao cuidado à saúde	Dano advindo ou associado a planos ou ações tomados durante o cuidado à saúde e que não decorre da doença ou lesão.
Incidente de segurança do paciente	Evento ou circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente

Quadro 2. Tradução textual da Classificação Internacional para Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde
(cont.)

Erro	Falha na finalização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto.
Risco	Probabilidade da ocorrência de um incidente
Quase falha	Incidente que não alcançou o paciente
Incidente sem dano	Incidentes que atingiu o paciente sem danos observáveis
Incidentes com dano (evento adverso)	Incidente que resultou em dano ao paciente
Reação adversa	Dano inesperado resultante de uma ação justificada em que o processo correto foi seguido para o contexto no qual o evento ocorreu
Fator contribuinte	Circunstância, ação ou influência que participou na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou aumentou seu risco.

Fonte: WHO, 2009; HARADA, 2009.

Reconhece-se o valor desses termos sobre sistema de segurança, mas acredita-se que a definição de *erro humano* como “uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo ou a não execução à contento de uma ação planejada” descrita por Kohn et al. (2000) como mais abrangente quando comparada à proposta pela CISP(WHO, 2009), que o define como “falha na finalização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto”, especialmente por ser claro, que o erro é não intencional (HARADA, 2009). Assim defende-se que nas definições utilizadas em instituições e em estudos nacionais o termo “não intencional” deve aparecer para não ser confundido com termos jurídicos como imprudência, negligência e imperícia.

É importante compreender a diferença entre erros e violações. Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras. A não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde é exemplo de violação (ANVISA, 2013).

O erro humano é reconhecido como a terceira causa de morte em países desenvolvidos, após o câncer e as cardiopatias. Estimam-se em 150.000 e 80.000 óbitos por ano, nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, respectivamente (FERRAZ, 2009).

Um estudo brasileiro analisou três hospitais no Rio de Janeiro e mostrou que oito em cada 100 pacientes internados sofreram um ou mais eventos adversos, e essa frequência foi semelhante à observada nos países desenvolvidos. Cerca de 67% das ocorrências foram consideradas evitáveis (MENDES JÚNIOR, 2007).

Segundo a CISP os eventos adversos são incidentes que resultam em dano ao paciente, ocorridos durante a prestação do cuidado à saúde podendo este ser físico, social ou psicológico, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (MS, 2014; WHO, 2009).

O paradigma da segurança do paciente requer novas formas de concepção e ação a respeito da prática assistencial, com relação à ocorrência de erros e de eventos adversos, por parte dos profissionais, gestores e elaboradores de políticas públicas (KUSAHARA; CHANES, 2009).

É uma questão abrangente, de aspecto multidisciplinar, e é preciso disseminar uma nova cultura em relação ao tema, que seja amparada em princípios como apresentado por Barcellos (2010):

Se errar é humano, como encarar verdadeiramente o problema? E não sob a perspectiva de posturas punitivas, sentimentos de vergonha e de diversas formas de ocultação (BARCELLOS, 2010, p. xi).

No Brasil, a cultura do sistema de saúde ainda é fortemente relacionada ao comportamento de apontar os culpados na ocorrência de erros cometidos por profissionais não intencionados, uma vez que prevalece a visão dos erros, na perspectiva individual de punição. Parece que investigar o porquê, como e quando os erros acontecem não é tão importante, quanto saber quem os realizou (SALLES, 2009).

Os profissionais temendo represálias diante da descoberta de suas falhas e acidentes, omitem e as encobrem, ou quando identificados, buscam livrar-se do encargo que gera uma cadeia de censuras que em nada contribui para compreensão do processo (QUINTO NETO, 2006).

Nesse sentido merece destaque a criação da Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013b) que tem por princípios e diretrizes a “Disseminação da Cultura de Segurança” e define cultura de segurança, como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão de saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A análise dos erros, sem qualquer forma de julgamento permite utilizá-los como aprendizagem e prevenção de novas ocorrências. Identificar os erros e as circunstâncias relacionadas, desenvolver medidas preventivas, implementar intervenções e instruir-se com eles são maneiras de praticar a segurança do paciente (KUSAHARA; CHANES, 2009) e a enfermagem possui um uma posição privilegiada nesse panorama.

3.2 A ENFERMAGEM E A INTERFACE COM A SEGURANÇA DO PACIENTE

A enfermagem é a arte e a ciência do CUIDAR, necessária a todos os povos e a todas as nações, imprescindível em época de paz ou em época de guerra e indispensável à preservação da saúde e da vida dos seres humanos em todos os níveis, classes ou condições sociais (GEOVANINI, 2005, p.3)

A enfermagem é uma das mais importantes profissões a serviço da humanidade e atravessou os tempos a partir de uma prática doméstica informal, passando de uma ocupação desorganizada em meados do século XIX para o nível de profissão institucionalizada no século XX (MACHADO, 2005).

A enfermagem é uma ciência humana que tem como essência o cuidado das pessoas sadias ou doentes. O exercício da atividade de Enfermagem, segundo a Lei nº 7.498/1986 (BRASIL, 1986) é privativo do enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, e parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN, GO, 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatiza em âmbito nacional por meio da resolução nº 347/2009, a obrigatoriedade de haver enfermeiros em todas as unidades de serviços nas quais são desenvolvidas ações de enfermagem, durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde (COFEN, 2009).

Cabe ao enfermeiro organizar e planejar a assistência a ser prestada. Compete ainda, coordenar, prescrever, delegar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem e poderá delegar se a assistência deverá ser feita por um técnico e/ou auxiliar de enfermagem ou ser de sua competência. Quando houver procedimentos de alta complexidade, esses deverão ser realizados exclusivamente pelos profissionais enfermeiros (COREN, GO, 2010; COREN, SP, 2001).

A assistência de enfermagem de média complexidade ao cliente no sistema de atenção às urgências e emergências é de competência do técnico de enfermagem sob a orientação e supervisão do enfermeiro (COREN, GO, 2010).

Ao auxiliar de enfermagem será permitida somente a assistência básica, não complexa, de acordo com os termos da lei vigente. Havendo risco iminente ou complexidade na assistência, esta deverá ser prestada somente pelo Enfermeiro (COREN, SP, 2001).

A equipe de enfermagem é a categoria de profissionais da saúde que mais tem contato com o paciente, portanto ele é um dos principais profissionais engajados no gerenciamento de riscos (FASSINI; HAHN, 2012).

A gestão do conhecimento acerca dos riscos precisa estar disseminada, sendo necessária a sensibilização coletiva e envolvimento de todos no processo. E o enfermeiro por estar 24 horas na instituição e por liderar uma grande equipe deve ser agente facilitador e multiplicador da Gestão de Risco, disseminando, incentivando e apoiando ações proativas que visem a melhoria da qualidade (FELDMAN, 2009).

A Resolução nº 36 de 2013 (BRASIL, 2013b) define Gestão de risco como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013b).

A RDC nº 36 de 2013 (BRASIL, 2013b) institui a criação do Núcleo de Segurança do Paciente nos serviços de saúde e foi um grande avanço no país, pois, cabe ao núcleo estabelecer estratégias e ações de gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, quais sejam: Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; segurança no uso de equipamentos e materiais; manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado; prevenção de quedas dos pacientes; prevenção de úlceras por pressão; prevenção e controle de

eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral; comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e a promoção do ambiente seguro (BRASIL, 2013b).

Vale salientar que os NSPs, previstos na RDC nº 36/2013, são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente. Os NSPs em hospitais terão conformação distinta dos NSPs em estabelecimentos de Saúde não hospitalares. Em unidades de Atenção Básica, por exemplo, de uma mesma região de Saúde, o NSP pode ser único, conforme definição do gestor local (BRASIL, 2013b; MS, 2014).

A enfermagem deve assumir a posição de vanguarda na gestão de risco e prevenção de erros, modificando o panorama da segurança do paciente, em que milhões de pessoas são vítimas de erros. Vale ressaltar que o local de trabalho influencia a prática de enfermagem e, assim sendo, as instituições de saúde devem desenvolver institucionalizar metas de segurança na mesma importância das demais - atendimento, financeira e outras (PEDREIRA, 2009).

A infra-estrutura de instrumentos é importante, mas não é suficiente, é necessário sensibilizar e envolver as pessoas no processo. Palestras, panfletos, jornal interno, mural, gincanas, dinâmicas de grupo, apresentações teatrais, são meios agradáveis para sedimentar a gestão de risco (FELDMAN, 2009).

É fundamental que os profissionais e a sociedade estejam cada vez mais vigilantes para os potenciais riscos inerentes ao processo de cuidado e conscientes da seriedade dos problemas de segurança (TRAVASSOS, 2009).

A REBRAESNP fundada em 2008, é uma iniciativa bem sucedida de enfermeiros, criada para o desenvolvimento de articulação e de cooperação entre instituições de saúde e educação com vistas ao fortalecimento da assistência de enfermagem segura e com qualidade, reafirmando o compromisso da enfermagem e a cooperação nos processos de mudanças

(CASSIANI, 2010).

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem trabalhar em ambientes que promovam melhor desempenho de suas funções, oportunizando cuidados centrados nas necessidades individuais do paciente, de forma respeitosa, segura e qualificada (PEDREIRA; HARADA, 2009) e no que se refere à atenção, as urgências e emergências devem potencializar esse aspecto, tendo em vista que cada segundo conta, e a falta de ambientes que promovam melhor desempenho da equipe multiprofissional pode acarretar danos irreversíveis ao paciente.

3.3 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - REESTRUTURAÇÃO E LEGITIMIDADES PARA SEU EXERCÍCIO

O Ministério da Saúde define urgência como a ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, e emergência como constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo tratamento médico imediato (MS, 2014).

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. No Brasil a crescente demanda por serviços nessa área têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos mesmos. O aumento da demanda está relacionado ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana, do envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dos quadros agudos entre outros. Tanto o aumento da demanda dos serviços de urgências e emergência, quanto a insuficiente estruturação da rede tem comprometido a qualidade da assistência prestada à população (CARVALHO, 2008; MS, 2004).

Em resposta a essa problemática, o Ministério da Saúde (MS) proporcionou a normatização e regulamentação dos Serviços de Urgência no País por meio da publicação de duas portarias (nº 2.048/2002 e nº 1.863/2003) as quais instituem o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a Política Nacional de Atenção às

urgências, respectivamente (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003a). Essas portarias determinam a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências de qualquer nível de complexidade ou gravidade, interligadas e organizadas nos componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.

O componente Pré-Hospitalar fixo é composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, Ambulatórios Especializados, Serviços de Diagnóstico e Terapias, e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. O componente Pré-hospitalar móvel é composto pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob a regulação médica de urgências (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003a).

O componente hospitalar é composto pelas portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências. O componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária (BRASIL, 2003a).

A Portaria MS nº 1.864/GM (BRASIL, 2003b) regulamentou o componente Pré-Hospitalar Móvel, definindo sua estruturação, por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dos serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional com as Centrais de Regulação Médica acessadas pelo número 192 e os Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2003b; MS, 2006).

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de

respostas necessárias à satisfação de suas necessidades (MS, 2004).

O avanço nos últimos anos no processo de implementação do SUS no Brasil, tem mostrado a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (MS, 2011).

Neste sentido merece destaque a Portaria MS 1.600/2011 (BRASIL, 2011) que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU), no SUS. Segundo essa portaria estas redes deverão conter oito componentes, entre eles: Promoção, Prevenção e Vigilância à saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA - 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares; Atenção hospitalar; e Atenção Domiciliar.

A Rede de Atenção às Urgências conforme a Portaria MS 1.600/2011 (BRASIL, 2011) está detalhada no Quadro 3.

Quadro 3. Componentes da Rede de Atenção às Urgências e seus objetivos.

Componentes	Objetivos
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde	Estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.
Atenção Básica em Saúde	Ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências	Chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. O SAMU pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento
Sala de Estabilização	Deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

Força Nacional de Saúde do SUS Aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

Quadro 3. Componentes da Rede de Atenção às Urgências e seus objetivos.

Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas	<p>I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e;</p> <p>II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.</p>
Hospitalar	É constituída pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
Atenção Domiciliar	Compreende como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar

Fonte: BRASIL, 2011.

Em 2013, o Ministério da Saúde elaborou o manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. Esse manual apresenta um consolidado de todas as estratégias para a implementação da rede no Brasil, com vistas a garantir ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo adequado. Tem como objetivo central apresentar, esclarecer e orientar os gestores, trabalhadores e usuários sobre os principais normativos e diretrizes norteadores para a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no país (MS, 2013b).

Segundo o manual, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares são estruturas de complexidade intermediária entre a atenção básica de saúde e a atenção hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, ininterruptamente, e compor uma rede organizada de atenção às urgências / emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar proporcionando a continuidade do tratamento (MS, 2013b).

Em 2004, um estudo realizado com o objetivo de avaliar a organização assistencial das Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências/Emergências do Município de Goiânia, com base no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência – Portaria GM nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, concluiu-se que o cenário observado quanto à organização assistencial estava muito aquém do referencial adotado, o que comprometia suas atribuições em termos de produtividade e, provavelmente, da qualidade assistencial (MOURA, 2004).

Os serviços de atenção às urgências pré-hospitalares de Goiânia - Goiás, realizam aproximadamente 100.000 consultas médicas por mês, sendo a maioria no pré-hospitalar fixo e são responsáveis pelo atendimento de média complexidade à toda população da região metropolitana e outros municípios goianos (MORAES, 2012).

Em uma pesquisa realizada com o objetivo de analisar o trabalho desenvolvido na gestão da atenção pré-hospitalar de urgência do município

de Goiânia, na visão do gestor, identificou-se que o crescimento progressivo da demanda e a diversidade relacionada à complexidade desta, torna os desafios maiores e o processo de gestão mais complexo (MORAES, 2012).

Levando em conta os avanços do SUS e a necessidade de qualificar a gestão do cuidado, recentemente o Ministério da Saúde publicou a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência" por meio da Portaria nº 354/2014 (BRASIL, 2014). Segundo essa portaria a equipe do serviço de urgência deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e ações de prevenção e controle de infecções e de eventos adversos. A publicação desta portaria reafirma a preocupação com a segurança no cuidado à saúde na atenção as urgências e emergências no país.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa descritiva, segundo os pressupostos da metodologia qualitativa.

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, fruto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e edificam seus artefatos (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (1998) o método qualitativo objetiva o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, importantes para a descrição e compreensão dos fenômenos de uma determinada situação.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Goiânia - Goiás, em seis Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Vale ressaltar que esses serviços fazem parte do componente pré-hospitalar fixo.

Na capital a rede pré-hospitalar fixa de atenção às Urgências e Emergências é composta por unidades denominadas Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária (CIAMS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e unidades de referência em Ortopedia, Queimaduras e Pronto Socorro Psiquiátrico.

Goiânia possui dezessete Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, distribuídos nos sete Distritos Sanitários de Saúde, sendo: Leste, Oeste, Sul, Sudoeste, Norte, Noroeste e Campinas-Centro.

Estes serviços funcionam 24 horas e atendem demanda espontânea com agravos agudos e estão distribuídos conforme o Quadro 4.

Quadro 4. Distribuição da rede pré-hospitalar fixa de atenção às urgências e emergências, por Distrito Sanitário de Saúde em Goiânia, Goiás, 2014.

Distrito Sanitário	Unidades de Urgência
Norte	CIAMS Urias Magalhães CAIS Jardim Guanabara III
Leste	CAIS Novo Mundo CAIS Amendoeiras CAIS Chácara do Governador
Sul	CIAMS Jardim América P. S. Psiquiátrico Wassily Chuc Ambulatório Municipal de Queimaduras
Sudoeste	CIAMS Novo Horizonte UPA Dr. João Batista de Sousa Junior (Residencial Itaipu)
Oeste	CAIS Bairro Goiá
Campinas Centro	CAIS Campinas CAIS Deputado João Natal Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia CROF
Noroeste	CAIS Curitiba CAIS Finsocial CAIS Cândida de Moraes

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA, 2014.

Este estudo foi realizado apenas nos CAIS e CIAMS, sendo: CAIS Jardim Guanabara, Novo Mundo, Bairro Goya, Curitiba, Campinas e no CIAMS Jardim América. Estas Instituições foram escolhidas por serem vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, e estarem distribuídas nos seis diferentes distritos. Como o serviço de urgência do CIAMS Novo Horizonte na época da coleta de dados se encontrava desativado, foram selecionadas seis unidades e não sete, conforme o número de distritos na cidade.

Essas unidades de saúde embora tenham denominações diferentes são semelhantes nas ações que desenvolvem (MORAES, 2012), conforme

exposto:

Embora tenham denominações diferentes, possuem uma missão idêntica: acolher e dar resposta às urgências e emergências clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas (MORAES, 2012, p.50)

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram enfermeiros e técnicos em enfermagem atendendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: Enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam diretamente na assistência no cenário do estudo, que estavam presentes no período do trabalho de campo e que concordaram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Critério de exclusão: Enfermeiros e técnicos de enfermagem que por motivo de férias ou licenças, não se encontravam presentes na unidade no momento do trabalho de campo.

Fizeram parte desse estudo 24 profissionais, sendo 12 enfermeiros e 12 técnicos em enfermagem.

4.4 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo ocorreu no período de novembro de 2014 a março de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas e norteadas pelas questões conforme Apêndice B.

Foram realizadas entrevistas individuais, pela pesquisadora responsável, durante o horário de trabalho e em local privativo dentro dos serviços. Cada entrevista durou em média trinta minutos. A entrada nas unidades se deu por meio da anuência da Secretaria Municipal de Saúde, e após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Goiás.

O número médio de participantes por unidade de saúde foram quatro, contudo, foi necessário retornar algumas vezes para atingir maior número de entrevistas. Os dados obtidos nas entrevistas foram gravados

com o consentimento do informante e, posteriormente, transcritos na íntegra. O critério para a finalização da coleta de dados foi no momento em que ocorreu a saturação dos dados.

Ao abordar os participantes nas unidades de estudo não houve recusa, e ficaram alguns que gostariam de participar, porém com a saturação dos dados, a coleta foi encerrada. Embora os profissionais encontravam-se muito atarefados, foram muito receptivos, e valorizaram a importância da pesquisa para melhoria dos serviços. Devido à alta demanda de pacientes, em alguns locais foi necessário aguardar para poder abordar os profissionais e justificar o objetivo da pesquisa.

Por a pesquisadora responsável possuir vínculo funcional com a Secretaria Municipal de Saúde nessa área de atuação, junto à equipe de enfermagem, facilitou a entrada nas unidades e o acesso aos participantes, bem como o estabelecimento de confiança mútua.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados empregando-se o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2009). A utilização desse método implica que os dados coletados foram submetidos a três fases de processamento e análise: Pré-análise; Descrição analítica; Inferência e interpretação (BARDIN, 2009; MINAYO, 2010).

A análise realizada no presente estudo seguiu o proposto pelas autoras supracitadas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2010) com a seguinte seqüência; após realizar as entrevistas e as transcrições na íntegra organizou-se o material; posteriormente foram realizadas leituras exaustivas; deu-se início a codificação dos dados, em seguida, os códigos semelhantes foram agrupados e, deram origem às categorias.

Com a reflexão e aprofundamento da análise revelaram-se então os riscos no cuidado à saúde de pacientes atendidos nas Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados em relação à pesquisa com seres humanos, seguindo critérios da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Goiás e aprovado sob o Parecer 544. 343 (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, inicialmente, será apresentada a caracterização dos participantes, e posteriormente a análise dos dados atribuídos aos riscos à segurança dos pacientes atendidos nas UNHAU/E.

Na análise dos discursos emergiram quatro categorias: 1) O significado de risco ao paciente no cuidado à saúde; 2) Riscos no cuidado à saúde relacionados aos recursos humanos; 3) Riscos no cuidado à saúde relacionados aos recursos materiais e físicos; 4) Processos operacionais assistenciais.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados 24 participantes da equipe de enfermagem, sendo dois (8,3%) do sexo masculino e vinte e dois (91,7%) do sexo feminino, com idades entre 25 e 59 anos. Destes, dezesseis eram casados, sete solteiros, e um divorciado.

Quanto à categoria profissional, eram doze enfermeiros (50,0%) e doze técnicos em enfermagem (50,0%), dos doze técnicos em enfermagem quatro possuem nível superior em enfermagem e uma é acadêmica de enfermagem. Vale ressaltar que desses técnicos de enfermagem que são graduados, um possui pós-graduação em Controle de Infecção Hospitalar.

Quanto aos Enfermeiros, sete (58,3%) possuíam pós-graduação, um em Saúde Pública, quatro em Unidade de Terapia Intensiva, dois em Urgência e Emergência e três eram mestrandas.

O tempo de atuação no atendimento às urgências e emergências na rede municipal variou de um a oito anos - cinco participantes entre um a dois anos, treze entre dois a cinco anos e seis entre seis a oito anos. Todos entrevistados têm vínculo efetivo por meio de concurso público municipal.

5.2 O SIGNIFICADO DE RISCO AO PACIENTE NO CUIDADO À SAÚDE

Essa categoria se refere ao conjunto de conhecimentos que os participantes apresentaram acerca do significado de riscos ao paciente no cuidado à saúde.

Os participantes ao serem indagados sobre a compreensão do que seria risco ao paciente, consideraram como a probabilidade da ocorrência de dano ao paciente, relacionado a ações, situações ou procedimentos realizados durante o seu atendimento.

Eu acredito que risco ao paciente é a probabilidade de algum evento que prejudique a segurança do paciente, que isso pode levar a um dano maior que o paciente já tá passando E-20.

Eu entendo que os riscos ao paciente é formado por um conjunto de ações, situações que podem levar riscos a sua saúde durante o seu atendimento E-16.

Eu acho que risco ao paciente no cuidado à saúde é tudo aquilo que pode comprometer, que pode vir a causar algum dano ao paciente, tudo que vai colocar em risco a sua saúde e a sua integridade E-19.

Seria qualquer situação que expõe o paciente a um agravamento do seu quadro, gerando prejuízos a sua integridade física e psicológica E-9.

Eu entendo por ações ou situações que colocam em risco a qualidade do atendimento do paciente, podendo causar prejuízos reais ou potenciais na terapêutica dele E-7.

Eu entendo por riscos ao paciente, qualquer conduta, procedimento, ou falta deles que interfira no cuidado à saúde do paciente podendo causar danos ou outras consequências a saúde do paciente E-11.

Pra mim o risco, são procedimentos realizados, no atendimento ao paciente aqui na unidade de saúde, onde eu vou prejudicar a saúde dele, podendo até causar outras patologias E-12.

Entre os riscos foram exemplificados aspectos organizacionais, que poderão interferir no cuidado, como falta de equipamentos, insumos, estrutura adequada, capacitação profissional, protocolos e outros.

[...] eu considero a falta de equipamentos risco para o atendimento adequado a sua saúde física, eu acho que a falta de capacitação de alguns profissionais podem colocar em risco a segurança do paciente durante o seu atendimento E-16.

É tudo aquilo que expõe o paciente, como: falta de insumos, é a falta de capacitação do, do profissional, protocolos em gerais E-1.

Risco ao paciente [...] falta de equipe adequada, falta de estrutura, tudo isso corresponde a falta de segurança do paciente, você recebe paciente com unidade não preparada para receber aquele paciente, eu entendo isso E-24.

Os riscos ao paciente está associado ao cuidado geral com ele [...] podemos citar falta de insumos no cuidado com ele, podemos citar também falta do medicamento e tudo isso interfere na segurança do paciente, levando aos riscos E-13

Em uma pesquisa realizada em unidade de internação clínica com a equipe de enfermagem, em relação ao conhecimento sobre o que seria risco ao paciente, enfermeiros apresentaram respostas conceituais e os técnicos em enfermagem exemplificaram risco de infecção, queda, erros de administração de fármacos e outros vivenciados na prática (FASSINI; HAHN, 2012)

Nesse estudo, identificou-se que tanto enfermeiros e técnicos em enfermagem demonstraram compreensão clara e objetiva acerca da definição de riscos ao paciente no cuidado à saúde, bem como os fatores contribuintes.

Dados que se assemelham com as definições da Classificação Internacional para Segurança do paciente (WHO, 2009) que define risco como a probabilidade de ocorrência de um incidente e fator contribuinte como circunstância, ação ou influência que participou na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou aumentou seu risco (HARADA, 2009; WHO, 2009).

Riscos são representados por situações, procedimentos ou condutas que, se caso acontecerem, podem causar dano à pessoa que foi exposta, e efeito negativo aos profissionais e instituição (D'INNOCENZO, 2006; FELDMAM, 2009).

A equipe de enfermagem por estar 24 horas na instituição deve conhecer os possíveis riscos à segurança dos pacientes no processo de trabalho, para poder implantar e implementar ações que visem a redução dos mesmos. As situações perigosas podem ser controladas, minimizadas e às vezes, eliminadas por meio de ações de enfermagem e com a participação de cada profissional (FELDMAM, 2009).

5.3 RISCOS NO CUIDADO À SAÚDE RELACIONADOS AOS RECURSOS HUMANOS

Nessa categoria foram agrupados os significados que dizem respeito aos riscos no cuidado à saúde de pacientes atendidos nas UNHAU/E, relacionados aos recursos humanos. Mencionaram fatores organizacionais e externo.

Ao descreverem aspectos relacionados aos recursos humanos os participantes mencionaram falta de preparação da equipe de enfermagem e médica relacionadas a lacunas na formação, aliados a ausência de Educação Permanente e ou capacitações de forma regular nos serviços e também insuficiência de recursos humanos e sobrecarga de trabalho. Esses dados deram origem a duas sub-categorias: 1) Formação dos recursos humanos e Educação Permanente em Saúde; 2) Déficit de recursos humanos e sobrecarga de trabalho.

5.3.1 Formação dos recursos humanos e Educação Permanente em Saúde

Ao relatarem os aspectos relacionados à formação, mencionaram que os conhecimentos no que se referem ao atendimento as urgências e emergências adquiridos durante a formação de médicos e enfermeiros são insuficientes para o desenvolvimento da prática profissional, suscitando riscos aos pacientes que necessitam desse tipo de atendimento. Identificou-se despreparo da equipe.

Oh, o que eu tenho vivenciado é a despreparação dos médicos na emergência, no caso da emergência específica no paciente, numa parada cardiorrespiratória é o médico que não tem nenhuma preparação para ta ali fazendo aquele procedimento e leva a vida do paciente em risco [...] o despreparo da enfermagem também, mas eu tem observado nos médicos porque ele tem que ta de frente, e a responsabilidade maior é dele, e também do enfermeiro pra cobrar, porque vendo aquilo ali acaba sendo todos cúmplice de tudo, de tudo negativo, de não obter um resultado bom E-2.

[...] assim como os médicos a gente sai da faculdade sem ter uma experiência que nos dê respaldo que nos dê tranquilidade no atendimento ao paciente grave [...] e isso gera riscos aos pacientes E-9.

Eu sempre comento a respeito da formação, que quando eu entrei na prefeitura eu era recém formada, hoje eu tenho dois anos de formada, mas quando eu entrei, eu tinha acabado de sair da

faculdade, eu praticamente não sabia nada, então assim, quando eu passei no concurso eles não quiseram saber se eu tinha especialização, se eu não tinha, qual a capacitação que eu tinha pra assumir ser supervisora de uma urgência [...] aqui na emergência você tem que tomar decisões rápidas, você tem que ter conhecimento, você tem que estar seguro do que está fazendo, eu acho que realmente é pouco o conhecimento adquirido na formação, eu acho que a prefeitura deveria investir nos profissionais e isso eu to falando pela questão da enfermagem, e isso acontece nas outras profissões também, não só na enfermagem, também na medicina E-12.

A nossa formação quanto a atenção as urgências, eu acho que não seja suficiente, a gente acaba aprendendo muito no dia a dia no trabalho [...] e é um fator de risco E-10.

Muita falta de conhecimento, nós deveríamos ter bem mais E-17.

A preocupação com a formação para o trabalho na área da saúde no Brasil não é recente e se fortaleceu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado na Constituição Federal de 1988, fruto do movimento da Reforma Sanitária. O seu artigo 196 estabelece: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. A formação dos trabalhadores em saúde é descrita no artigo 200 que “ao Sistema Único de Saúde compete além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação dos recursos humanos na área da Saúde” (BRASIL, 1988).

No entanto, para que houvesse cumprimento dos preceitos constitucionais elaboraram-se leis complementares - a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990b). Estas leis detalham a participação da comunidade, a promoção, a proteção, a recuperação da saúde e a formação dos recursos humanos.

Na Lei 8.080/90, título IV, dos recursos humanos, artigo 27, inciso I, está descrito: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990a).

Embora a preocupação com a formação para o trabalho na área da saúde não seja recente, os participantes consideraram o conhecimento teórico-prático adquirido na formação profissional de médicos e enfermeiros insuficientes para a prática na atenção as urgências e emergências e foi relatada pelos participantes em todas as unidades de estudo.

Esses achados corroboram com Birolini (2007), pois afirma que o atendimento inicial ao paciente grave nos serviços de urgências e emergências requer conhecimentos técnicos e habilidades específicas, adquiridos por meio de muito estudo e treinamento e raramente tais qualificações são adquiridas durante os cursos de graduação nas áreas de saúde.

Eu percebo que o profissional médico ele tem muita dificuldade, ele sai de uma formação e vem pra cá, ele não tem um treinamento específico durante a intubação, ele falta habilidade, falta treino, falta muito conhecimento técnico-científico nesse momento, e aí é a hora do maior risco ao paciente, e ocorre sim!
E-3.

Comumente, o profissional de saúde recebe seu diploma sem ter um mínimo de experiência nesta área, e pelo menos durante um período de sua vida poderá ser forçado a dar plantões em serviços de emergências, pelas próprias características do mercado de trabalho (BIROLINI, 2007).

Os achados quanto à deficiência do ensino médico na atenção às urgências se justifica com outros autores, descrevem que a formação de profissionais de saúde no atendimento às emergências médicas ocorreu de forma errônea. Somente na última década, surgiram disciplinas relacionadas às emergências clínico-cardiológicas nas faculdades de medicina. Defendem ainda, que o ensino de suporte básico de vida durante os cursos de formação dos profissionais de saúde em níveis médio e superior deve ser incluído como currículo obrigatório (TIMERMAN et al., 2007).

Em 2004, foi identificado que as UNHAU/E em Goiânia tinham como uma das problemáticas a deficiência da formação médica, em virtude da discrepância entre o perfil do egresso e as necessidades dos serviços. Recomendou-se a criação da disciplina e da especialidade de urgências, e assim fortalecer as novas práticas incorporadas à atenção às urgências (MOURA, 2004).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (CNE/CES, 2001) se constituíram em um importante passo para produzir mudanças no processo de formação, buscou-se direcionar a formação do profissional de saúde de forma a contemplar o sistema de

saúde vigente no país, a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (CNE/CES, 2008).

A Resolução CNE/ CES nº 4/ 2001 (BRASIL, 2001a) Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina (BRASIL, 2001a).

Recentemente com a publicação da reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina - Resolução nº 3/ 2014 (BRASIL, 2014), destaca-se a formação do graduado em medicina, que deverá se desdobrar nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; III - Educação em Saúde (BRASIL, 2014). Mantém-se a importância do internato, com duração de pelo menos 35% do curso (2 anos), porém uma das exigências atuais é que o mínimo de 30% da carga horária prevista para o internato médico a ser desenvolvido na atenção básica e em serviço de urgência e emergência do SUS. Além disso, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de atenção básica sobre o que é ofertado nos serviços de urgência. Essa exigência atende a necessidade descrita por Moura (2004) e as apontadas no presente estudo:

Por a gente trabalhar numa unidade de pronto atendimento, CAIS muitas vezes, a gente recebe médicos recém-formados e isso, talvez a falta de experiência sai da faculdade sem essa experiência e acaba que a gente tem um certo prejuízo para lidar com esses médicos justamente por esta questão de não ter aquela sabedoria de manusear a situação de emergência que exige sim muito conhecimento técnico, muita habilidade, agilidade principalmente, então a gente tem esse grande problema aqui E-9.

[...] o despreparo é muito grande, o profissional sai do seu curso e não tem um preparo adequado para esse cuidado com o paciente, aí ele leva esse risco enorme, porque ele não foi preparado, ele se formou e veio pra cá sem nenhum preparo e aí as habilidades na hora do cuidado ali na urgência falha, e isso é um grande fator de risco E-3.

A Resolução CNE/CES nº 3/ 2001 (BRASIL, 2001b) Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. O curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Como as Diretrizes preconizam a formação de um Enfermeiro generalista, muitas instituições de Ensino Superior em Enfermagem, ao reajustarem suas grades curriculares para incorporar os princípios

determinados, abdicaram ou não incluíram a disciplina de urgência/emergência, contrapondo ao mercado de trabalho e à política de saúde do país, onde os índices de mortalidade apontam as doenças cardiovasculares, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório como uma das primeiras causas de mortalidade, sendo estas responsáveis pela maioria dos atendimentos de urgência/emergência (CALIL; PARANHOS, 2007). Essa realidade foi identificada no estudo.

Eu acredito que a nossa formação, não é suficiente pra a atenção as Urgências e Emergências, até porque a gente não tem uma, pelo menos onde eu formei, não tem uma disciplina específica voltada pra urgência e emergência, a gente tem clínica médica, clínica cirúrgica, mas nada específico pra urgência e emergência, eu acho que quando a gente sai de lá a gente sai muito cru, pra lidar, e com certeza é um risco pra segurança do paciente [...] E-20.

Segundo a Resolução CNE/CES nº 3, de novembro de 2001 (BRASIL, 2001b) ficam os cursos de graduação em enfermagem obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem. A falta de esclarecimento quanto a carga horária e o tipo de serviços na rede básica refletem na prática, conforme evidenciado nas falas:

O campo na rede de urgência e emergência nossa, ao fazer os estágios supervisionados é reduzido, não me lembro de algum colega que fez, por exemplo, a prática em CAIS, ao não ser aqueles que vão lá na sala de medicamentos, ou sala de vacinas, e que são feitos, ou quando se escolhe fazer estágio supervisionados nele, a prática de urgência e emergência que é a principal aqui em Goiânia, é o CAIS e UPAS não se tem essa prática na universidade. Eu não sei se isso mudou após a minha formação, neste um ano e quatro meses mas até antes não tinha essa prática E-11.

No que se refere à atenção às urgências e emergências na graduação em enfermagem mencionaram que há grades curriculares incoerentes, carga horária reduzida e falta de envolvimento nas situações de urgências nos estágios. Estas lacunas na formação predispõem os pacientes a riscos quando os profissionais são inseridos no mercado de trabalho.

Não considero a nossa formação quanto à atenção as Urgências suficiente pra nossa prática[...] a gente tem a prática de urgência e emergência no início do curso, né, e aí no início do curso às vezes a pessoa ainda não está com o olhar ou com aquele filing mais aguçado pra urgência e emergência e acaba não tendo no final do curso [...] e é um fator de risco à segurança do paciente E-11.

O enfermeiro ele adquire muita experiência trabalhando, no local de trabalho. A formação dele curricular na Universidade e na pós graduação, o estágio deixa muita a desejar, pouco tempo de estágio, que a gente fica atendendo as urgências, então a gente aprende muito depois que você forma, né, a gente consegue atender bem as urgências depois de um certo tempo de experiência nas unidades [...] a formação inicial, a gente chega cru de tudo E-14.

O período de formação a gente não pega estágios assim, focando mesmo o paciente grave, paradas, a gente pega algo sobre aquilo, más nunca diretamente se envolve naquilo, a gente fica sempre por fora observando E-13.

Os resultados encontrados nesse estudo corroboram com a afirmação encontrada na literatura em que cuidados críticos e intensivos, como parte integrante do processo de formação profissional do Enfermeiro é uma necessidade urgente, opondo-se a visão de que seja uma especialização profissional do Enfermeiro, uma vez graduado. Nessa visão, a Pós-Graduação *Lato Sensu* deve ser compreendida como um nível avançado e específico de capacitação/qualificação profissional e não a superação ou preenchimento de lacunas na formação de Graduação em Enfermagem (LINO; CALIL, 2008).

Uma pesquisa realizada nas UNHAU/E da região metropolitana de Campinas-SP, teve como um de seus objetivos, analisar o conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP), concluiu-se que o conhecimento teórico dos enfermeiros que atuavam nas UNHAU/E , eram insuficientes com relação a PCR/RCP. A média da nota obtida pelos enfermeiros foi de 5,2 demonstrando que sabem apenas 50% do que é exigido diante dessas situações, conforme diretrizes disponíveis na literatura (ALMEIDA, 2008).

Esse dado corrobora com os resultados desse estudo, que apontam para a necessidade de mais especificidades nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem atendendo a política nacional vigente, as necessidades do mercado de trabalho e a segurança dos pacientes, profissionais e instituições.

Identificou-se deficiência do ensino na graduação médica e de enfermagem no que refere a atenção às urgências e emergências, aliados a ausência de Educação Permanente nos serviços, comprometendo à segurança dos pacientes.

Relataram ausência da Educação Permanente e ou Educação Continuada e também capacitações/ atualizações de forma regular nas unidades, consideraram tais aspectos como riscos à segurança do pacientes.

Vários fatores de risco, dentre eles e o principal que eu coloco na minha prática profissional, né, é a falta de capacitação da equipe quando inserida no serviço. Ao assumir o serviço principalmente se é iniciante, a pessoa não tem um treinamento, nem é colocada a par das condutas e rotinas que acontece no local, então esse pra mim é o principal risco, é a falta de capacitação, um projeto de educação permanente com esses profissionais E-11.

[...] falta uma estratégia assim pra que possamos prestar atendimento melhor, humanizado, oferecer menos danos ao paciente, tem que ter uma estratégia assim: uma educação continuada, protocolos, isso é importante, isso faz um desempenho melhor da equipe, com certeza! E-3.

Nos temos profissionais que chegam a recusar, por exemplo paciente que está na sala de estabilização tem colega, ele não se sujeita a estar junto, ele pede ajuda de alguém por falta de capacitação e a gente sente que existe a necessidade de estar capacitando estes profissionais, porque com a capacitação adequada esse paciente poderia evitar de ocorrer menos riscos possíveis, porque essa é a função da unidade de emergência E-4.

No que se refere à educação para o serviço, foram mencionadas capacitações esporádicas para enfermeiros, geralmente focando doenças que estão em maior evidência como dengue, chikungunya e outras:

Já aconteceu de capacitações, algumas capacitações sim pra instruir a gente pra deixar a gente preparados pra atender algumas epidemias no caso da dengue, mas isso são coisas raras, que acontece, muito raramente E-19.

Educações ou capacitações elas acontecem mais pro enfermeiro na unidade e são coisas pequenas, por exemplo dengue, vai ter dengue esse mês então vamos ter uma capacitação rápida pra dengue, avisa uma semana antes, e os enfermeiros são convidados, ou chikungunya ou é tuberculose, assim, uma coisa que tá mais em evidência E-17.

A capacitação ela acontece, poderia ser mais frequente, mas ela existe. Por exemplo, agora que está aí mais frequente é dengue E-6.

A gente tem alguns cursos e capacitações realizada pela própria prefeitura, mas acontece de forma esporádica. Por exemplo um surto de malária, eles nos capacita pra malária, algo bem breve, mas assim se limita a isso E-9.

Esporadicamente, acontece assim meio período de explicações sobre eletrocardiograma, coisas às vezes sobre dengue, mas não são pontuais, são esporádicas de pouco tempo de duração, fica muita dúvida E-1.

Quanto aos técnicos de enfermagem; estes referiram não ter participado de capacitações:

Em cinco anos que estou aqui nunca participei de nada, só quando foi feito o acolhimento da secretaria, e nunca mais, teve nenhum tipo de palestras ou de qualquer outro tipo de treinamento ou capacitação E-15.

Pra técnico de enfermagem eu estou aqui há 1 ano e x meses e nunca tive uma capacitação aqui dentro, nunca E-17.

Não existe protocolo, não existe preparação e também capacitação também não, e eu acho que é o que ta faltando... faz improvisos, e tem coisas que não dá pra improvisar E-2.

Eu nunca participei, parece que as coisas já vem assim para um determinado grupo fazer, ver, e esse grupo acho que disseminar, passar pra frente, mas não que abranja todo mundo E-22.

Não temos, educação continuada, não temos educação permanente, protocolos também a gente não tem E-21.

Tem 6 anos que estou nesta unidade eu nunca participei de uma capacitação E-1

Tem capacitações, só quando tem essas epidemias, tipo malária, nos casos de ebola, quando tem essas coisas mais recorrentes aí eles fazem, são esporádicas e não contínuas, mas é só pra nível do enfermeiro, nível médio não, nível técnico ta a desejar, deveria ter também E-24.

Destacaram a falta e a necessidade de Educação Permanente e ou treinamentos e atualizações de forma regular nas unidades:

Ao entrar aqui na unidade, a gente esperava que houvesse minimamente alguma capacitação ou educação permanente, pra ta nos respaldando mais quanto aos procedimentos na Urgência e isso não foi feito [...] e a gente realmente a equipe toda é tem comentado entre nós mesmo que a gente às vezes se sente tão incapaz dentro de uma reanimação pela falta justamente dessa parte científica, mais embasamento científico na hora da atuação E-13.

[...] A educação permanente também não temos, voltadas a enfermagem, às vezes, a psicologia até faz alguns trabalhos com a equipe multiprofissional, mas não voltado a atuação de atendimento ao paciente, para algo que previna risco a segurança do paciente E-13.

Falta de capacitação pra nível não só na área da enfermagem, mas a nível da medicina mesmo, dos médicos, tem muitos médicos que não tem conhecimento, igual classificar a dengue que tem a tipo A, tipo B e C e tratar a nível D ou C que é mais grave como se fosse A. Entendeu? Tem que ter capacitação não só para os enfermeiros como para os médicos também. Na hora de intubação tem uns que deixa a desejar e tem que chamar o SAMU pra intubar, esse tipo de coisa, isso acontece continuamente da gente ta acionando o SAMU por falta de treinamento E-24.

Aqui a secretaria ela não tem muito essa visão de educação permanente, como é urgência a gente quase nunca tem tempo, sempre que dá uma brechinha a gente tenta conversar alguma dúvida que surgiu durante o trabalho, conversar com os técnicos [...] Acho que devia a gente empenhar mais em fazer essas capacitações, conversar mesmo, reunir as equipes, reunir com a secretaria, que a gente sempre tenta fazer uma reunião, pra gente ver o que que a gente pode mudar, o que que a gente pode fazer com a direção pra melhorar mesmo essa questão de segurança do paciente, eu acho que a gente tem que ta bastante atento, é um tema que ta em alta agora, e a gente tem que prestar muita atenção E-20.

Eu acho que todo mundo vai aprendendo com o tempo, a maioria entra muito cru. Poderiam fazer mais curso pra gente entender mais, seria uma boa pra todo mundo, principalmente pro paciente E-8

Mencionaram falta de capacitação quanto ao manuseio de equipamentos, como respiradores e desfibriladores:

[...] inclusive nós tivemos uma reunião aqui muito séria, porque estava havendo erro de comunicação entre a equipe, porque uma equipe do noturno e do diurno, falava que o desfibrilador não estava funcionando, e a minha equipe por exemplo testava e estava funcionando, conseguíamos usar, chamamos o técnico e percebemos que havia um erro de utilização E-11.

[...] nós mesmo é que buscamos por conta própria e também pela profissão, tá buscando algum manual, de aparelhos na internet, porque a gente às vezes tem dificuldade pra mexer com ventilador, desfibrilador, a gente que tenta fazer essa busca, pega na internet estuda e tenta, mas assim partindo da unidade, a gente não ta percebendo E-13.

Os resultados mostraram ausência de Educação Permanente e Educação Continuada nos serviços, foram mencionadas capacitações esporádicas para os profissionais de nível superior, geralmente com doenças em maior evidência, e ausência para o nível técnico. Consideraram a falta de Educação Permanente e ou capacitação de forma regular como um fator de risco à segurança dos pacientes atendidos nas UNHAU/E e foi

unânime entre os entrevistados.

A preocupação com os recursos humanos no setor saúde aparece desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), contudo pode-se dizer que a 10ª CNS realizada em 1996 teve maior êxito neste sentido (TEIXEIRA; LOPES, 2006).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, apresentou seis eixos principais, dentre estes, os recursos humanos para a saúde. Trabalhou a problemática da formação dos trabalhadores da saúde, levando em conta as diversas questões que permeiam a área, ficando claro mais uma vez a necessidade de interlocução entre as instituições de ensino, na busca de garantir a formação, qualificação e capacitação permanente dos trabalhadores. Também foi reivindicado ao Ministério da Saúde que apoiasse os estados e municípios para que pudessem manter a capacitação, a formação e a educação permanente dos trabalhadores (CNS, 1996).

Na 11ª CNS, realizada em dezembro de 2000, surge à necessidade de trazer os problemas de atuação para o processo de aprendizagem. Significa que o trabalhador traga suas dificuldades e necessidades locais, para o processo educacional e possa discutir com a equipe multiprofissional a fim de encontrar soluções coletivas, que visem a melhoria da qualidade no trabalho e o atendimento ao SUS (SMAHA; PAULILO, 2009).

A 12ª CNS, realizada em dezembro de 2003, teve dez eixos sendo um deles: O trabalho na Saúde (CNS, 2003).

Em 2004, foi criada a Portaria MS 198/2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências (BRASIL, 2004). Cabe ressaltar que essa portaria é fruto das lutas e debates realizados nas conferências quanto às necessidades de formação dos trabalhadores.

Segundo a Portaria MS nº 198/2004, a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das

práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Em agosto de 2007 foi criada a Portaria nº 1.996 que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Um dos destaques dessa nova portaria é que ela reafirma a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde (formação e desenvolvimento) não como uma questão apenas técnica, mas tecnopolítica, pois envolve mudanças nas relações, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas (BRASIL, 2007).

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como prática de ensino-aprendizagem, significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos “atores” envolvidos. Como política de educação na saúde, a ‘educação permanente em saúde’ envolve a contribuição do ensino à construção do SUS (CECCIM, 2004; CECCIM; FERLA, 2009).

A portaria nº 1.600/2011, tem como diretriz a qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2011). Contudo os achados mostraram que a educação permanente não chegou na “ponta”, dificultando a eficiência e agilidade na atuação dentro das UNHAU/E.

Segundo a Portaria MS nº 354/2014, O Serviço de urgência deve promover treinamento e educação permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas, a todos os profissionais envolvidos na atenção aos pacientes, mantendo disponíveis os registros de sua realização e da participação destes profissionais (BRASIL, 2014). Entretanto os achados contrastam com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

[...] eu acho que a graduação não embasa muito, a gente precisa mesmo é de trabalhar no local de trabalho mesmo, de ter a educação permanente aqui, com o que a gente trabalha, nós recebemos muitos casos de violência, muitos casos de agressão física de baleado e esfaqueado, e eu creio que o que precisaria

era ter essa educação permanente, direcionar ela, pra nossa clientela, pra o que realmente acontece mais na nossa região E-13.

A atuação em contexto da urgência compreende tanto procedimentos simples como de grande complexidade, e a atuação pode ocorrer em situações graves e ameaçadoras da vida, em que cada segundo faz a diferença. Acrescente-se que quem recorre a este serviço, espera encontrar profissionais competentes, com elevada formação científica, técnica e humana. (MARTINS, 2009). Evidenciou-se falta de preparo técnico científico relacionado ao processo de formação da equipe, aliados a falta de educação permanente nos serviços, omissão do cuidado e a ocorrência de evento adverso (óbito) relacionado a estes fatores.

Tem alguns profissionais que são [...] que são recém formados, são inseguros, então assim, já chegou a paciente vir a óbito porque não intubou o paciente, ou por insegurança, ou por não saber fazer o procedimento, já teve sim esse tipo de situação E-19.

[...] principalmente, falta de capacitação adequada, já houve ocasiões de ficarmos um bom tempo precisando que intubasse o paciente e o profissional da área responsável, não conseguia intubar e chamou-se o SAMU. Já ocorreu isso comigo, eu presenciei isso. No momento que o SAMU chegou com o médico na unidade ele intubou facilmente o paciente, isso leva a crer que faltou capacitação do profissional que estava no momento E-4.

Cheguei aqui recém formada, recém inserida no mercado também, não tive capacitação igual eu te falei, foram estágios, práticas na verdade que eu tive durante a graduação que algumas vezes eu manuseei um respirador, e um desfibrilador, e com diversas funções diferentes, e eu tive que baixar o manual da ANVISA por conta própria ler e aprender, e infelizmente tive que aprender no paciente porque não tive essa capacitação, nem pela secretaria, nem pelas gestoras porque aqui tem diretora técnica [...] e a educação permanente não acontece E-11.

Eu já vivenciei, e fiquei até assim, eu e outros, é como é que se fala, muito emocionada e até preocupada com a situação, diante de uma situação dessa, Você ver o paciente como se fosse você ou um familiar seu, porque se fosse eu no lugar ou mesmo até um familiar meu [...] o respirador estragado, medicação inadequada e que levou o paciente a óbito, que facilitou entende, a despreparação, a falta de experiência do médico, e tudo de negativo, e a gente saiu de perto para não ver E-2.

A ausência de treinamento de forma regular também foi encontrada em uma pesquisa realizada com 23 enfermeiros em pronto socorro hospitalar, dificultando a eficiência e agilidade nas atuações frente às

emergências clínicas e traumáticas que chegam a unidade, levando sérias consequências à população e também alta tensão dos enfermeiros que atuam no serviço (FURTADO; JUNIOR, 2010).

Constatou-se que embora o Ministério da Saúde tenha desenvolvido ao longo do tempo várias estratégias e políticas voltadas para qualificação dos trabalhadores de saúde, ainda estamos longe das condições ideais. Foram mencionadas capacitações esporádicas, e destacaram a necessidade da Educação Permanente e ou capacitações de forma regular na “ponta” tendo em vista a segurança dos pacientes e profissionais.

5.3.2 Déficit de recursos humanos e sobrecarga de trabalho

Relataram insatisfação quanto à insuficiência de recursos humanos (enfermagem e médica) e sobrecarga de trabalho. Estes fatores foram considerados como risco à segurança dos pacientes e profissionais.

Falta de profissional no plantão, às vezes o plantão tinha que ter dez técnicos, tem cinco, tem 7, né, que acaba dificultando o processo de trabalho, a qualidade da prestação das ações da enfermagem e no geral do CAIS E-10.

Por a demanda ser muito grande também, e a gente pouco funcionário, pouco profissional às vezes deixa também, às vezes acontece, foge assim ao limite da gente, né de tá evitando muita coisa por falta de profissional E-21.

[...] é vejo falta de profissionais pra atender a demanda que às vezes a gente não dá o suporte por falta de profissionais, falta de equipamentos e até falta de medicações, pra atender esses pacientes como ele deveria E-17.

Outro risco além do controle de infecção pras feridas, é a questão como aqui anda lotado a gente também sempre, quando tem paciente idoso, acamado, nem sempre a gente tem a oportunidade de tá virando esses pacientes de 2/2 horas pra prevenir as úlceras por pressão também E-19.

Na minha unidade que eu trabalho eu identifico vários riscos, é, dentre eles eu posso citar déficit no quadro de pessoal que a gente encontra, uma equipe muito reduzida que pode sim tá gerando risco ao paciente desde a falta de atenção à realização de um procedimento E-9.

A gente não tem profissional suficiente, principalmente pela questão da equipe de enfermagem, porque já teve dia da equipe médica ser maior do que a de enfermagem, então assim, tem muitos pacientes, passa cerca de, já teve dias de passar 60 pacientes pela enfermagem, só pela enfermagem, não só pra fazer medicação, mas pra ficar deitado na cama pra tomar soro. Então assim é complicado e isso é um fator de risco não só pra segurança do paciente, mas também a segurança do profissional.

Já teve dia de acontecer acidente com material biológico aqui com o profissional, aí o profissional cansa muito aqui no plantão, aí no próximo plantão o profissional não vem, falta, dá atestado, então assim, isso lá no fim da linha vai afetar o paciente porque vai ter menos profissional aqui pra atender eles E-19.

Às vezes paciente convulsiona no corredor, por falta de médico e demora na espera, né E-17.

[...] já chegou dia de nós termos numa reanimação que é pra duas pessoas, quatro pacientes, e ter que tirar equipe até do ambulatório descer pra unidade de emergência, pessoas que não são treinadas, nem com o cotidiano, pra ajudar o paciente a sair da parada E-17.

[...] muita coisa corrida, pode prejudicar sim o paciente, porque a gente não dá conta de cobrir tudo o que precisa porque a demanda é muita E-23.

Não tem o suporte, você atende um paciente, enquanto o outro tá caindo ali, não tem equipe pra poder dá suporte, é, preservar a integridade do paciente, pra você preservar você tem que ter um suporte necessário, um suporte de dimensionamento de funcionário ideal, uma estrutura legal, pra você dá aquele suporte, não só na classificação porque na classificação você tá superlotada, muito sobrecarregada, aí, mesmo que você tá querendo lutar pra classificar o paciente, não dá porque um chama daqui e acaba tirando sua atenção entendeu? E-24.

A gente não tem profissional suficiente, principalmente pela questão da equipe de enfermagem E-19.

As falas revelaram o quadro de recursos humanos (equipe de enfermagem e médica) insuficiente, principalmente, no que se refere à equipe de enfermagem para atender a demanda. Sabe-se que na maioria das instituições de saúde a equipe de enfermagem representa quantitativamente o maior percentual de pessoal.

Os serviços de urgência encontram-se em situação caótica advindos principalmente da superlotação dos mesmos. Nessa modalidade de atenção não se delimitam a entrada de pacientes, trabalha na maioria dos casos com leitos extras, macas, e com número fixo de funcionários em área física restrita. A alta demanda consome tempo e recursos humanos, resultando em um ambiente estressante, difícil e por muita das vezes em decorrência da sobrecarga de trabalho e da demora ocorre e erros podem ser cometidos (CALIL, 2007).

Neste estudo, essa realidade foi mencionada de forma unânime entre os entrevistados, percebeu-se descontentamento quanto à

insuficiência de recursos humanos, principalmente, no que se refere à equipe de enfermagem para atender a demanda de pacientes. O déficit de recursos humanos causa sobrecarga no trabalho e, conseqüentes riscos aos pacientes e profissionais. Identificou-se grande tensão dos profissionais quanto aos riscos, que vão desde abordagem inicial na classificação de risco à assistência dentro do bloco de urgência. A exemplo: falhas na investigação inicial, medicação errada, paciente errado, dose errada e a omissão do cuidado decorrente da sobrecarga de trabalho.

Identifico vários fatores de risco, é, na nossa unidade de urgência e emergência, os riscos ao paciente primeiramente estão relacionados a abordagem inicial, ao histórico do paciente, a investigação assim do histórico mesmo que é muito importante que às vezes não dá tempo de ser feita corretamente, minuciosamente, devido ao grande fluxo de pessoas na unidade E-13.

A sobrecarga nossa gera um fator de risco para o paciente, porque a demanda é muito grande o número de profissional é pequeno e isso apesar da gente se esforçar pode sim vir acontecer, medicação errada, paciente errado, dose errada, mas não porque somos relaxados, mas pela sobrecarga, e exaustivo o trabalho, o corre- corre aqui o dia inteiro, então, corre riscos sim E-22.

Assim o que eu acho que é o principal que deve ser levado em consideração, é a omissão do cuidado, que é uma coisa freqüente. Primeiro, o que a gente vê é a questão da superlotação aqui das unidades, faz com que nem sempre, a gente tenha tempo prata verificando quais são as medicações que tem que fazer, quais são os cuidados que tem que prestar, e muitas vezes isso passa, e, o cuidado ele é omitido E-19

Relataram a ocorrência de erro de medicação relacionado à sobrecarga de trabalho:

O que eu vivenciei foi uma, uma, vez tinha dois pacientes na reanimação juntos e uma funcionária fez a medicação trocada nos dois. O que contribuiu né? A falta de estrutura mesmo e o estresse da sobrecarga do profissional que não olhou direito o nome do paciente, a medicação e acabou fazendo errado... Mas felizmente não houve danos E-5.

A Portaria MS nº 1. 601/2011 (BRASIL, 2011), estabelece que as unidades de pronto atendimento devem possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte, é responsabilidade dos gestores a definição de estratégias que visem garantir retaguarda médica, de enfermagem, de pessoal técnico e de apoio administrativo, nas 24 horas, possibilitando atendimento a pacientes acometidos por qualquer tipo de

urgência (BRASIL, 2011).

Nesta Portaria fica clara a responsabilidade da gestão em prover o quantitativo de pessoal, dentre eles o de enfermagem (BRASIL, 2011). Entretanto, referencia somente a necessidade de pessoal de enfermagem o suficiente para realizar o cuidado nas 24 horas, no entanto, qual seria a quantidade suficiente?

A falta de esclarecimento reflete na prática e gera prejuízos na assistência:

[...] a falta de funcionários acaba que a gente tá trabalhando com três, quatro funcionários pra atender 300 pacientes dia, isso pode levar riscos ao paciente, levando o funcionário até causar um erro, a qualquer momento isso pode acontecer E-15.

[...] é trabalho, trabalho e trabalho. Acho que estamos trabalhando exaustivamente, na minha unidade, onde eu trabalho no posto são só três técnicos pra atender uma demanda de 4 clínicos... é o dia inteiro, nós não temos horário de almoço, nós não temos hora de café da manhã, nós não temos horário de lanche. Você chega, começa às 07h e para as 19h, sob correndo, 5 minutos você já tá de volta, já tá com prescrição de paciente na mão, você não tem tempo de escovar nem dente, e o dia inteiro em cima das pernas correndo e isso é risco ao paciente e ao profissional, antes do paciente existe um profissional e a prefeitura não está preocupada com isso E-22.

A equipe reduzidíssima de profissionais levando a sobrecarga de trabalho e responsabilidade, e com certeza é fator de risco não só pro paciente, mas a gente também, a gente não dá um atendimento de qualidade com o cuidado que a gente precisa ao paciente, é muito superficial E-8.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 293/2004 estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados (COFEN, 2004).

Essa resolução utiliza a fórmula matemática que pondera as características da instituição, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), a jornada semanal de trabalho - 20h, 30h, 36h- os dias da semana - sete dias ou 168 horas, o Índice de Segurança Técnica (IST) (coeficiente de 15, 0% para cobertura das ausências previstas e não previstas), a taxa de ocupação (média do número de leitos ocupados), a quantidade de pessoal (com base no SCP e na taxa de ocupação), o total de horas de enfermagem (soma das horas necessárias para assistir aos usuários com demanda de

cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos), e a Constante de Marinho coeficiente deduzido em função de dias da semana, jornada semanal de trabalho e do índice de segurança técnica (COREN, SP, 2010).

Pesquisadores descrevem que no Brasil, comparado aos países desenvolvidos tem-se um quantitativo de profissionais da enfermagem reduzido, muitas vezes sem considerar cálculo algum, conduzindo a um subdimensionamento que implica em quantidade e qualidade no desenvolvimento do trabalho da equipe de enfermagem (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013).

Uma pesquisa em serviço de emergência hospitalar com enfermeiros constatou-se, que o quantitativo de pessoal interfere na organização do trabalho e na carga de trabalho da equipe de enfermagem refletindo na qualidade do cuidado, e, aponta indicativos quantitativos para auxiliar o dimensionamento da equipe, sendo a quantidade diária de usuários atendidos; o grau de dependência para o cuidado de enfermagem; o tempo de cuidado; o tempo efetivo de trabalho; a carga de trabalho; a estrutura; a planta física e as ausências previstas e não previstas. (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013).

Evidenciou-se neste estudo que a inadequação dos recursos humanos lesa os pacientes em seu direito de assistência à saúde livre de riscos apontando a necessidade de redimensionamento da equipe de enfermagem para que as unidades sejam capazes de fornecer uma assistência com menor probabilidade de danos.

Uma pesquisa conduzida em um hospital de grande porte no Sul do Brasil, realizado com o objetivo de analisar a carga de trabalho da equipe de enfermagem e sua potencial relação com a segurança do paciente, evidenciou-se que a sobrecarga da equipe de enfermagem está associada expressivamente com o aumento da incidência de eventos adversos e insatisfação dos pacientes com a equipe (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013), essa realidade também foi identificada em outro estudo que analisou os eventos adversos relacionados ao tratamento hemodialítico, em um serviço de hemodiálise em Goiânia (SOUSA, 2014).

Pesquisas realizadas na atenção pré-hospitalar às urgências em Goiânia identificaram o déficit de recursos humanos como um dos desafios vivenciados no cotidiano nesse tipo de atenção (MOURA, 2004; MORAES, 2012) condição que se assemelha aos achados deste estudo.

5.4 RISCOS NO CUIDADO À SAÚDE RELACIONADOS AOS RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS

Nessa categoria foram descritos aspectos relacionados aos recursos materiais e físicos. Os participantes referiram que há riscos no cuidado à saúde relacionados à insuficiência e inadequação da estrutura física e dos recursos materiais. Esses dados deram origem a duas subcategorias: 1) Recursos materiais nos serviços de urgência; 2) Riscos relacionados aos recursos físicos

5.4.1 Recursos materiais nos serviços de urgência

Quanto aos recursos materiais os participantes relataram: falta de insumos, sucateamento e falta de equipamentos e mobiliários, e também da atuação da gestão quanto a este aspecto.

Os materiais são insumos ou fatores produtivos de natureza física, empregados na realização das atividades assistenciais aos pacientes, e quanto à durabilidade podem ser classificados como permanentes e de consumo (MESQUITA et al., 2005; GARCIA et al., 2012).

Os materiais permanentes podem ser exemplificados por: equipamentos, mobiliários, suporte de soro, macas, instrumentais e outros. Enquanto os de consumo sofrem transformações pelo simples uso ou são descartados após a utilização, como por exemplo: gazes, esparadrapo e outros. Quanto ao porte podem ser classificados em pequeno, médio e grande porte. No que se refere aos materiais de grande porte podemos exemplificar as autoclaves; enquanto médio, os respiradores e aspiradores; e de pequeno porte os inaladores, pacotes de curativos e outros. (CASTILHO; LEITE, 1991, MESQUITA et al., 2005).

Em todas as unidades de estudo foi mencionada a falta de insumos como fatores que colocam em risco o paciente que busca assistência nos

serviços. Destacaram: falta de gases, equipo microgotas, equipo fotossensível, máscaras, cânula endotraqueal com calibre adequado para crianças e adultos, abocath para adultos e crianças; os medicamentos representam a maior parte dos insumos. Citaram também a falta de corticóides injetáveis como hidrocortisona e dexametasona; antibiótico (Penicilina benzatina); antiespasmódico e analgésico respectivamente (butilprometo de escopolamina e dipirona); hipotensores via oral e endovenosa (captopril e nitrurossiato de sódio); droga vasoativa (dobutamina) e insulina. As falas revelaram os insumos faltosos, situações de risco, e a ocorrência de eventos adversos por falta de insumos:

Na minha unidade que eu trabalho eu identifico vários riscos, é, dentre eles eu posso citar falta de insumos, medicações, instrumentos para realizar assistência de qualidade E-9.

[...] tem crianças que chegam aqui e a gente às vezes não tem cânula adequada calibre adequado prá criança prá fazer a intubação endotraqueal e isso dificulta, faz aquela intubação endotraqueal e às vezes tá seletiva, não tá no local certo, e a criança acaba tendo uma dissaturação maior, e acaba não saturando bem tendo lesões e tendo que ser encaminhada prá UTI, então são vários os fatores que contribui mesmo pra vários incidentes aqui na unidade E-13.

[...] às vezes a gente não tem material nem pra intubar, a gente intuba com tubo que não é adequado pro paciente, ou às vezes punção também a gente dá um jeito, essa semana na unidade não tem abocath... Isso tudo coloca o paciente em risco E-17.

Falta dos insumos no geral, um equipo, quando vem algumas medicações que não podem ter o contato com a luz, aqui a demanda sempre tem dos pacientes que vem de fora e a gente não tem, ééé, que mais, um simples abocath para uma criança, quantas vezes tem na pediatria precisa de um número que corresponde pra criança e nós não temos, às vezes a criança deixa de ter a medicação, faz ela IM e não faz EV porque não tem o abocath do número correto E-1.

Às vezes falta equipo microgotas, gases, medicamento, capote [...], acredito que tudo isso possa trazer risco para o paciente E-10.

Hoje na emergência falta captopril, falta, buscopan, é benzetacil, falta hidrocortisona, para mim uma das mais importantes é a hidrocortisona e falta. Teve caso aqui já, que a gente precisou fracionar a medicação para atender 2 crianças porque tinha uma só, e isso foi doado E-1.

A gente não atende como deveria os pacientes falta insumos e principalmente medicamentos [...] é o que eu to falando, falta de material, equipamento, respirador, medicação, muitas vezes o paciente agrava principalmente na emergência, né, que a gente trabalha, agrava assim que pode ir até a óbito[...] muitas vezes falta até a máscara pra gente utilizar, falta muitos insumos E-8.

Tem faltado hidrocortisona, tem faltado dexta, benzetacil, é os básicos que a gente precisa, buscopan[...]. Não tem dexta há muito tempo, faltou hidrocortisona e no caso de um paciente asmático ou uma alergia não tem, aí como que vai atender na urgência sem esses medicamentos que são os básicos, que não tem E-2.

Já ocorreu da gente precisar de um certo medicamento que o médico sabe que daria uma resposta melhor ao paciente e nós não temos na nossa unidade, exemplo do mais simples, o antibiótico e do mais elevado a dobutamina[...] já teve médico que pediu dobutamina e não ter no momento. Vamos colocar assim também se precisar baixar a pressão do paciente nós não temos nipride na nossa unidade, entre outros que agora no momento eu não me lembro [...] estamos em falta de, hidrocortisona, que já chegou a ter caso de chegar paciente asmático na nossa unidade e principalmente criança, que nosso pediatra pediu para alguém sair da unidade e com o dinheiro dele mesmo comprar berotec e atrovent porque não tinha uma medicação de ataque para essa criança, e ele com dó deu o dinheiro pra comprar a medicação pra gente poder tá fazendo a medicação pro paciente E-4.

Falta de medicamentos, por exemplo, insulina agora tá faltando, é no momento que eu lembro é só a insulina que tá faltando mesmo E-19.

Eu vejo às vezes paciente precisa de, tá com quadro de pneumonia e não tem o antibiótico na unidade pra gente começar com a antibioticoterapia E-17.

Essas unidades de pronto atendimento poderiam ser melhores assistidas porque nós realizamos o primeiro atendimento pro paciente e a gente percebe um déficit muito grande de forma geral, insumos, de quadro de pessoal, falta de manuais dentre outros. Hoje por exemplo a gente não tem gaze na unidade, então a gente fica com todo serviço parado, um curativo, uma sutura, uma sondagem, é as... gazes os profissionais tem que cortar e é tudo muito feito de forma manual, às vezes deixa a desejar, dentre outras por exemplo: unidade de emergência, sem um buscopan! Tiveram plantões da gente, não ter uma dipirona, um insumo assim que a gente considera essencial, muitos outros E-9.

Um paciente, foi a óbito por falta de condições de cuidados básicos, né, chegou aqui de uma forma, que se tivesse medicamentos, aparelhagem adequada poderia ter sobrevivido E-8.

Falta de equipamentos do mais simples aos mais complexos, como aparelho de pressão, estetoscópio e respiradores. Referiram também ao mau funcionamento de equipamentos (aspirador e respirador).

Na unidade onde eu trabalho, por exemplo, o risco maior que nós temos, se chegar um paciente precisando de atendimento rápido e de emergência, nós temos dificuldades em alguns materiais, como por exemplo, se o paciente precisar ser intubado e ser aspirado o nosso aspirador não tem potência suficiente para aspirar esse paciente E-4.

Falta de equipamento que funciona. O aspirador que não funciona durante uma intubação já ocorreu! E-3.

E o aspirador foi um dos casos que vi, que sempre é realizado aqui não funciona e tivemos que aspirar uma paciente ontem somente com o látex... O aspirador não aspira direito E-12.

Nosso único respirador que nós temos na unidade é um takaoka, um modelo muito antigo, quase sempre que é usado ele dá falhas E-13.

Falta de material, equipamento, respirador, muitas vezes o paciente agrava principalmente na emergência que a gente trabalha, agrava assim que pode ir até a óbito E-8.

O principal risco eu acho é a falta de alguns equipamentos, um bem simples: aparelho de pressão, um esfigmomanômetro estragado, falta de um estetoscópio, coisas básicas, bem simples que faz falta no atendimento E-16.

Identificou-se falha na realização de procedimentos, na prática profissional durante a intubação e a ocorrência de evento adverso (óbito) decorrentes de mau funcionamento de aspiradores.

O aspirador que não funciona durante uma intubação já ocorreu, isso já vivenciei! E-3

Uma situação de que ela estava convulsionando porque ela tinha um histórico de estar alcoolizada e no momento que precisou ser intubada, foi uma evolução muito rápida com vômitos constantes, e essa paciente precisou ser intubada e nossa aparelhagem não ajudou porque ela vomitou muito, inclusive a equipe toda sujou mesmo dos pés a cabeça com esse vômito dela e agente não tinha aspirador suficiente... .não sugava aquela secreção e culminou que ela broncoaspirou aquela secreção e a gente tentando ambusar e não conseguia, porque tinha que aspirar a secreção e a paciente teve outra parada, ela chegou em parada aliás, mas depois ela tinha revertido, e aí ela voltou ter essa parada devido ao quadro de vômitos, e aí ela veio a evoluir a óbito por falta assim de, dessa noção maior, de ter esse aparelho pra ta aspirando porque a gente percebeu que essa broncoaspiração foi o fator culminante prá ela ter essa parada e não reverter mais E-13

Os achados nesse estudo referentes aos insumos e equipamentos contradizem com o que determina a Portaria MS nº 354/2014 (BRASIL, 2014), desta forma as pessoas atendidas nessas unidades ficam expostas a riscos evitáveis. Essa portaria determina que o serviço de urgência deve manter disponível na unidade: estetoscópio adulto e infantil; esfigmomanômetro adulto e infantil; otoscópio adulto e infantil; oftalmoscópio; espelho laríngeo; ventilador manual e reservatório adulto e infantil; desfibrilador; marcapasso externo; monitor cardíaco; oxímetro de

pulso; eletrocardiógrafo; equipamentos para aferição de glicemia capilar; aspiradores; bombas de infusão com bateria e equipo universal; cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases, definido de acordo com o porte da unidade; máscara para ventilador adulto e infantil; ventilador mecânico adulto e infantil; foco cirúrgico portátil; foco cirúrgico com bateria; negatoscópio; máscaras, sondas, drenos, cânulas, pinças e cateteres para diferentes usos; laringoscópio adulto e infantil; material para traqueostomia; equipos de macro e microgotas; material para pequena cirurgia; colares de imobilização cervical tamanhos P, M, G; prancha longa para imobilização do paciente em caso de trauma; prancha curta para massagem cardíaca; equipamentos necessários para reanimação cardiorrespiratória e medicamentos para assistência em urgências e emergências.

Obrigatoriamente a sala de atendimento de emergência deve conter material para reanimação e manutenção cardiorrespiratória, material para procedimento de emergência e material para aspiração e oxigenação (CALIL 2007).

Neste estudo identificou não apenas a falta dos insumos e equipamentos, mas percebeu-se também, a angústia na face dos participantes ao vivenciarem na prática o mau funcionamento de equipamentos como, aspiradores de secreção e respiradores, o que pode resultar em broncoaspiração e óbito de pacientes. Tais achados contrapõem ao preconizado na legislação pertinente Portaria MS nº 354/2014, que estabelece ao serviço assegurar o estado de integridade dos equipamentos e registrar a realização das manutenções preventivas e corretivas, e que todos os recursos materiais utilizados, sendo nacionais ou importados devem ser regularizados de acordo com a normativa nacional vigente (BRASIL, 2014).

Foram citados riscos de quedas, lesões físicas e de infecção, relacionados à falta e sucateamento de mobiliários como cama, macas, suportes de soro e cadeiras para atender a demanda.

[...] algumas camas que não têm grade, e isso coloca em risco o paciente levar alguma queda E-19.

[...] são macas sem grades de proteção E-11.

[...] no material que é disposto pra gente trabalhar, os leitos, os

suporte de soro, tudo tá sucateado, principalmente no CAIS onde eu trabalho, que é o que eu sei, não posso falar dos outros, mas na minha unidade as camas não funciona, desmonta em cima de pé do paciente, cadeira machuca o usuário, machuca a gente porque é tudo sucateado, tudo arrebitado, então o risco é muito grande E-22.

[...] assim o mobiliário, camas são tudo velhas, tá precisando de ser trocadas, então eu acho que isso é um risco pro paciente, o paciente pode cair... Aí os leitos acabam e vai tudo na as cadeiras, e as cadeiras não são confortáveis, não são específicas pra se dizer, ah vamos deitar as cadeiras, aquelas próprias de tomar soro, é aquelas cadeirinhas mesmo normal de sentar, divide o suporte para com dois três pacientes para poder ir tomando, acho que é esses os riscos para o paciente E-23.

Cadeiras de fios pros pacientes que são colocadas que estão danificadas, que não têm segurança nenhuma, principalmente se haver acima do peso E-11.

Foi identificado a ocorrência de incidente sem dano (queda), relacionado à falta de segurança da maca e déficit de funcionários, e de evento adverso (mutilação de dedo) proveniente de sucateamento de cadeira.

Queda mesmo já houve, queda de maca, a maca que não tem éé, segurança mesmo, o paciente acaba caindo a gente não tem como ficar o tempo todo em volta dele, né, pouco profissional [...]sem prejuízos E-21

Presenciei uma cadeira, que mutilou, arrancou parte do dedo do paciente [...] O paciente sentou na cadeira, quando ele puxou a cadeira não prestava, tava com defeito e mutilou, cortou parte do dedo do paciente, ele perdeu a digital do dedo dele. Esse paciente foi encaminhado pro HUGO pra ser avaliado pelo angiologista, pelo vascular, eu não sei o que sucedeu, eu sei que um pedaço do dedo dele ficou pendurado lá na cadeira E-22.

Na maioria das unidades os mobiliários foram avaliados de forma negativa quanti-qualitativamente, achados que não corroboram com as recomendações do Ministério da Saúde para os serviços de urgência e emergência. Recomenda-se a utilização de mobiliários que sejam confortáveis e em número suficiente, dispostos de maneira a promover a interação entre os usuários (MS, 2009).

Mesquita (2005) embora não refira especificamente ao setor de urgência/emergência afirma que, dimensionar os recursos materiais constitui uma das atribuições da gestão, a qual permite coordenar a alocação e distribuição dos recursos de forma eficiente e eficaz e, desta maneira, obter

resultados coerentes às necessidades de saúde da clientela atendida.

Houve um depoente que enfatizou veemente os riscos e danos ao paciente no processo de trabalho resultante da aquisição de recursos materiais inadequados pela gestão:

Ta faltando vontade, conhecimento das pessoas, saber o que está fazendo, as pessoas estão despreparadas para trabalhar na saúde, pra administrar a saúde, porque quando as pessoas estão preparadas para tal coisas ela não deixa acontecer o que vem acontecendo... O que quero comentar é o seguinte: É na compra de materiais para a saúde a pessoa que compra ela tem que ser entendida do que está fazendo, primeiro comprar materiais adequados. Para usar na criança, por exemplo, a gente vai fazer um acesso não tem abocath, com calibre ideal para criança, a gente tem que furar a criança várias vezes, com escalpe, ou até com jelco grosso, que é maltratar, isso aí é falta de competência, é risco para a criança, é risco pro profissional que está fazendo [...] outra coisa que vem ocorrendo com relação a material, comprar material de qualquer preço ou qualquer marca que vem quebrado, a gente vai fazer o acesso no paciente, o paciente é de difícil acesso o paciente ta doente, ta penalizado, ainda tem que ser furado várias vezes porque quando consegue o acesso percebe que o material ta quebrado, ta furado e veio danificado de fábrica, também na compra de medicamento, comprar medicamento que realmente a gente precisa na emergência porque às vezes compra medicamentos para ficar estocado na farmácia e ele não tem utilidade para nós sendo que a demanda nossa é outro tipo de medicamento, a gente tem observado que compra material inútil e remédio inútil em grande quantidade que vence, sendo que o que usa mais vem em pouca quantidade e chega faltar para os pacientes, a gente fica sem condição de trabalhar e atender as pessoas [...] resumindo quem compra esse material tem que entender o que ta fazendo, o que a gente tem visto é que a pessoa que ta fazendo é qualquer pessoa E-2.

Este achado aponta a necessidade de se adotar novas formas de gestão quanto à aquisição de materiais, que supram as demandas das UNHAU/E, tendo em vista que os recursos materiais são imprescindíveis na atenção às urgências e emergências e constituem um fator que possibilita o alcance dos objetivos propostos.

Nos serviços de urgência a importância da adequação dos materiais é intensificada, considerando que o tempo é um fator crucial para o atendimento, e a falta de um insumo pode acarretar danos irreversíveis ao paciente (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

No gerenciamento dos materiais, é importante determinar os recursos necessários para as atividades, ponderando os aspectos quantitativos e qualitativos (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Uma gestão participativa, que respeita a opinião do trabalhador em

relação a um produto ou equipamento utilizado, resulta em satisfação profissional e compromisso do mesmo, com o atendimento de qualidade e atende a novas formas de gestão do Ministério da Saúde em seu Plano Nacional de Saúde (GELBCKE et al., 2006).

Pesquisadores descrevem que a possibilidade da equipe testar o material antes de comprá-lo, reforça o compromisso da instituição com a qualidade e o refinamento no gerenciamento (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012). Percebe-se que isso não ocorre, prejudicando a qualidade da assistência gerando riscos e danos aos pacientes.

Em todas as unidades de estudo foram mencionados déficits relacionados aos recursos materiais. Todos mencionaram indisponibilidade de materiais em quantidade suficiente e apropriada para a realização do trabalho, o que ocasionou situações de risco à segurança dos pacientes. Observou-se que a gestão, no que se refere à aquisição e seleção dos recursos materiais foi avaliada negativamente pelos informantes.

Uma pesquisa realizada em ambiente hospitalar com a equipe de enfermagem mostrou que a falta de recursos materiais gera sentimentos negativos em relação à atuação da gestão, e riscos aos pacientes, tais como, infecções, estresse e outros (VALERIANO; DIAS, 2010).

5.4.2 Riscos relacionados aos recursos físicos

Por meio dos relatos evidenciou-se que a estrutura física/ambiente não comporta a demanda e os pacientes ficam em cadeiras e macas em corredores, propiciando desconforto e falta de privacidade dos usuários e profissionais. Também, mencionaram dificuldade da equipe para visualizar e identificar o paciente.

[...] falta de espaço dentro da Instituição, a estrutura física não dá conta mais da demanda, aqui é muito pequeno, nós fazemos média de 300 atendimentos dia e a estrutura que nós temos é de no máximo 80 pacientes dia, então está mais superlotado do que uma cadeia, e isso gera acidentes E-15.

Eu acho que a estrutura aqui é pouca, porque aqui você tem paciente em corredor, nas cadeiras, nas macas, a estrutura não suporta a quantidade de pacientes que vêm pra cá E-19.

[...] outros fatores que a gente também pode identificar de riscos de danos aos pacientes é, por exemplo, são situações que a gente vivencia, a nossa enfermaria aqui na unidade ela é muito pequena, ela comporta quatro pacientes por enfermaria, e às vezes algum

paciente ficar em acompanhamento no corredor ou mesmo em alguma maca, isso dificulta muito a visibilidade da equipe de enfermagem E-13.

[...] os ambientes que não são apropriados, muito pequenos, as macas são muito próximas uma das outras E-5.

A gente vê geralmente alguns fatores de risco para o paciente, por exemplo, os pacientes ficam na enfermaria e às vezes não tem nem lugar de colocar o paciente no leito, eles ficam sentados nas cadeiras, né, e sem identificação E-14.

[...] a planta física é pouca pra demanda que vem, não oferece conforto pro paciente E-23.

[...] falta de espaço dentro da Instituição, [...] não temos enfermarias pediátricas e nem separação de masculina e feminina, estando expostos todos os pacientes. O hamper de roupa suja fica no banheiro, onde paciente confuso pega essas roupas, é, fica muito próximos dos pacientes as roupas contaminadas aqui E-15.

Mencionou-se ocorrência de evento adverso (trauma crânio encefálico) relacionado ao pouco espaço e a superlotação do ambiente.

Os espaços das enfermarias são muito pequenos e a quantidade de paciente muito grande [...] já aconteceu aqui de paciente tropeçar no pé de outro paciente e cair e bater com a cabeça na cadeira e cortar levando a um trauma, feito a tomografia e não teve nada de mais grave. Teve uma lesão de pele do supercílio E-15.

Mencionaram ausência de sala de curativo, sendo realizados curativos contaminados na sala de sutura; sala de medicações com estrutura inadequada e paredes mofadas, caindo e contaminado o ambiente.

[...] às vezes tem sutura esperando, e a gente tem que isolar na sutura e parar de fazer sutura, e aí? Um problema gera outro, né, gerando riscos aos pacientes E-11.

A sala de sutura é outra questão também, onde curativos contaminados são feitos e logo após são realizados curativos limpos, suturas não infectada E-12

[...] a gente tem uma sala de medicação, essa sala não tem uma ventilação adequada, a posição das medicações ela fica numa janela que é perto do sol, e isso altera na farmacologia das medicações. Isso é um fator de risco para mim que a gente vivencia todos os dias E-1

As paredes estão todas mofadas e caindo, e que nós da enfermagem, acabamos colocando esparadrapo por cima do balcão de medicação para não cair terra da parede em cima do balcão de medicação E-15.

O local onde a gente guarda a medicação que às vezes mistura, a gente tem que ter bastante atenção para não causar nenhuma lesão ao paciente E-20.

Aparelhos ligados em rede elétrica improvisada, encanação e tubulação inadequada, fiação expostas em redes que não estão embutidas e pisos com irregularidades;

Os fatores de riscos são a própria estrutura aqui do serviço que é oferecida a este paciente, aparelhos ligados em rede elétrica improvisada, chuvas durante procedimentos invasivos, inclusive elétricos, encanação, tubulação, fiação expostas em redes que não estão embutidas em paredes, é pisos, você pode ver que os pisos têm muitas irregularidades também E-11.

[...] Estrutura física deficiente muito deficiente na instituição, fios por todo lado, tomadas desencapadas, quebradas, com fios expostos E-15.

[...] as tomadas são sem estruturas, a quantidade, elas não são montadas, tem algumas que só tem onde o conecta as duas tomadas, mas não são tampadas toda, ficam expostas, pode levar o profissional ou até mesmo o paciente a ter um choque ou alguma coisa E-5.

A inadequação e insuficiência dos recursos físicos se diferenciam entre as unidades de estudo. Nos relatos verificou-se que três unidades apresentaram piores condições nesses aspectos. Tem em comum a falta de leito de isolamento e na maioria a superlotação:

Eu não tenho isolamento no meu CAIS, às vezes tem sutura esperando, e a gente tem que isolar na sutura e parar de fazer sutura, e aí? Um problema gera outro, né E-11.

[...] não temos leito de isolamento quando têm pacientes isolamos em consultório em qualquer lugar E-19

Sem leito de isolamento, acaba que a gente isola nos consultórios E-15.

Acho que a falta de estrutura física, falta de sala pra isolamento E-8.

Eu não tenho isolamento no meu CAIS E-11.

Não ter uma sala de isolamento também, a gente recebe pacientes com várias patologias que precisam ser isolados, e não tem como E-12.

[...] e não temos leito de isolamento E-17.

[...] falta de leito de isolamento [...] E-3.

A Política Nacional de Humanização aborda a ambiência nas instituições de saúde e define ambiência como tratamento dado ao espaço

físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana. O espaço que tende à confortabilidade, com foco na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interatua com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, arte, sinestesia e outros, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários (MS, 2010).

Os achados revelaram que as unidades não estavam adequadas conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 354 de 2014, onde estabelece que os serviços de urgências devem dispor de infra-estrutura física dimensionada de acordo com a demanda, complexidade e perfil assistencial da unidade, garantindo a segurança e a continuidade da assistência ao paciente (BRASIL, 2014).

Para essa Portaria (BRASIL, 2014) esses serviços devem possuir de acordo com o perfil de atenção, os seguintes ambientes: sala de procedimentos com área para sutura, recuperação, hidratação, e administração de medicamentos; área para nebulização; sala para reanimação e estabilização; salas para observação e isolamento; posto de enfermagem; banheiro completo. Devem possuir em suas instalações sistema de energia elétrica de emergência para os equipamentos de suporte à vida e para os circuitos de iluminação de urgência; circuitos de iluminação distintos, de forma a evitar interferências eletromagnéticas nos equipamentos e nas instalações (BRASIL, 2014).

Evidenciou-se que tem em comum entre todas as unidades, a falta de leito de isolamento, e na maioria a superlotação. Identificou-se riscos de infecção, de choque elétrico, omissão de cuidado pela dificuldade de visibilidade, de quedas e outros relacionados ao ambiente, sendo acentuados em três das unidades.

Um estudo realizado em um serviço de urgência hospitalar com a equipe multiprofissional, a estrutura foi avaliada positivamente, em especial quanto à disponibilidade de recursos materiais quanti-qualitativamente e também adequação da estrutura física (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012). Outra pesquisa com enfermeiros, no mesmo contexto, mostrou condições precárias de trabalho, e ambiente insalubre e inseguro influenciando negativamente na qualidade da assistência (FURTADO;

JUNIOR, 2010).

Em 2004, foi realizado um estudo nas UNHAU/E em Goiânia e identificou-se estrutura física deficitária (MOURA, 2004) condição que se assemelha aos achados do presente estudo, apesar de ter sido realizado há uma década.

Embora todas as unidades sejam vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde, os achados mostraram que os riscos relacionados à estrutura física se diferenciam. Três delas encontravam em condições melhores de trabalho. As demais, precárias, influenciando expressivamente na qualidade do cuidado.

Constata-se nas narrativas que nas instituições investigadas há necessidade de melhorar e ampliar os recursos físicos, com vistas a atenderem as necessidades da demanda e consequente minimização de riscos.

A insuficiência dos recursos físicos e materiais foram identificados em outras pesquisas realizadas na atenção pré-hospitalar às urgências em Goiânia (MOURA, 2004; MORAES, 2012), condição que se assemelha aos achados deste estudo.

5.5 PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS

Nessa categoria foram agrupados os dados que dizem respeito aos riscos relacionados aos processos operacionais assistenciais. Mencionaram fatores organizacionais, bem como, escassa protocolização dentro do bloco de urgência, insuficiente estratégia de identificação dos pacientes e inadequações do funcionamento do Centro de Material e Esterilização. Esses dados deram origem a duas sub-categorias: 1) Instrumentos normativos no serviços de urgência; 2) Organização e funcionamento do Centro de Material e Esterilização

5.5.1 Instrumentos normativos nos serviços de urgência

Em relação aos instrumentos normativos/protocolos nas UNHAU/E, os participantes mencionaram dois aspectos diferentes, referindo à porta de entrada dos pacientes e assistência prestada dentro do bloco de urgência.

No que se refere à porta de entrada, mencionaram a adoção pela Secretaria Municipal de Saúde do manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades.

Existe um protocolo para classificação de risco que define a entrada do paciente E-3.

Temos na unidade é o protocolo de classificação de risco E-4.

A classificação de risco ela tem um protocolo, inclusive eles estão atualizando ele, o mesmo protocolo E-1.

A única coisa que a gente tem de protocolo é o protocolo de classificação de risco E-19.

Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) o acolhimento traduz-se em um modo de operar os processos de trabalho em saúde, assumindo uma atitude capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários (MS, 2009).

A classificação de risco é um processo que permite identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (MS, 2006). Segundo os participantes essa prática é exercida nas unidades de estudo:

Na classificação de risco, existe protocolo da classificação de risco onde o paciente é classificado de acordo com a gravidade seguindo esse protocolo. E-7.

Tem o protocolo lá da classificação de risco... Que é o vermelho, amarelo, verde e azul, esse é o protocolo lá pro o acolhimento E-1.

Nas unidades adotou-se o manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco (GOIÂNIA, 2011) utilizando um sistema de cores para classificar os pacientes, sendo: vermelho, amarelo, verde e azul.

- VERMELHO: Atendimento e encaminhamento imediato ao serviço de emergência.
- AMARELO: Risco de vida iminente, sendo que o tempo de espera deste paciente para o atendimento não deverá ser superior a quinze (15) minutos.
- VERDE: As queixas classificadas como urgentes, mas que não levam a riscos iminentes de vida, e deverão ocorrer no período de 30 minutos a três horas de espera.

- AZUL: queixas não urgentes relativas aos processos de promoção e prevenção da saúde, deverão ser atendidas no ambulatório, onde o prazo de espera do paciente poderá ser de três horas até sete dias (GOIÂNIA, 2011).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, ampliando as relações humanas entre profissional e usuário de forma democrática e solidária (MS, 2009).

Após o acolhimento e classificação de risco é a assistência no bloco de urgência, e neste setor os informantes mencionaram riscos organizacionais, bem como, falta de padronização das atividades e procedimentos e também a forma de identificação dos pacientes. Consideraram estes aspectos como insuficientes para o cuidado seguro.

Mencionaram ausência de protocolos dentro do bloco de urgência e relataram a necessidade de protocolos e padronização das atividades, que segundo os participantes, na prática estão ancoradas na sensatez dos profissionais enfermeiros.

Existe um protocolo para classificação de risco que define a entrada do paciente, mas a partir do momento que ele está aqui dentro não existe E-3.

Eu nunca vi nenhum protocolo de Urgência e emergência, nunca vi um protocolo na sala de reanimação, eu nunca vi um protocolo de medicações. Tem o protocolo lá da classificação de risco, mas pra rotinas nós não temos, não temos E-1.

Os procedimentos operacionais padrão é uma coisa que eu não sei se é só aqui na minha realidade, nessa unidade o qual eu trabalho ou se é na secretaria em si, porque a gente passa para a gestão, a gestão passa pro o distrito que passa para o PAÇO, e assim vai cobrando um do outro mas nunca chega até nós. Tem um ano e x meses que estou aqui, cobro rotinas, porque gera intriga entre a equipe, e, acaba influenciando na assistência ao paciente E-11.

[...] falta as normas da unidade que não tem. O enfermeiro quando chega aqui, recém ingressado aqui, o que que ele tem que fazer ao iniciar o plantão, durante o plantão, ou ao final do plantão? Isso não existe E-11.

Manuais de rotinas, protocolos eu nunca vi, se tem eu nunca vi E-22.

Não tem protocolos, eles colocam alguma coisa, no outro dia você tá sabendo porque tem um emblema na parede, mas protocolos,

padronização não tem E- 24.

A gente aqui não tem rotinas, não tem protocolos, não temos procedimentos POPS, é educação continuada também não temos, voltada pra enfermagem não E-13.

Nós temos a necessidade de manuais, protocolos POPS, enfim algo que nos permite melhor atender nossos pacientes, que gere praticidade, que nos dê melhor respaldo, a própria padronização mesmo E-9.

Nós não temos rotinas nenhuma, a gente tem a rotina assim, que nós estabelecemos, que no caso o enfermeiro estabelece, mas no dia dele, no plantão dele, aí ele fala, nossa rotina é essa, é uma rotina diária do enfermeiro, mas rotina da unidade que tem que ser executada por todos nós, não temos! E-1.

O que a própria enfermagem tenta fazer, é ta observando pra ter menos riscos, mas isso nem sempre isso acontece de forma resolutiva... Então o atendimento inicial do paciente que é o acolhimento existe esse protocolo, agora os POPs não, no bloco não E-7.

[...] que tem é conhecimento das enfermeiras, que na verdade mais ou menos trabalham da mesma forma, mas não quer dizer que seja exatamente um protocolo, em que todo mundo faça da mesma forma em todos os plantões, né. Fica mais por parte do conhecimento da enfermeira que tá no plantão E-10.

Eu que estou na emergência sinto falta às vezes de protocolos [...] a falta de protocolo é com certeza um risco para o paciente, porque cada plantão funcionando de uma forma eu acho que complica um pouco E-10.

Os cuidados de enfermagem devem estar delineados em rotinas e procedimentos de forma a uniformizar as ações, garantindo os princípios das boas práticas para diminuição de riscos aos pacientes (SIQUEIRA, 2007).

Verificou-se que em duas unidades se faz transfusão sanguínea e nestas existem protocolo para a administração de sangue:

Agora que a gente faz transfusão sanguínea aqui, eles vieram da secretaria com o protocolo de como que é pra fazer, uma ficha específica pra gente anotar como que tava o paciente, se teve alguma reação, mas assim são poucos, quase nenhum E-20.

Eu que estou na emergência sinto falta às vezes de protocolos, de rotinas, apesar de ter, mas eu acredito assim que pra tudo teria que ser padronizado dentro da secretaria. Não temos protocolos dentro do bloco. Alguns procedimentos tem protocolo, por exemplo a questão de hemoderivados, mais assim é bem pouco, não tem uma padronização por exemplo como vai ser um procedimento na estabilização? Todos os plantões devem funcionar assim, o paciente vai ser admitido dessa forma, a medicação vai ser feita assim, o passo a passo mesmo, não tem E-10.

Referiram também à padronização do atendimento de acidente anti-

rábico, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS, 2011), contudo, negam os específicos dos serviços:

A gente tem algumas coisas anexas dentro da unidade, por exemplo, daquelas rotinas, de acidente anti-rábico, agora da própria unidade a gente não fez o POP ainda, não teve iniciativa do diretor e do corpo de enfermagem, reunir e fazer um POP da unidade, a gente não tem isso aqui, pelo menos eu nunca vi, às vezes tem engavetado eu vou até procurar, depois dessa entrevista pra ver se eu acho (risos), mas eu nunca vi E-14.

Os relatos revelaram escassez de protocolos e padronização de rotinas no bloco de urgência contrapondo a Portaria nº 354/2014, que estabelece ao Serviço de Urgências e Emergências dispor de instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas (BRASIL, 2014).

Os protocolos institucionais organizacionais, operacionais e técnicos devem ser implementados e atualizados, e ser de conhecimento da equipe de trabalho da urgência, visando o desempenho operacional e o alcance da qualidade da assistência ao cliente em situação de urgência/emergência (SÃO PAULO, 2010). A importância dos protocolos nas instituições de saúde para criar sistemas mais seguros é reconhecida mundialmente (QUINTO NETO, 2006; VICENT, 2009; WACTER, 2010).

Uma pesquisa realizada nas UNHAU/E em Goiânia, constatou-se que os protocolos clínicos são iniciativas isoladas de gerentes e profissionais, sem perspectiva de sistematização (MOURA, 2004).

Neste estudo evidenciou-se a escassez de protocolos, no entanto ao revisar a literatura foi identificada a Portaria nº 009/2013, que implanta o Serviço de Apoio Institucional à Rede de Atenção às Urgências da Secretaria Municipal de Saúde (GOIÂNIA, 2013).

Essa portaria descreve as atribuições dos apoiadores Institucionais da Rede de Atenção às Urgências, e dentre elas está a implantação e implementação de protocolos, fluxos e rotinas padronizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, bem como monitorar a aplicabilidade e efetividade (GOIÂNIA, 2013). Os achados apontam para a necessidade de padronização de rotinas e de implantação de protocolos dentro do bloco de urgência, bem como a monitoração de sua aplicabilidade.

A atividade clínica exige boa capacidade de organização entre outros, e ao ignorar as regras, o sistema torna mais perigoso, depois se

torna um tanto mais, e assim vai até que se torne um grande desastre (VICENT, 2009).

Outro fator apontado pelos participantes é a forma de identificação dos pacientes nas unidades.

A identificação é considerada fundamental no cuidado seguro ao paciente e deve ser conferida antes de qualquer cuidado. A utilização de tecnologias como pulseiras de identificação, é essencial para a prevenção de erros durante o cuidado sob qualquer condição de assistência. Normalmente, as pulseiras de identificação são colocadas no punho do paciente com informações precisas e devem ter pelo menos dois identificadores. Exemplo: nome completo, data de nascimento, nome da mãe e nº de registro no sistema de saúde nacional. Nunca se deve usar a confirmação verbal como a única forma de identificação, por exemplo, “seu nome é João”? (MOLLON; FIELDS, 2009; AVELAR, 2009).

Neste estudo os participantes mencionaram ausência de pulseiras de identificação, etiquetas nas unidades e outras formas de identificação. Referiram que a única forma existente de identificação dos pacientes é a ficha de atendimento e ou prontuário, e consideraram essa forma insuficiente para um cuidado seguro:

Aqui na unidade o que não falta é fator de risco pros pacientes, por exemplo é [...], a identificação dos pacientes, não são feitas por meio de pulseiras, os leitos dos pacientes não são identificados, a única identificação que tem é no prontuário do paciente E-19.

As fichas a gente faz as chamadas, por exemplo, de 1/1 hora pra ver qual o paciente foi embora, qual ficou, né [...] Assim a gente tem o risco de pegar uma ficha e fazer uma medicação no paciente errado, porque você, não tem identificação em ninguém, a gente confia no que a pessoa fala [...] então assim, a gente tem esse problema de identificação de paciente, é um dos problemas que a gente vivencia [...] é um fator de risco, o paciente sem identificação E-14.

[...] não tem uma formalização adequada no local de trabalho pra gente identificar bem o paciente, isso também é um fator de risco de danos a esse paciente E-13.

Mencionou-se a ocorrência de erros de medicamentos por déficit na identificação.

Um paciente deu entrada, com suspeita de IAM com um nome X, e chegou um paciente na mesma hora com suspeita de IAM também, com um nome Y, esses paciente na verdade tinha o

mesmo nome, mas o sobrenome era diferente, mas era o mesmo nome com a mesma patologia, eles entraram na unidade e, as fichas ficam próximas, os dois eram do mesmo sexo ficaram as fichas lá e, o médico pediu para a gente fazer a medicação e a gente fez no primeiro paciente, e depois aconteceu de chegar outros pacientes, foi enchendo a unidade e na hora que o médico perguntou se a gente tinha feito a medicação no outro paciente, a gente falou que sim que tinha feito, mas na verdade a gente tinha feito no primeiro e o segundo ficou sem a medicação. Então por causa dessa falta de identificação dos dois pacientes, com o mesmo nome, e com sobrenome diferente, a gente medicou um, e deixou de medicar o outro E-14.

Protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, conforme a RDC nº 36/2013, (BRASIL, 2013b) dentre os protocolos citados nessa resolução está o de identificação de pacientes (BRASIL, 2013b; MS, 2014).

Os resultados evidenciam inadequações relacionadas às recomendações de segurança para identificação dos pacientes.

A importância da identificação correta é amplamente reconhecida e aceita, mas muitas vezes, não é realizada. O risco da ocorrência de erro relacionada à incorreta administração de fármacos e realização de procedimentos em regiões do corpo ou em pacientes trocados, entre outras possibilidades pode ser avaliado como problema evitável (AVELAR, 2009; MOLLON; FIELDES, 2009).

Os gestores das instituições precisam estabelecer metas, recursos materiais e recomendações aos profissionais acerca da implementação de medidas de identificação do paciente, para minimizar a ocorrência de erros relacionados à ausência ou à incorreta identificação (AVELAR, 2009).

Ao analisar essa subcategoria evidenciou-se que os entrevistados mencionaram a adoção pela Secretaria Municipal de Saúde do manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades. Entretanto, mostraram a necessidade da existência de mais instrumentos normativos, protocolos, rotinas e melhor estratégia de identificação dos pacientes no bloco, tendo em vista a organização do serviço, a segurança nas ações prestadas e a minimização de riscos relacionados a esses aspectos.

5.5.2 Organização e funcionamento do Centro de Material e Esterilização

No que se refere à organização e funcionamento do CME, identificou-se ausência de protocolos, padronização de rotinas e estrutura física inadequada.

Não temos nada que institui um protocolo a ser seguido para esterilização de material, e nem armazenamento, aqui não tem barreira pra material limpo e contaminado, é, não tem um fluxograma para só o funcionário da CME entrar na sala, todos entram de qualquer jeito E-17.

Material mal esterilizado, por não ter controle de risco biológico como rotina. A estrutura da CME, não compete com nenhum tipo de estrutura de CME regularizada pela ANVISA, ou pela vigilância sanitária do próprio município E-15.

O Centro de Material e Esterilização é definido pelo Ministério da Saúde como unidade funcional destinada ao processamento de produtos para os serviços de saúde. A limpeza, o preparo, a desinfecção ou a esterilização, o armazenamento e distribuição de produtos devem ser realizados pelo CME do serviço de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora (BRASIL, 2012).

A RDC nº 15, de março de 2012 dispõe os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Nessa resolução estabelece que cada etapa do processamento do instrumental cirúrgico e dos produtos para saúde deve seguir Procedimento Operacional Padrão (POP) elaborado com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente (BRASIL, 2012).

Mencionaram também déficit de funcionários e sobrecarga de trabalho.

Na nossa unidade na CME, pelo menos no nosso plantão, só tem um funcionário pra área, pro expurgo, para a área limpa e pra distribuição, então a pessoa entra em todas as áreas, ela faz todo serviço e é super sobrecarregado, e isso com certeza é um risco à segurança do paciente e a nossa principalmente E-8.

O funcionamento da CME ta deixando muito a desejar, igual eu te falei, a deficiência de funcionário, ta colocando mais a noite porque a noite tem um pouco mais, que pode ta dando apoio, mas durante o dia, ta ficando vago lá, sem funcionário porque não tem condição, não tem funcionário e considero isso um risco porque na hora que você precisar de algum circuito de oxigênio de emergência não tem como, aí tem que ir lá, largar o que ta fazendo pra poder cuidar pra poder atender o paciente, e isso

demora E-24.

Na CME, na área limpa e na área suja fica o mesmo profissional, a gente não tem profissional, quantidade de profissional suficiente pra colocar dois profissionais lá dentro. Então assim só de ser um profissional nas duas áreas já é um fator de risco sim, pra infecção e pra qualidade desses materiais que são esterilizados E-19.

A RDC nº 15/2012 art. 33, descreve as atribuições do Responsável Técnico do serviço de saúde, sendo elas: Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde; Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução; Garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades de processamento de produtos para saúde; prover meios para garantir a rastreabilidade das etapas do processamento de produtos para saúde (BRASIL, 2012). Não mencionaram quanto à presença ou ausência do profissional de nível superior ou responsável técnico para os setores, no entanto referiram mau funcionamento do setor.

A RDC nº 15/2012 art. 29 estabelece que os profissionais da CME devem receber capacitação específica e periódica nos seguintes temas: classificação de produtos para saúde; conceitos básicos de microbiologia; transporte dos produtos contaminados; processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização, funcionamento dos equipamentos existentes; monitoramento de processos por indicadores químicos, biológicos e físicos; rastreabilidade, armazenamento e distribuição dos produtos para saúde; manutenção da esterilidade do produto (BRASIL, 2012). Identificou-se falta de capacitação dos profissionais para o trabalho no CME e falta de insumos adequados para a realização do trabalho.

Outro problema que a gente tem é que vários materiais, por exemplo, da CME são reprocessados de forma errada, o que sofre desinfecção estava sofrendo esterilização, danificando, derretendo materiais, e vice versa, o que deveria ser esterilizado estava apenas sendo desinfetado e gerando uma série de problemas para unidade, e isso eu refiro à falta de educação continuada e a falta da gestão, né, a gestão tem que se preparar pra isso [...] O risco de infecção, às vezes a gente pensa no risco de quedas, né, de medicações, mas o risco de infecção é altíssimo E-11.

Alguns materiais que não são devidamente processados, isso acontece aqui, algumas vezes já presenciei, funcionários da CME falando que eles estavam fazendo a limpeza, com sabão em pó normal, dos materiais que são usados aqui E-12.

O Centro de Material e Esterilização deve possuir um profissional responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica. Compete ao profissional responsável pelo serviço de CME: coordenar todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos; participar do processo de capacitação, educação continuada e avaliação do desempenho dos profissionais que atuam no setor; propor os indicadores de controle de qualidade do processamento dos produtos; contribuir com as ações de programas de prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo o controle de infecção; participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME; orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos e outros (BRASIL, 2012).

Os achados deste estudo mostram que o funcionamento e a organização do CME não estão em conformidade com as exigências do Ministério da Saúde. Foram caracterizados pelos participantes como um setor que pode causar danos aos pacientes, referiram: falta de profissionais capacitados, de insumos adequados para a realização do trabalho, de protocolos para limpeza, preparo, desinfecção, esterilização, armazenamento e distribuição dos produtos e falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho, por vezes esse setor fica alguns períodos descobertos, expondo os pacientes a falta de materiais para uso.

Consideraram que esses fatores podem comprometer a qualidade dos materiais processados e dificulta a realização das atividades. Enfatizaram veemente o risco de infecção aos pacientes relacionados ao processo de trabalho nesse setor.

Os achados se assemelham com outro estudo, em que é descrito que existem várias normativas legais para o funcionamento do CME, no

entanto o que se tem verificado na prática, é que esse serviço não atende aos requisitos de funcionamento, tanto na estrutura física quanto as atividades realizadas, impactando no processo de trabalho nesta unidade (GIL; CAMELO; LAUS, 2013).

O CME se articula com quase todos os serviços das instituições, por exemplo: urgência, ambulatório e outros. O êxito nos procedimentos e a segurança do paciente dependem dos serviços realizados nesse local.

Em todas as unidades houve relatos quanto ao inadequado funcionamento do CME e a preocupação com o risco à segurança dos pacientes relacionado a este setor, entretanto duas unidades foram mencionadas expressivamente quanto à inadequação desses serviços. Esses dados merecem atenção considerando que o processo de trabalho no setor pode incorrer em riscos de infecção aos pacientes.

As análises sobre os riscos à segurança do paciente no cuidado à saúde nas UNHAU/E apontaram para a necessidade da gestão de riscos em conformidade com a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013) e evidencia-se na fala

Eu vejo o sistema municipal muito sem vigilância, sem controladores de infecção, controladores de muita coisa assim, e que não preocupa mesmo com essa parte que você está pesquisando E-17.

6 CONCLUSÕES

A presente pesquisa demonstrou que os profissionais de enfermagem apontaram diversos riscos no cuidado à saúde de pacientes atendidos nas UNHAU/E.

Em relação ao significado de risco ao paciente no cuidado à saúde, identificou-se, que os enfermeiros e técnicos em enfermagem demonstraram compreensão clara e objetiva definindo-o como a probabilidade da ocorrência de dano ao paciente, relacionado a ações, situações ou procedimentos realizados durante o seu atendimento.

Dentre os fatores que colocam em risco os pacientes, destacam-se aqueles relacionados aos recursos humanos, materiais e físicos e os processos operacionais assistenciais nas UNHAU/E.

No que diz respeito aos recursos humanos percebeu-se insuficiência na formação profissional de médicos e enfermeiros no que se refere à atenção às urgências e emergências, aliada a ausência da Educação Permanente em Saúde, treinamentos e atualizações de forma regular, o que dificulta a eficiência e agilidade no cuidado ao paciente gravemente enfermo. Mencionaram omissão do cuidado e a ocorrência de evento adverso (óbito) decorrentes de despreparo técnico- científico.

Destaca-se a insatisfação quanto ao dimensionamento de pessoal insuficiente (equipe médica e de enfermagem) e a carga de trabalho excessiva, bem como tensão dos profissionais quanto aos riscos que vão desde a abordagem inicial na classificação de risco à assistência dentro do bloco. Foram exemplificadas falhas na investigação inicial; medicação, dose e paciente errado; incluindo a omissão do cuidado, dentre outros decorrentes da sobrecarga de trabalho.

Referindo-se aos recursos materiais, os riscos aos pacientes estão relacionados à falta de insumos, medicamentos, mobiliários, equipamentos e ao mau funcionamento e sucateamento de equipamentos. Destacam-se os riscos de infecção, quedas, lesões físicas, broncoaspiração e óbito referentes a esse aspecto.

Os recursos físicos foram considerados inadequados e insuficientes

em todas as unidades, tendo em comum a falta de leito de isolamento. Foram citados os riscos: choque elétrico, infecção, quedas, omissão de cuidado e outros relacionados a este aspecto. Entretanto, a metade das unidades avaliadas apresentaram melhores condições de trabalho, o que influencia na qualidade do cuidado.

Aspectos referentes aos processos operacionais assistenciais foram citados, dentre eles: a ficha de atendimento como a única forma de identificação dos pacientes foi considerada insuficiente para um atendimento seguro, com destaque à ocorrência de erro na administração de medicamentos e procedimentos em pacientes errados; a escassa protocolização dentro do bloco de urgência, o que fere os princípios de boas práticas e o inadequado funcionamento dos Centros de Material e Esterilização com destaque ao risco de infecção.

Conclui-se que os riscos apontados pelos profissionais da enfermagem são relacionados a fatores sistêmicos (referentes ao ambiente de trabalho/organizacional) e externo (relacionado à insuficiência na formação de profissionais médicos e enfermeiros no que se refere à atenção às urgências e emergências).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência à saúde se desenvolve em um sistema complexo, e conhecer o que acontece nas instituições, desprovida de preconceitos, é o primeiro passo para o alcance de melhorias e para a promoção da segurança do paciente. A realização desta pesquisa permitiu apontar questões relevantes para os gestores das UNHAU/E acerca do cotidiano vivenciado pelos profissionais da enfermagem que se encontram na linha de frente do atendimento, revelando a necessidade de adoção de medidas em prol de melhorias, com vistas à minimização de riscos no cuidado à saúde.

Os serviços de atendimento às urgências e emergências são imprescindíveis para salvar vidas e isso aumenta a responsabilidade e o compromisso dos gestores e profissionais de saúde, na busca contínua de uma assistência cada vez mais segura, alicerçada nas melhores práticas, definidas com base em evidências científicas.

Percebeu-se a necessidade de investimento na estrutura física; redimensionamento da equipe de enfermagem, com vista a diminuição da sobrecarga de trabalho; implantação e implementação de protocolos e rotinas padronizadas dentro do bloco de urgência; implementação de estratégias de identificação dos pacientes; capacitação da equipe multiprofissional e adoção do gerenciamento de riscos nas unidades.

Notou-se a necessidade de se adotar novas formas de gestão quanto à aquisição de materiais que supram a demanda das UNHAU/E. Com efeito, sugere-se, ouvir a opinião do trabalhador da “ponta” quanto ao aspecto quanti-qualitativo, e a possibilidade de testar os materiais antes, por exemplo: Abocath e aspiradores.

O Centro de Material e Esterilização merece atenção especial e urgente da gestão, pois as atividades ali executadas carecem de condições estruturais e organizacionais para a garantia da qualidade dos materiais processados e conseqüente minimização dos riscos de infecção aos pacientes. Recomenda-se também a presença do profissional enfermeiro nos Centros de Material e Esterilização, com experiência e conhecimento técnico-científico na área, que trace estratégias de gestão de riscos nestes

setores dentro das unidades.

Acredita-se que o processo de recrutamento e seleção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para os serviços de urgência pré-hospitalares fixos, deveria exigir especialidade e experiência quanto ao cuidado crítico, ou seja, profissionais aptos para atender esse público. Bem como, a continuidade da qualificação profissional por meio da Educação Permanente nos serviços.

É importante salientar que os participantes do presente estudo relataram erros e incidentes com os pacientes no processo de trabalho, destacando: erros de administração de medicamentos, incidentes sem danos (quedas) e eventos adversos como óbito, broncoaspiração, mutilação de membros e trauma crânio-encefálico. Verificou-se que estes se relacionam à insuficiência e inadequação dos recursos humanos, materiais e físicos e na interação entre todo o sistema.

Ao concluir as análises sobre os riscos no cuidado à saúde de pacientes atendidos nas UNHAU/E, os resultados apontaram para a necessidade da gestão de riscos em conformidade com a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b). Considerando o PNSP no Brasil e a formação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde, faz-se relevante a implantação de um núcleo, específico para esses serviços.

Cabe destacar que, Goiânia possui um número relevante de UNHAU/E, conforme preconizado na legislação (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2011), no entanto, a nossa vivência profissional e os resultados desta pesquisa permitem afirmar que muito há o que se avançar, para que seu cumprimento seja efetivo, na prática assistencial.

Compreende-se, que ocorreu a diminuição da superlotação dos prontos-socorros hospitalares, por meio da reorganização do acesso sob a ótica da regulação médica, contudo, ressalta-se como fragilidades desse processo o déficit de leitos de retaguarda àqueles pacientes que extrapolam sua complexidade, a exemplo: leito de Unidade de Terapia Intensiva. Com isso, os serviços não hospitalares de atendimento às urgências e emergências se responsabilizam por essa demanda, sem infraestrutura suficiente (física, material, humana e operacional), tornando-se hospitais sem o serem. Destaca-se ainda nesse contexto, a demora nos transportes

de pacientes quando necessitam-se deste serviço, comprometendo a segurança do paciente nesse espaço assistencial.

Dessa maneira, os trabalhadores envolvidos na atenção às urgências e emergências, em especial, nos serviços pré-hospitalares fixos se vêem angustiados, vivenciando dilemas nessa área do cuidado, assumindo as dificuldades e os riscos.

Os resultados sugerem a necessidade de se realizar estudos com usuários, e profissionais que atuam nas UNHAU/E, de forma a identificar como tem sido o processo de cuidar e a segurança dos pacientes nesse espaço, de modo que seja possível confirmar as transformações, as limitações e os desafios para qualificar este espaço assistencial.

Entre as limitações do estudo pode se destacar dificuldades quanto à revisão da literatura, pois não foram encontrados estudos com foco nos riscos inerentes do processo de cuidado em UNHAU/E. A ausência de trabalhos específicos dificultou a comparação dos achados com os resultados de outras pesquisas. Crer-se que este estudo foi pioneiro em Goiás com objetivo proposto.

Acredita-se que o resultado desta pesquisa poderá sensibilizar as instituições de ensino sobre a importância de se investir mais na formação dos profissionais quanto à atenção às urgências e emergências, corroborando com as necessidades do mercado de trabalho, das políticas de saúde do município, e com os índices de mortalidade.

Pode-se inferir que os resultados contribuirão com o planejamento das políticas públicas e com a gestão das unidades de saúde, no sentido de implantar e implementar medidas que visem à segurança dos pacientes, entendendo que a segurança do paciente é a dos profissionais e das instituições.

Como produto técnico da dissertação propõe-se a elaboração e implantação de protocolos nas UNHAU/E, conforme o modelo do Procedimento Operacional Padrão proposto e apresentado após as referências.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. O. **Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência da Região Metropolitana de Campinas : aspectos organizacionais e conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar.** Campinas-SP, 2008. 143f. Dissertação (mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Boletim informativo: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2011.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre a higienização das mãos na Assistência à Saúde.** Brasília, 2005, 34p.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília, 2013. 167p.

ARAÚJO, M. T.; ALVES, M.; GAZZINELLI, M. F. C.; ROCHA, T. B. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 20, p. 156-163, 2011.

AVELAR, A. F. M. **Identificação do paciente.** In: PEDREIRA M. L. G; HARADA, M. J. C. S. *Enfermagem dia a dia segurança do paciente.* São Paulo: Yendis, 2009. p. 159-170.

BARCELLOS, G. B. **Apresentação à edição brasileira.** In: WACHTER, R. M. *Compreendendo a segurança do paciente.* Tradução: BERQUÓ, L. S. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Edição Revista e atualizada. Lisboa, Portugal. Edições 70, LDA, 2009. 281p.

BIROLINI, D. **Prefácio.** In: *O enfermeiro e as situações de Emergência.* São Paulo: Atheneu, 2007. p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras

providências. Disponível em:http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7599770043e684468b198f45f4f7d4e4/rdc0015_15_03_2012.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 12-04-2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Publicada no Diário oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 02 abr. 2013a. Seção 1 p. 43-44.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF), 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as Condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasil, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 08 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 26 outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em 26 outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2809_07_12_2012_rep.html. Acesso em 26 outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014.** Publica a proposta de projeto de resolução “Boas Práticas para Organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência. Brasília (DF), 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1. 996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1. 601, de 7 de julho de 2011.** Estabelece as diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em 29 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2. 048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília (DF), 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em 10 dezembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasil, 2003a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em 10-09-2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.864, de 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. Brasil, 2003b. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.htm. Acesso em 10-09-2014

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 05 dezembro 2014.

BRASIL. **Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012**, do Conselho Nacional de Saúde. Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, DF. n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

CALIL, A. M. **Estrutura organizacional de um serviço de emergência**. In: CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. O Enfermeiro e as situações de Emergência. 1ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 15-24.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 792p.

CANO, F.G. **Eventos adversos a medicamentos no ambiente hospitalar**. 2011.100f. Tese doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011, p 21-115.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n.6, p.vii-viii, 2010.

CARRARA, D. **Comunicação e segurança do paciente**. In: PEDREIRA, M. L. G., HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009, p. 171-180.

CARRARA, D. **Prevenção da resistência antimicrobiana e segurança do paciente**. In: PEDREIRA, M. L. G., HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009, p 139-144.

CARRARA, D.; SALLES, C. L. S. **Estratégias para segurança do paciente: Cuidado limpo, Cuidado seguro**. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009, p. 97-108.

CARVALHO, B. K. L. A rede de Urgência em Belo Horizonte - MG - Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 275-278, 2008.

CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. **A administração de recursos materiais na enfermagem**. In: KURCGANT, P. (coordenadora). Administração em enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1991. p 73-88.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. In:Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro 2009. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em 09 dezembro 2014.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1451, de 10 de março de 1995**. Dispõe sobre atendimento a situações de Urgência e emergência. Publicada no D. O. U de 17-03-95, seção I, p. 3666. Disponível em:WWW.portalmedico.org/resolucoes/cfm/1995/1451-1995.htm. Acesso em: 01 outubro 2014.

CNS. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**:“Onde dá SUS, dá certo!”Brasília 2 a 6 de setembro de 1996: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em: 01 dezembro 2014.

CNS. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca. Brasília 7 a 11 de dezembro de 2003: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em:09 dezembro 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 347, de 15 de junho de 2009**. Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo período de funcionamento da Instituição de Saúde. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1461992-revogada-pela-resoluo-3472009_4237.html. Acesso em 20 maio 2015.

COREN GO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, GOIÁS. **Legislação do exercício profissional da enfermagem**. Goiânia: CIR-2010. p. 7-123.

COREN SP. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, SÃO PAULO. **Decisão COFEN nº 021/2001** “Dispõe sobre a regulamentação da

assistência de enfermagem em atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o suporte básico e suporte avançado de vida. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/PARECER%20COREN-PB%20411-2006%20-%20Memo%20CTA%20%2028-2006%20Analise%20e%20homologacao%20das%20deciso es%20COREN-PB%20%2013-2006>. PDF. Acesso em 29 abril 2015.

COREN SP. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, SÃO PAULO. **Dimensionamento de pessoal**. Plenário 2008-2011. Elaboração: CANAVEZI, C. M. Disponível em: http://www.portalcorenrs.gov.br/docs/Dimensionamento/livreto_de_dimensionamento.pdf. Acesso em 29 abril 2015.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasil, 2001a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 24-06-2015

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3/ 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasil, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 24-06-2105

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 24-06-2015

D' INNOCENZO, M.(Coord.).**Indicadores, auditorias, certificações:** ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.

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

FELDMAN, L. B. **Gestão de risco e segurança hospitalar:** Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2009. 387p.

FERRAZ, E. M. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 281-282, 2009.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 3, p.

327- 330, 2006.

FURTADO, B.M.A.S.M.; JUNIOR, J.L.C.A. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 169-174, 2010.

FRANÇA, S. P. S.; MARTINO, M. M. F. Atendimento pré-hospitalar como Estratégia de Promoção da Saúde Pública: Revisão Integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7 n. 4, p. 1225-1233, 2013.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT. P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, p. 91-96.

GARCIA, S. D.; HADDAD, M. C. L.; DELLAROZA, M. S. G.; COSTA, D. B.; MIRANDA, J. M. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 2, p. 339-346, 2012.

GELBCK, F.; MATOS, E.; SCHMIDT, I. S.; et al. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15. n. 21, p 515-520, 2006.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, D.; MACHADO, W. C. A. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Reimpressão. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 337p.

GIL, R. F.; CAMELO, S. H.; LAUS, A. M. Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 927-934, 2013.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal daSaúde. **Manual de Orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Versão II. Revisada em julho de 2011, 16p.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 009, de 06 de fevereiro de 2013**. Implanta o Serviço de Apoio Institucional à rede de Atenção às Urgências da Secretaria Municipal de Saúde. SMS –GO, 2013. Disponível em:[HTTP://WWW.SAUDE.GOIANIA.GO.GOV.BR/DOCS/DIVULGACAO/PORTARIA%20009-13.PDF](http://WWW.SAUDE.GOIANIA.GO.GOV.BR/DOCS/DIVULGACAO/PORTARIA%20009-13.PDF). Acesso em 11 abril 2015.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Saúde**. Disponível em:<http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/divulgacao/Unidades-2014.pdf>. Acesso em: 29 outubro 2014.

HARADA, M. J. C. S. **A prevenção do erro humano**. In: HARADA, M. J. C. S; PEDREIRA, M. L. G.; PERTELINE, M. A. S.; PEREIRA, S. R. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 27-42.

HARADA, M. J. C. S. **Segurança do paciente:** classificações e definições. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Paulo: Yendis, 2009, p. 33-43.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; PERTELINE, M. A. S.; PEREIRA, S. R. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. 217p.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human:building a safer health care system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KUSAHARA, D. M.; CHANES, D. C. Segurança na medicação. In: *Enfermagem dia a dia: segurança do paciente*. São Paulo:Yendis, 2009. p. 119-138.

KUSAHARA, D. M.; CHANES, D. C. **Informe de erros e de eventos adversos**. In PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. *Enfermagem dia a dia segurança do paciente*. São Paulo: Yendis, 2009, p. 181-195.

LINO, M. M.; CALIL, A. M. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 777-783, 2008.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. Campinas, v. 24, p. 105-125, 2005.

MACHADO, W. C. A. **Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro**. In:GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, D.; MACHADO, W. C. *A História da enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p. 255-337.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto naabordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.21, n. spe, p. 146-154, 2013.

MARQUES, L.F.G. **Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre o hospital, atenção básica e domicílio**. 2013.198f. Dissertação de mestrado da Universidade de SãoPaulo, São Paulo, 2013.

MARTINS, J. C. A. **Atuação do enfermeiro no setor de urgências:** gestão para o desenvolvimento de competências. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. *Gestão do Serviço de Enfermagem no mundo Globalizado*. Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 175-189.

MENDES-JÚNIOR, W. V. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007. 112f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

MESQUITA, S. R. A. M.; ANSEMI, M. L.; SANTOS, C. B.; HAYASHI, M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 555-561, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 57-316.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. São Paulo:Hucitec- Abrasco, 1998, p.105-196.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 213/2008**. Dispõe sobre a carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Aprovado em 09 de outubro de 2008. 19p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 1.133/2001**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Aprovado em 07 de agosto de 2001. 38p.

MOLLON, D. L, FIELDS, W. L. Is this the right patient? An educational initiative to improve compliance with two patient identifiers. **JournalofContinuingEducation in Nursing**, New Jersey, v. 40, n. 5, p. 221-7, 2009.

MORAES, P. A. **Gestão na atenção pré-hospitalar de Urgência do Município de Goiânia-Go**. Goiânia, 2012. 102f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

MOREIRA, A. **Desmitificando a origem da enfermagem brasileira**. In: GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, D.; MACHADO, W. C. A. História da enfermagem: versões e interpretações. Reimpressão. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p. 61-125.

MOURA, I. R. **Avaliação da organização Assistencial das Unidades não Hospitalares de Pronto Atendimento do Município de Goiânia Adotando como Referência a Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2004. 101f. Dissertação de Mestrado Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32p.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. 40 p.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a. 16p.

MS. Ministério da Saúde. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 84p.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 256p.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009. 56p.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 64p.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 60p.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista de Administração em Saúde: RAS**, São Paulo, v. 8, n 33, p. 153-157, 2006.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segurança do paciente**. Disponível em: www.who.int/patientsafety/en/. Acesso em: 10 agosto 2013.

PEDREIRA, M. L. G. **Enfermagem para segurança do paciente**. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009, p. 23-32.

PEDREIRA, M. L. G. **Erro humano no sistema de saúde**. In: PEDREIRA M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009, p. 3-22.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo:Yendis, 2009. 214p.

PEDREIRA, M. L. S.; HARADA, M. J. C. S. **Aprendendo com os erros**. In:

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G.; PERTELINE, M. A. S. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 175-184.

SALLES, C. L. S. **Erro humano e exercício ético profissional da enfermagem.** In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia segurança do paciente. São Paulo: Yendis, 2009, p. 67-79.

SANTO, F. H. E.; PORTO, I. S. De Florence nightingale às perspectivas atuais, sobre o cuidado de enfermagem: A evolução de um saber/ fazer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem.** Livro do aluno: urgência e emergência. São Paulo: Fundap, 2010. 307p.

SOUSA, M. R. G. Segurança do paciente em uma unidade de hemodiálise: análise de eventos adversos. 2014. 107f. Dissertação de mestrado da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SCHMOELLER, R.; GEIBCKE, F. L. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 971-979, 2013.

SHCOLNIK, W. **Erros laboratoriais e segurança dos pacientes: revisão sistemática.** 2012. 133f. Dissertação de mestrado Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, 2012.

SIQUEIRA, I. L. C. P. **Qualidade em serviços de emergência.** In: O Enfermeiro e as situações de Emergência. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 25-33.

SMAHA, I. N.; PAULILO, M. A. S. A. **Trajetória da Educação Permanente em Saúde e a Experiência da 20ª Regional de Saúde.** 1º Seminário Nacional de Sociologia e Política. UFPR 2009. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT1/EixoIV/trajetoria-educacao-IndiaNara.pdf>. Acesso em 09-12-2014.

SOUZA, M. L.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L.; et al. O cuidado em Enfermagem uma aproximação teórica. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005.

TAKAHASHI, R. T.; GONÇALVES, V. L. M. **Gerenciamento de recursos físicos e ambientais.** In: KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem.

Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 184-194.

TEIXEIRA, O. D.; LOPES, Z. M. M. **A política nacional de educação permanente em saúde.** In: FERRETO, L. E. Abordagens práticas e reflexões em saúde coletiva. UNIOESTE: Francisco Beltrão, 2006, p. 35-50.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise da causa raiz: Avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** São Paulo, v. 44, n. 1, p. 139-146, 2010.

TIMERMAN, S.; FERREIRA, F. D.; GONZALEZ, M. C. **Aplicação Prática do Ensino em Emergências Médicas.** In: Ressuscitação e emergências cardiovasculares. São Paulo: Manole, 2007. P. 70-74.

TONINI, N. S.; FLEMING, S. F. História de Enfermagem: Evolução e pesquisa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR,** Umuarama, v. 6 n. 3, p. 131-134, 2002.

TRAVASSOS, C.; QUADROS, A.; MARTINS, M.; MENDES, W. **É possível um cuidado seguro para os pacientes.** Biblioteca de saúde pública. Arquivo de notícias. Fiocruz, 17 de março de 2009. 1p. Disponível em <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=327&sid=108> Acesso em 20 maio 2015.

VALERIANO, R. S.; DIAS, C. A. Análise do impacto da falta de recursos materiais no desempenho do profissional de enfermagem. **Revista Ciência e Consciência.** Ji-Paraná, Rondônia, v. 2, p. 1, 2010.

VENTURA, P. FE. V. **Participação do enfermeiro na gestão de recursos hospitalares.** Belo horizonte, 2011. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

VICENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos.** São Paulo: Yendis, 2009. 324p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Patient Safety. A World Alliance for Safer Health Care. Version 1. 1. Final Technical Report. January 2009. 154p.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Edição: Ashish Jha, 2008. 118p. Disponível em: WWW.aph.com.br/coren.htm Acesso em 01 outubro 2014.

PROPOSTA DE PRODUTO TÉCNICO

Exemplo de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para aplicação nas Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências.

 PREFEITURA DE GOIÂNIA	Secretaria Municipal de Saúde	Procedimento Operacional Padrão	POP N° <u>XX</u>
Título: Aspiração Traqueobrônquica			
Área de Aplicação: Sala de estabilização			
Data de elaboração: 07/07/2015 Data da próxima revisão: ___/___/____ Data de aprovação do documento: ___/___/____			
Responsabilidade:	Nome:	Assinatura:	
Elaboração:	Alessandra Nogueira de S. Santos Mayara Elias Borges		
Verificação/Aprovação:			
Procedimento operacional padrão			
Definição: Consiste na introdução de uma sonda nas vias respiratórias, para extração de secreção. Pode ser realizada através da boca (orotraqueal), nariz (nasotraqueal) ou traqueostomia/intubação (endotraqueal). Sendo um procedimento invasivo realizado em pacientes que não consegue expelir voluntariamente as secreções pulmonares.			
Objetivo: Remover secreções traqueobrônquicas e orofaríngeas, favorecendo a melhora na permeabilidade das vias aéreas e, com isso, melhorando a ventilação pulmonar.			
Profissional Responsável: Equipe de enfermagem e médica.			
Resultados Esperados: Garantir oxigenação e ventilação pulmonar, prevenindo hipercapnia e hipóxia.			
Material Necessário: Aspirador montado com frasco redutor, coletor de secreções e extensões (látex); Frasco com água (não é necessário ser estéril); Ressuscitador manual (AMBÚ) conectado a rede de oxigênio; Bandeja auxiliar contendo: sonda de aspiração, gases, estetoscópio; Monitor multiparamétrico;			

Equipamento de proteção

Individual:

Óculos de proteção;
Máscara;
Par de luvas estéril;
Gorro;
Avental não estéril;

Técnica:

1ª- Realizar a higienização das mãos;
2ª- Providenciar material necessário;
3ª- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;
4ª- Verificar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente;
5ª- Proteger os olhos do paciente de secreções;
6ª- Elevar decúbito em 30ª a 45ª;
7ª- Colocar máscara, óculos de proteção, gorro, avental e higienizar as mãos;
8ª- Testar funcionamento do aspirador;
9ª- Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la a extremidade da extensão;
10ª- Ligar a fonte de aspiração e ajustar a pressão negativa em 80 e 120 mmHg;
11ª- Dobrar a FiO2 ou regular em 100%;
12ª- Calçar as luvas, desconectar o ventilador mecânico com a mão enluvada, não estéril, protegendo a conexão em Y do circuito;
13ª- Com a mão enluvada estéril, introduzir a sonda de aspiração na cânula de intubação ou traqueal durante a inspiração, sem sucção, até o ponto de resistência;
14ª- Soltar o látex para a criação de sucção, realizando aspiração com movimentos circulares suaves, mantendo o cateter por no máximo 10 segundos;
15ª- Conectar o ventilador mecânico ao paciente; repetir as operações, o mínimo possível, se necessário o máximo 2x;
16ª- Ao final da aspiração traqueal, manter a FiO2 dobrado ou em 100% durante 1-2 minutos ou até estabilização da saturação de O2;
17ª- Desprezar a sonda de aspiração em local apropriado. Aspirar a água do frasco, lavando a extensão do aspirador;
18ª- Desligar o aspirador;
19ª- Proteger a extremidade da fonte de sucção com invólucro do cateter de aspiração
20ª- Observar características da secreção (espessa, fluida, odor, etc.);
21ª- Desprezar secreção aspirada e, lavar o recipiente com água e detergente enzimático;
22ª- Higienizar as mãos;
23ª- Auscultar pulmões e reavaliar suas condições clínicas;
24ª- Fazer as anotações de enfermagem.

Cuidados especiais:

- Manter a cabeça do paciente em posição neutra durante o procedimento, pois rotação, flexão ou extensão da cabeça dificulta o retorno venoso cerebral pelas jugulares, ocasionando elevações da Pressão Intracraniana (PIC).

- Avaliar a fixação da cânula orotraqueal ou da cânula de traqueostomia na região auricular, promovendo hidratação da região auricular e proteção com gazes para prevenir úlcera por pressão (UP).
- A aspiração traqueal não deve ser realizada em horários fixos, mas deve ser precedida pela avaliação da ausculta pulmonar, pela presença de secreção nas vias aéreas superiores, pelo aspecto e cor da secreção.
- Não aspirar por mais de 10 segundos e deixar intervalos de 1-2 minutos entre cada aspiração e nestes intervalos administrar FiO2 100%.
- O cateter de aspiração deve ter uma proporção em relação ao diâmetro interno da cânula de intubação de 2:1.
- Antes, durante e após o procedimento deve-se observar alterações na pressão arterial e na SpO2.

Ações em caso de não-conformidade:

- Interromper a aspiração e ventilar o paciente em casos de arritmias cardíacas, queda da saturação O2, cianose ou sangramento, mantendo a FiO2 dobrado durante 1-2 minutos ou até a estabilização do quadro.

REFERÊNCIAS

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VOLPATO, A.C.B.; PASSOS, V.C.S. *Técnicas básicas de enfermagem*. 4.ed. São Paulo: Martinari, 2013, 479p.

ZUÑIGA, Q.G.P. *Ventilação Mecânica Básica para Enfermagem*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 92p.

ANEXO E APÊNDICES

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B. Instrumento de coleta de dados

ANEXO A. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO À SAÚDE

Pesquisador: Alessandra Nogueira de Sousa Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26018314.4.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 544.343

Data da Relatoria: 13/02/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto adequada, dentro das determinações da resolução 466/2012 Conep.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitario

CEP: 74.605-020

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338

Fax: (62)3269-8426

E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores que comprometem a segurança do paciente no cuidado à saúde em serviços públicos de urgências e emergências, em Goiânia-Goiás.

Objetivo Secundário:

-Identificar ações desenvolvidas nas unidades de atendimento pela equipe de enfermagem -Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes no cuidado em saúde aos pacientes atendidos nos serviços de urgências e emergências; -Discutir o processo de exposição e segurança do paciente durante o atendimento as urgências e emergências.

O objetivo abrange apenas aspectos ligados à visão da equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os participantes são mínimos e foram corretamente explicados pela pesquisadora.

Os resultados da pesquisa podem contribuir para reduzir os riscos no atendimento aos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pelo título da pesquisa, tem-se a impressão de que todos os riscos serão mostrados. No entanto, o questionário aplicado está sujeito a opiniões pessoais, o que pode, de certa forma, influenciar negativamente com os resultados da pesquisa. Por exemplo, se o entrevistado sabe de antemão que o objetivo da pesquisa é detectar possíveis causas de danos ao paciente, certamente ele tenderá a escolher frases para se proteger ou até mesmo sonegar informações importantes dentro do seu ambiente de trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentaram todos os documentos obrigatórios e os mesmos estão adequados ao desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Explicar melhor a utilização dos dados obtidos com as respostas à entrevista semi estruturada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os questionamentos dizem respeito apenas à metodologia utilizada. Eticamente não há inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica	
Bairro: St. Leste Universitario	CEP: 74.605-020
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338	Fax: (62)3269-8426
	E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

GOIANIA, 27 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UFV UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Programa De Pós-Graduação Em Ensino Na Saúde

Rua 235 esq. com 5ª Avenida- s/n – Setor Universitário – CEP: 74605050 –
Goiânia – Goiás- Brasil – Telefone 3209-6247

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Estudo: SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO À SAÚDE

Pesquisadora: Alessandra Nogueira de Sousa Santos RG: 3999989

Eu, Alessandra Nogueira de Sousa Santos, mestranda da Universidade Federal de Goiás, sob a orientação da professora Dra. Cleusa Alves Martins, estou desenvolvendo uma pesquisa sob o título “Segurança do paciente no cuidado à saúde”. Este estudo tem por objetivo analisar os fatores que comprometem a segurança do paciente no cuidado à saúde em serviços públicos de urgências e emergências na concepção da equipe de enfermagem.

Você está sendo convidada (o) por mim, (Alessandra Nogueira de Sousa Santos) a participar desta pesquisa, voluntariamente, respondendo questões em entrevista que será gravada e transcrita, sendo que as informações serão utilizadas exclusivamente para fins científicos. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão guardados para estudos futuros.

A participação nesta pesquisa oferece riscos mínimos no que se refere ao desconforto em disponibilizar tempo para a participação e também em responder as questões durante a entrevista. Caso sinta desconforto com relação a alguma pergunta, não há necessidade de respondê-la, e não haverá prejuízo em sua participação na pesquisa. A sua participação poderá ajudar a implementar ações de melhoria no que se refere a segurança do paciente no cuidado à saúde.

Informamos ainda, que a confidencialidade, o sigilo e a privacidade serão garantidos, assim como o seu direito de receber todos os esclarecimentos que se fizer necessário. A qualquer momento você pode retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo.

Você não terá qualquer custo adicional para a sua participação neste estudo, como também não receberá pagamento ou qualquer gratificação financeira.

Caso se sinta lesado, poderá pleitear junto aos órgãos competentes, indenizações, que será concedida, por determinação legal, caso seja comprovado à ocorrência de eventuais danos decorrentes da participação nesta pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida em relação aos aspectos éticos deste projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 – 32698426 ou no endereço: 1ª Avenida, Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º Andar, Goiânia – GO.

Agradecemos, antecipadamente, sua participação e colocamo-nos à disposição por meio dos seguintes contatos- 1) Alessandra Nogueira de Sousa Santos, celular (62) 8575-4720 email: enfalessanog@gmail.com 2) Cleusa Alves Martins, celular (62) 9979-2221, email: cleusa.alves@gmail.com

Tenho ciência do exposto acima, dou fé, assino e recebo cópia deste documento.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito voluntário do estudo “Segurança do paciente no cuidado a Saúde”. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Alessandra Nogueira de Sousa Santos, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do sujeito de pesquisa: _____

Alessandra Nogueira de Sousa Santos
(pesquisadora responsável)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecido sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares:

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PESQUISADORA: ALESSANDRA NOGUEIRA DE SOUSA SANTOS

TEMA: SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO À SAÚDE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

CARACTERÍSTICAS DO SUJEITO:

NOME:

IDADE: SEXO: ESTADO CIVIL:

CARGO:

TEMPO DE FORMAÇÃO:

MAIOR TITULAÇÃO:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS:

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Relate o que você entende por riscos ao paciente no cuidado em saúde;
- 2) Em sua vivência profissional você identifica fatores que colocam em risco os pacientes? Comente
- 3) Comente: em seu local de trabalho você já vivenciou algum incidente/evento adverso com o paciente? Qual o fator contribuinte e as repercussões causadas?
- 4) Comente: no seu local de trabalho são desenvolvidas estratégias institucionais (educação permanente, educação continuada, capacitações, protocolos, rotinas, procedimentos operacionais padrão, e outros) para prevenir a exposição dos pacientes aos riscos de danos? Se sim, quais?