

FATORES QUE INFLUENCIAM A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

FACTORS THAT INFLUENCE PATIENT SAFETY IN URGENCY AND EMERGENCY SERVICES: INTEGRATIVE REVIEW

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA: REVISIÓN INTEGRADORA

Eloyne Tavares da Silva¹
Laura Misue Matsuda²
Gabriela Machado Ezaías Paulino³
Nadia Raquel Suzini Camillo⁴
Ana Carolina Simões⁵
Andressa Martins Dias Ferreira⁶

Como citar este artigo: Silva ET, Matsuda LM, Paulino GME, Camillo NRS, Simões AC, Ferreira AMD. Fatores que influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. Rev baiana de enferm. 2019;33:e33408.

Objetivo: identificar evidências disponíveis na literatura científica acerca de fatores que interferem na segurança do paciente em serviços de urgência e emergência. **Método:** revisão integrativa da literatura realizada conforme as etapas: identificação do tema e questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para os estudos; busca na literatura de estudos primários; avaliação da amostra de estudos incluídos na revisão, com extração de dados; interpretação dos resultados e apresentação. **Resultados:** foram selecionadas 1.449 publicações que, após aplicação dos critérios de inclusão e leitura detalhada, compuseram um conjunto de oito publicações. Nos textos foram identificados diferentes aspectos que influenciam a segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência, os quais foram categorizados de acordo com a técnica análise de conteúdo: fatores organizacionais; falhas na comunicação da equipe e fragilidades no processo de medicação. **Conclusão:** múltiplos fatores interferem na segurança do paciente no ambiente emergencial, destacando-se o moderado número de pacientes e a sobrecarga de trabalho.

Descritores: Segurança do Paciente. Serviço Hospitalar de Emergência. Enfermagem.

Objective: to identify the available evidence in the scientific literature about factors that interfere in patient safety in urgency and emergency services. Method: integrative literature review performed according to the following steps: identification of the theme and guiding question; establishment of inclusion and exclusion criteria for the study; search in the literature for primary studies; evaluation of the sample of studies included in the review, with data

¹ Enfermeira. Pesquisadora independente. Maringá, Paraná, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-0615-4604>. eloyneh.tavares@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermaem Fundamental. Professora da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-6075-665X>.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Professora da Universidade Estadual de Maringá. Londrina, Paraná, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-0697-5795>.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Pesquisadora Independente. Maringá, Paraná, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-5105-7806>.

⁵ Enfermeira. Professora da Universidade Estadual de Maringá. Londrina, Paraná, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-6075-665X>.

⁶ Enfermeira. Professora da Universidade Estadual de Maringá. Londrina, Paraná, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-8020-9773>.

extraction; interpretation of results and presentation. Results: 1,449 publications were selected, which, after applying the inclusion criteria and detailed reading, comprised a set of eight publications. The texts revealed different aspects that influence patient safety in urgency and emergency services, categorized according to the content analysis technique: organizational factors; team communication failures and weaknesses in the medication process. Conclusion: multiple factors interfere in patient safety in the emergency environment, highlighting the moderate number of patients and work overload.

Descriptors: Patient Safety. Emergency Service, Hospital. Nursing.

Objetivo: identificar la evidencia disponible en la literatura científica acerca de los factores que interfieren en la seguridad del paciente en los servicios de urgencia y emergencia. Método: revisión integradora de la literatura realizada de acuerdo con los siguientes pasos: identificación del tema y de la pregunta orientadora; establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión para el estudio; búsqueda en la literatura de los estudios primarios; evaluación de la muestra de los estudios incluidos en la revisión, con extracción de datos; interpretación de los resultados y presentación. Resultados: se seleccionaron 1.449 publicaciones que, después de aplicar los criterios de inclusión y lectura detallada, compusieron un conjunto de ocho publicaciones. En los textos, fueron identificados diferentes aspectos que influyen en la seguridad del paciente en los servicios de urgencia y emergencia, que fueron clasificados de acuerdo con la técnica de análisis de contenido: factores organizativos; comunicación falla del equipo y debilidades en el proceso de medicación. Conclusión: múltiples factores interfieren en la seguridad de los pacientes en situación de urgencia, destacando el número moderado de pacientes y la sobrecarga de trabajo.

Descriptores: Seguridad del Paciente. Servicio de Urgencia en Hospital. Enfermería.

Introdução

A segurança do paciente é apreendida atualmente pelos profissionais da área, como tema relevante para as práticas em saúde, no sentido de evitar, prevenir e/ou mitigar riscos e eventos adversos (EA) em pacientes de todos os níveis de atenção⁽¹⁾. Desse modo, organizações mundiais de atenção à saúde têm abordado a segurança como componente direto da qualidade assistencial⁽²⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), milhões de pacientes sofrem anualmente lesões incapacitantes que resultam de erros no atendimento à saúde⁽³⁾. Em países desenvolvidos, um em cada dez pacientes sofre algum tipo de evento adverso (EA) em ambientes hospitalares⁽³⁻⁴⁾. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) menciona que, de cada 10% dos EA registrados, 50% seriam evitáveis. Dentre os eventos mais frequentemente notificados, constam as complicações clínicas, cirúrgicas, quedas do leito, erros de medicação e infecções⁽⁵⁾.

Eventos adversos são frequentemente associados ao erro humano individual⁽⁶⁾. Contudo, no cenário de urgências/emergências devem-se considerar também como fatores desencadeantes de erros as condições de trabalho, como: superlotação de pacientes, alta carga de trabalho,

interrupções do processo assistencial e gerenciamento simultâneo de múltiplas tarefas⁽⁷⁻⁹⁾, as quais aumentam a complexidade das atividades desenvolvidas cujas situações predispõem a riscos de eventos adversos⁽¹⁰⁾.

Com o intuito de ampliar as ações para a promoção da segurança do paciente no Brasil, foi estabelecido, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mediante a Portaria n. 529/2013 do MS e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36/2013, as quais instituíram ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, por meio da implantação de protocolos, de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e de sistemas de notificações de EA⁽³⁾.

Nos serviços de urgência e emergência, há situações que exigem dos profissionais rapidez para o raciocínio clínico e a tomada de decisões seguras⁽¹¹⁾. Esses eventos, atrelados à rigidez dos protocolos assistenciais, expõem os profissionais a situações estressoras que podem resultar em déficits na qualidade do cuidado emergencial⁽¹²⁾. Nesse aspecto, a literatura aponta que 50% dos eventos adversos seriam evitáveis. Dentre aqueles mais frequentemente ocorridos em unidades de emergência, esses são passíveis de prevenção⁽¹³⁾.

Considerando a importância de estudos de revisão sistemática, que são instrumentos importantes no campo da saúde, por sintetizar as pesquisas sobre determinado tema e ser um método relevante para a prática baseada em evidências⁽¹⁴⁾, teve-se como questão norteadora: “Que fatores influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência?”

Este estudo tem como objetivo identificar evidências disponíveis na literatura científica acerca de fatores que interferem na segurança do paciente em serviços de urgência e emergência.

Método

Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada conforme as etapas propostas por estudo⁽¹⁵⁾ que apresenta método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, quais sejam: identificação do tema e da questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para os estudos, busca na literatura de estudos primários, avaliação da amostra de estudos incluídos na revisão com extração de dados, interpretação dos resultados e apresentação da RIL. Para a elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PCC, acrônimo para os termos “*population*”, “*concept*” e “*context*”⁽¹⁶⁾.

As buscas por publicações foram realizadas nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latina-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Library of Medicine National Institute of Health* (PubMed), *SciVerse Scopus* (Scopus), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Web of Science*, por meio da combinação dos descritores controlados, selecionados do banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH Database) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), quais sejam: “segurança do paciente”, “serviço hospitalar de emergência”, “*patient safety*” e “*emergency service*”. Em todas as bases, os descritores foram combinados com o operador booleano “AND”.

Como critérios de inclusão estabeleceram-se: estudo primário, com abordagem de fatores que

influenciam a segurança do paciente no contexto assistencial dos serviços de urgência e emergência, publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês, no período de 2013 a 2017 (cinco anos). Foram excluídos os estudos primários que obtiveram menos de 80% das afirmativas no *checklist* proposto por Caldwell, Henshaw e Taylor, usado para avaliar o trabalho qualitativo e quantitativo em termo de estrutura produzida, que utiliza recursos comuns a ambas as metodologias de pesquisa, bem como as que diferem⁽¹⁷⁾.

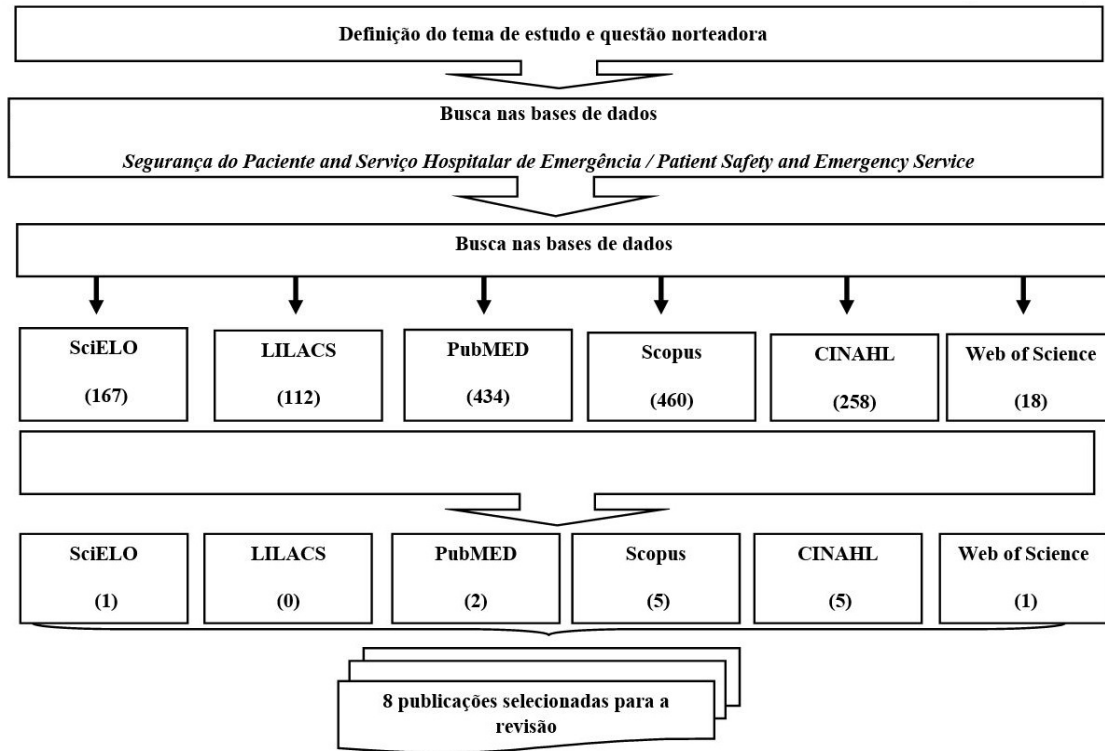
Foram excluídos artigos que pertenciam às seguintes modalidades: artigos de revisão de literatura, relatos de experiência, artigos reflexivos, editorial, estudo de caso e artigos repetidos. Após a leitura de títulos e resumos, foram excluídas as publicações que não abordavam o tema do estudo e/ou apresentavam-se em duplicidade. Ademais, os artigos selecionados foram analisados pelo instrumento de *Checklist* referido⁽¹⁷⁾. Foram excluídos estudos primários que obtiveram menos de 80% de respostas afirmativas no instrumento.

Para extração dos dados, utilizou-se um instrumento adaptado e validado para o Brasil⁽¹⁸⁾. Em seguida, os dados foram categorizados de acordo com a técnica análise de conteúdo temática⁽¹⁹⁾, constituída das seguintes etapas: pré-análise, na qual foi realizada a leitura flutuante e familiarização com os textos selecionados; exploração do material, com identificação de núcleos de sentido e categorização, conforme similaridades dos achados; e tratamento e inferência/interpretação dos resultados, de modo a responder à questão de pesquisa e ao objetivo do estudo.

No que se refere aos aspectos éticos, houve dispensa da submissão ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (COPEP).

Resultados

Foram identificadas 1.449 publicações que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura detalhada dos títulos, resumos e textos na íntegra, compuseram um conjunto de oito publicações, conforme se vê na Figura 1.

Figura 1 – Fluxo da seleção dos estudos primários de acordo com as bases de dados

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere ao idioma, a maioria dos artigos (n=5) foi publicada em países com domínio da língua inglesa, fato que denota a escassez de publicações referentes ao tema no contexto latino-americano. Outro dado a ser destacado é que, dentre os artigos selecionados, cinco encontravam-se na base de dados CINAHL.

Quanto ao tipo de pesquisa, verificou-se que seis eram de abordagem quantitativa, quatro eram qualitativas e nenhuma utilizou a abordagem quali-quantitativa ou de métodos mistos. No Quadro 1 constam as principais informações extraídas dos artigos.

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários incluídos na RIL (n=8)

(continua)

Ano/País/ Base de dados	Título do artigo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
2014 Bélgica CINAHL	<i>The number of patients simultaneously present at the emergency department as an indicator of unsafe waiting times: a receiver operated curve-based evaluation</i> ⁽²⁰⁾	Investigar se a quantidade de pacientes em espera no setor de emergência e o tempo de espera para atendimento é um indicador de insegurança e quais condutas hospitalares podem otimizar o fluxo do atendimento.	Os resultados foram avaliados de acordo com o <i>Emergency Severity Index</i> (ESI), o qual indica como tempo de espera máximo para pacientes classificados com os escores ESI 1 e ESI 2 respectivamente, 10 minutos e 30 minutos. A média de tempo de espera foi de 5 minutos para pacientes de maior gravidade e de 12 minutos para pacientes menos graves.	O número de pacientes nas unidades de emergência é um indicador moderado de insegurança; iniciativas futuras para melhorar o tempo de espera seguro não devem concentrar-se na taxa de ocupação, mas incluir outros fatores que afetam o tempo de espera.

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários incluídos na RIL (n=8)

(continua)

Ano/País/ Base de dados	Título do artigo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
2015 Suíça CINAHL	<i>Contributing factors to errors in Swedish emergency departments</i> ⁽²¹⁾	Descrever fatores que contribuem para a ocorrência de erros em serviços de emergência na Suécia.	Constataram-se erros no planejamento e/ou na execução da assistência, falta de supervisão, falhas na rotina de trabalho, erros de comunicação entre profissionais, falta de trabalho em equipe, alta carga de trabalho e dificuldade na comunicação com o paciente. Além disso, devido à falta de apoio à decisão e rotina deficiente, há erros na triagem, dificuldade de fluxo com os sistemas externos, acesso e administração.	Os erros em serviços de emergência têm natureza multifatorial, incluindo falhas organizacionais e no trabalho em equipe. Os fatores humanos relacionaram-se principalmente aos procedimentos diagnósticos e comportamento humano.
2014 Canadá CINAHL	<i>Detection and correction of prescription errors by an emergency department pharmacy service</i> ⁽²²⁾	Descrever a frequência e o tipo de erros de prescrição detectados por farmacêuticos em serviços de emergência; e determinar a proporção de erros evitáveis e os fatores associados a erros de prescrição.	Foram identificados erros em 3,2% das prescrições. Dentre os tipos de erros, destacaram-se: erros na dosagem (28,3%), prescrição incompleta (27,3%); frequência errada (15,2%); droga errada (11,1%); via errada (1,0%) e outros (17,2%). Os farmacêuticos corrigiram a maioria das prescrições com erros.	Erros são mais prováveis de serem identificados em prescrições de pacientes mais velhos, naqueles com múltiplas medicações e/ou prescritas por residentes de emergência.
2014 Austrália CINAHL	<i>Complexities of medicines safety: communicating about managing medicines at transition points of care across emergency departments and medical wards</i> ⁽²³⁾	Explorar como profissionais de saúde, pacientes e familiares comunicam-se acerca da gestão de medicamentos nos pontos de transição de cuidados em dois hospitais públicos australianos.	Quatro categorias: (1) <i>Ambiente Contextual de Atenção</i> : ambiente desorganizado e constantes interrupções na Unidade de Emergência afetaram a comunicação entre paciente/família e equipe; (2) <i>Responsabilidades do Cuidado</i> : pouca atenção aos pacientes devido aos atendimentos de emergência, atraso e/ou não administração dos medicamentos ou autoadministração sem conhecimento da equipe; (3) <i>Conscientização sobre responsabilidade pela segurança</i> : falta de informações sobre uso de medicamentos nos momentos da assistência; (4) <i>Comunicação Interprofissional</i> : na transição do cuidado, as informações não eram transmitidas com precisão.	Os erros de medicamentos são comuns em pontos de transição de cuidados. A gestão de medicamentos nos pontos de transição envolve uma complexa interação de recursos. Essa interação infiltrou-se em diversos ambientes e afetou tanto o atendimento ao paciente como a capacidade de comunicação entre os profissionais de saúde.

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários incluídos na RIL (n=8)

(continua)

Ano/País/ Base de dados	Título do artigo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
2014 Brasil PubMed	Incidentes: instrumento de gerenciamento de assistência da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro ⁽²⁴⁾	Caracterizar os incidentes advindos do cuidado à saúde, ocorridos no Pronto Socorro de um hospital universitário pertencente à Rede de Hospitais Sentinela.	Detectados 75 incidentes dos quais 38,7% (29) relacionavam-se à organização do serviço (falhas nas anotações, previsão e provisão de materiais e evasão do paciente) e 61,3% (46) referiam-se ao cuidado (omissão de cuidado, erro de medicação, falta de humanização, infecções, quedas e falhas em procedimentos/técnicas).	Constatou-se deficiência nos registros quanto às consequências dos incidentes para os pacientes, profissionais e instituição que, aliada à subnotificação, dificultaram a tomada de decisão e a elaboração de estratégias preventivas e de controle.
2015 Espanha SciELO	<i>Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) em Urgencias</i> ⁽²⁵⁾	Avaliar os incidentes de segurança do paciente em serviços de urgências da região	Observou-se ao menos um incidente em 47 (11,95%) pacientes e, em 3, verificou-se a ocorrência de dois incidentes. Dentre os fatores causais constavam: erros de medicação (reações adversas, medicação errada, frequência incorreta e falta de adesão ao tratamento), falhas de comunicação (médico-paciente, enfermeiro-paciente e enfermeiro-médico), falhas na gestão (erros na identificação do paciente e espera prolongada), falhas no diagnóstico (erro diagnóstico e atraso), falhas no cuidado (técnica inadequada e manutenção inadequada de cateteres).	A maioria dos erros não eram potencialmente fatais, mas as causas que sustentaram esses erros eram variadas.
2016 Austrália Scopus	<i>Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study</i> ⁽²⁶⁾	Investigar simultaneamente as associações entre múltiplas características contextuais do trabalho das unidades de emergência, bem-estar dos funcionários e qualidade dos cuidados.	Exaustão emocional e irritação dos profissionais apresentaram alta correlação com a qualidade de cuidado autopercebida. Após ajuste para o tipo de contrato, o aumento da exaustão correlacionou-se com avaliações mais baixas da qualidade do cuidado [B=0,30 (95% IC 0,57; 0,03)]; nível alto de irritação relacionou-se com a diminuição da percepção da qualidade do atendimento [B=0,37 (IC 95% 0,63; 0,11)]. As condições adversas de trabalho associaram-se com baixa percepção da qualidade do cuidado.	Cuidados confiáveis em unidade de emergência dependem da percepção do pessoal sobre o ambiente de trabalho e do bem-estar mental da equipe. O apoio da supervisão, o número adequado de pessoal e a redução da tensão, são pontos de partida importantes para os esforços de melhoria da qualidade do cuidado

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários incluídos na RIL (n=8)

(conclusão)

Ano/País/ Base de dados	Título do artigo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
2017 Suécia <i>Web of Science</i>	<i>Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department</i> ⁽²⁷⁾	Descrever a percepção dos médicos e enfermeiros de unidades de emergência a respeito de riscos para a segurança do paciente.	Categorias: (1) alta carga de trabalho – demanda excessiva de pacientes e atendimento simultâneo de mais de um paciente em estado grave; (2) falta de controle – multitarefas e interrupções durante a execução dos cuidados, profissionais com pouca experiência em emergência; (3) falhas na comunicação – falta de informações na admissão do paciente e passagem de casos; (4) falhas organizacionais – falta de leitos, recursos humanos inadequados, delimitação de responsabilidades no processo de assistência e falhas de registros em prontuário eletrônico.	A segurança depende de um sistema complexo e multifatorial que propicia riscos para o paciente nas unidades de emergência. A relação entre os fatores de risco é pouco conhecida e necessita ser explorada em pesquisas com foco na interação entre processos clínicos, especialmente com a alta carga de trabalho.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Foram apreendidas três categorias: Fatores Organizacionais, Falhas na Comunicação da Equipe e Fragilidades no Processo de Medicação.

Fatores Organizacionais

Esta categoria originou-se em seis estudos^(19-20,23,25-27) que abordam a interferência do ambiente de trabalho na segurança da assistência, expressa pela dinâmica agitada do trabalho e escassez de normatizações institucionais/assistenciais, as quais dificultam a gestão dos serviços de emergência. Um dos estudos destaca a necessidade de otimização das metodologias de pesquisas que elucidem outras características do trabalho de Unidades de Emergência (UE), como alta carga de trabalho e interrupções durante a execução do cuidado, as quais impactam na segurança do paciente⁽²⁰⁾. Também são destacadas estratégias para compreensão do comportamento

humano em sistemas organizacionais e desenvolvimento de métodos que revelem condições latentes ao erro⁽²⁰⁾.

O estudo realizado na Austrália⁽²⁶⁾ constatou alto nível de exaustão emocional em profissionais de UE relacionada ao ambiente contextual de atendimento e demanda excessiva de pacientes. Essa é uma realidade vivenciada em estudos de outros países, que também apontam a falta de especialistas nos plantões de emergência, diversidade e condições clínicas complexas dos pacientes, escassez de leitos para internação hospitalar e estresse ocupacional da equipe⁽²⁸⁾. Em estudo analisado⁽²⁷⁾, falhas organizacionais mostraram relação com a falta de leitos para internação e o nível de pessoal insuficiente, fatores que resultaram, respectivamente, no não recebimento dos cuidados necessários, atrasos de alta e elevação do tempo de espera para a primeira avaliação.

Ainda sobre os fatores presentes no ambiente de UE, pesquisa realizada na Bélgica indicou o

número elevado de pacientes presentes no setor como indicador moderado de insegurança na assistência. Considerou-se que a superlotação acarretou em tempo de espera inseguro, isto é, implicou em demora na definição e realização de condutas terapêuticas⁽²⁰⁾. De acordo com o *Emergency Severity Index* (ESI), o tempo de espera inseguro ocorre quando pacientes que necessitam de intervenções imediatas aguardam por mais de 10 minutos para o atendimento nas UE ou 30 minutos para pacientes que apresentam condições de alto risco, como, por exemplo, dor torácica ativa, suspeita de doença coronariana aguda, sinais de acidente vascular cerebral, imunossuprimido com febre ou dor/dificuldade severa.

Uma revisão de literatura retratou que o tempo de espera inseguro ocasiona problemas como: resultados desfavoráveis ao tratamento e à evolução do paciente, maior sofrimento para os familiares, alta tensão na equipe assistencial e ambiente propenso a estresse no trabalho. Esse é um problema a ser resolvido com urgência, porque gera atraso no diagnóstico e no tratamento, fatores que, conseqüentemente, podem levar ao aumento da mortalidade⁽²⁹⁾. Ainda no campo organizacional, uma pesquisa nacional acerca da organização do trabalho da enfermagem cita alguns instrumentos que podem ser utilizados pelo serviço para manter a organização do setor como: regulamentos, organograma, sistematização de técnicas, rotinas e sistemas de controle, além de atividades de educação permanente para a equipe⁽³⁰⁾.

O ritmo intenso de trabalho nos serviços de emergência torna os profissionais suscetíveis às falhas excessivas durante a execução de suas tarefas, circunstância que pode impactar negativamente nos resultados assistenciais⁽¹¹⁾. Outras pesquisas^(19,31) apontam a ausência de planejamento organizacional e troca de informações acerca do paciente durante a execução do cuidado, como fatores que desviam a atenção do profissional no trabalho. Considerando tais fatores, um dos artigos analisados nesta revisão⁽²⁵⁾ sugere que interrupções desnecessárias comprometem a organização da assistência, por facilitar a ocorrência

de incidentes no processo de administração de medicamentos, como erros na administração e reações adversas.

No cenário brasileiro, pesquisa transversal realizada na região do Distrito Federal, com foco nos erros de medicação, também evidenciou que interrupções durante a execução do cuidado e número elevado de pacientes durante o turno de trabalho são fatores que contribuem para o aumento do risco de erro⁽³²⁾. Para minimizar as interrupções, os autores sugerem a identificação de restrições de trabalho e a necessidade de desenvolver intervenções para gerenciar interrupções, sendo essencial que essas tenham um impacto negativo mínimo no desempenho⁽³³⁾.

Falhas na Comunicação da Equipe

Nesta categoria, quatro estudos^(21,23,26-27) retrataram as falhas de comunicação entre profissionais como um dos fatores que interferiam negativamente na segurança do paciente, por serem contribuintes comuns a erros nos cuidados de saúde. Ao gerar lacunas no compartilhamento de informações, a continuidade da assistência pode ser comprometida, principalmente em etapas de transição do cuidado, considerando que, se informações relevantes para a oferta de cuidado são desconhecidas da equipe, o paciente pode ser exposto a situação de risco, como, por exemplo, administração de medicamento alérgico.

Evidências da literatura apontam a falta de comunicação ou comunicação inapropriada entre a equipe multiprofissional, como aspectos que interferem na fluidez do processo de trabalho e prejudicam a construção de metas e objetivos comuns⁽⁶⁾.

Um dos estudos analisados⁽²³⁾ foi realizado com o objetivo de explorar como os profissionais da saúde, os pacientes e os membros da família comunicam-se. Constatou-se que a comunicação efetiva entre profissional, paciente e/ou acompanhante também é indispensável no processo do cuidar em urgência e emergência, uma vez que informações sobre o histórico de saúde contribuem para o manejo clínico, além

de possibilitar ações pró-ativas nos pacientes e/ou acompanhantes.

Tal achado confirma pesquisa realizada no Brasil, com o objetivo de apreender a opinião de médicos atuantes em UE, na qual discutiu-se a importância da comunicação médico-paciente. Os autores afirmaram que falta de informações acerca do paciente repercutia negativamente no processo de decisão clínica, devido à falta de acesso a dados importantes sobre a saúde e a doença do paciente⁽³⁴⁾.

Ainda no que se refere à comunicação como elemento da segurança do paciente, as etapas de transição dos cuidados em saúde necessitam de rotinas gerenciais relacionadas à transmissão de informações, como a passagem de plantão. Sabe-se que, em UE, a rotina de troca de plantões também sofre influência das peculiaridades desse ambiente de trabalho e, mesmo com a flexibilidade apresentada por uma equipe adaptada às rotinas, o processo de trabalho dinâmico e inconstante e a alta demanda de pacientes comprometem a qualidade do processo conhecido como *bandoff*⁽³⁵⁾.

O *bandoff*, que consiste no momento do processo de trabalho no qual informações clínicas são repassadas entre profissionais de funções e/ou setores diferentes, é uma importante ferramenta no gerenciamento dos riscos assistenciais, pois proporciona aos profissionais a oportunidade de transmitir diretamente informações acerca do paciente que garantirão a qualidade e a segurança da assistência⁽³³⁾. Contudo, a literatura⁽²⁷⁾ aponta falhas processuais no *bandoff* caracterizadas por interrupções frequentes que implicam na perda e/ou interpretação equivocada das informações.

Uma recente revisão da literatura⁽³⁶⁾ sintetizou dados referentes às ações gerenciais e assistenciais para a promoção da segurança do paciente em serviços hospitalares e evidenciou predomínio de estratégias para notificação de erros e escassez de ações voltadas à melhoria da comunicação entre os membros da equipe de saúde.

Assim, embora o trabalho em saúde seja essencialmente relacional, a comunicação ainda se apresenta frágil. Além disso, este estudo identificou o processo de medicação como potencial

determinante para a ocorrência de eventos adversos ao paciente.

Falhas no Processo de Medicação

A categoria surgiu em três estudos da amostra^(21,24,26) caracterizada pela prescrição incorreta dos medicamentos, ausência de anotações, registros incorretos e checagem inadequada de medicamentos. Nesse aspecto, um estudo desta revisão⁽²⁶⁾ alerta que os erros de medicação tendem a ser mais frequentes em UE devido à dinâmica agitada de trabalho e à ineficácia dos sistemas de informação, que apresentam dados incompletos acerca do paciente. Todavia, na atenção em saúde, sabe-se que os erros identificados não ocorrem de forma isolada. Com isso, tanto a instituição como os profissionais devem estar diretamente envolvidos na descoberta de condições latentes que favorecem a ocorrência de eventos adversos no cuidado⁽¹⁴⁾.

Os resultados obtidos em um dos estudos analisados⁽²²⁾ enfatiza os erros relacionados à administração de medicamentos e ausência de checagem de medicamentos pela enfermagem. Em outra publicação⁽³⁷⁾, os tipos de erros mais frequentes no processo de medição referem-se à prescrição e administração, como droga errada/não autorizada, dose errada, dose extra, droga preparada incorretamente, técnica de administração errada, paciente errado e via errada. De acordo com os autores, tais erros resultam do déficit de desempenho, procedimento ou protocolo não seguido adequadamente, déficit de conhecimento, comunicação não efetiva, prescrição verbal, erros de cálculo e monitoramento inadequado.

Ainda sobre as causas que geram erros de medicação, um dos artigos selecionados nesta revisão⁽²²⁾ aponta idade do paciente, prescrição de mais de um medicamento e prescrição realizada por residentes como fatores associados aos erros nas prescrições médicas. Nessa mesma direção, pesquisa realizada no ano de 1998⁽³⁸⁾ em um hospital terciário dos Estados Unidos, já havia constatado que residentes do primeiro ano de medicina apresentavam maiores taxas de erros de prescrição do que os residentes com maior tempo de atuação. Esses achados sugerem

que a presença de estagiários e/ou a pouca experiência no serviço explicam, em parte, a maior taxa de erros no Departamento de Emergência.

A literatura inserida nessa categoria⁽²²⁾ expõe que a idade, em especial os idosos, tende a ter mais comorbidades e maior número de medicamentos, os quais podem resultar em contra-indicações e interações, o que complica o processo de prescrição. Em situações de mais de um medicamento prescrito, a complexidade da prescrição aumenta à medida que é maior o número de medicamentos, ampliando, assim, o potencial de erro. Outra análise transversal e descritiva realizada em um Hospital Universitário menciona que o maior número de erros foram encontrados nas prescrições de residentes em medicina de emergência, por terem menos experiência com a amplitude dos serviços da UE e por estarem menos familiarizados com medicamentos, dosagens, regimes de dosagem e tratamentos⁽³⁹⁾.

Além de erros na prescrição de medicamentos, a administração e os registros relacionados a essa etapa também podem representar risco ao paciente, quando não são realizados adequadamente. Estudo descritivo, retrospectivo, desenvolvido no Pronto Socorro de um Hospital Universitário no Brasil⁽²⁴⁾, o qual faz parte da amostra incluída nesta revisão, aponta a ausência de anotações e a checagem inadequada de medicamentos como omissão de cuidado. Ainda sobre essa problemática, estudo descritivo exploratório, realizada na Austrália, relata que falhas de medicação ocorrem com mais frequência na UE, devido ao número elevado e/ou à falta de identificação dos pacientes, estado de alergia e erros de omissão, aliados ao déficit de trabalhadores da enfermagem⁽¹⁴⁾.

Em dois estudos analisados^(20,24), para mitigação dos riscos referentes aos erros de medicação, os autores recomendaram a abordagem sistêmica do erro, pois pode revelar falhas no processo. Acrescentam ainda que os farmacêuticos podem desempenhar papel importante na identificação e diminuição dos erros de prescrição. Outro estudo⁽²⁰⁾ menciona que o trabalho interdisciplinar com os serviços disponíveis no setor da farmácia reduzem os danos associados

aos erros. Logo, o processo de medicação do setor de emergência abrange peculiaridades que podem levar à ocorrência de erros. Estes, por sua vez, tendem a impactar na segurança do paciente e na qualidade do cuidado⁽⁴⁰⁾.

O número reduzido de publicações com o foco nos serviços de urgência e emergência foi uma limitação apresentada pelo estudo. Desta forma, a pesquisa realizada constituiu-se em uma importante lacuna identificada e explorada.

Conclusão

A comunicação entre a equipe e a gestão de medicamentos são fatores que induzem aos erros em UE. Desta forma, é necessário criar estratégias voltadas à compreensão do comportamento humano em sistemas organizacionais, bem como o desenvolvimento de métodos e/ou instrumentos que revelem as condições latentes ao erro nesses espaços.

Os resultados desta revisão integrativa contribuem para a prática assistencial, ao indicarem fatores que interferem na prestação de cuidado seguro, o que pode sensibilizar gestores de instituições de saúde quanto à segurança do paciente em ambiente de urgência e emergência, e subsidiar o planejamento de estratégias de mitigação de riscos e de promoção de segurança nesses espaços. No âmbito da pesquisa, este estudo destaca os fatores de insegurança presentes na literatura e indica que ainda é necessário ampliar a investigação sobre este tema dada a sua complexidade e as particularidades do ambiente de UE. Além disso, quanto ao ensino, esta pesquisa contribui para o debate sobre segurança do paciente desde a formação, considerando que o tema é de grande relevância para o panorama de saúde nacional e internacional.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Eloyne Tavares da Silva, Laura Misue Matsuda, Gabriela Machado Ezaias Paulino, Nadia Raquel Suzini Camillo, Ana Carolina Simões e Andressa Martins Dias Ferreira;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Eloyne Tavares da Silva, Laura Misue Matsuda, Gabriela Machado Ezaias Paulino e Andressa Martins Dias Ferreira;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Eloyne Tavares da Silva, Laura Misue Matsuda, Gabriela Machado Ezaias Paulino e Andressa Martins Dias Ferreira.

Referências

- Fonseca CN, Guerra TRB, Dehoul MS, Souto Maior MCG. Segurança do paciente em uma grande emergência do SUS: como assegurar a prática? *Academus Rev Cient Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 15];1(2). Available from: <https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/144>
- Silva AJ, Pinto MC. Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde. *Rev Adm Saúde*. 2017;17(66):1-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.66.10>
- Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF); 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
- Lorenzini E, Santi JAR, Baó ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do Sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(2):121-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>
- Duarte MCS, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp CAM. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(6):1074-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>
- Brixey JJ, Robinson DJ, Johnson CW, Johnson TR, Turley JP, Patel VL, et al. Towards a hybrid method to categorize interruption and activities in health care. *Int J Med Inform*. 2007;76(11-12):812-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2006.09.018>
- Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, GreenAR, ZhangJ, PatelV. Themultitaskingclinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *Int J Med Inform*. 2007 Nov-Dec;76(11-12):801-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2006.09.019>
- Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*. 2009 Jan;16(1):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x>.
- Cielo C, Camponogara S, Pillon FBR. A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência. *J Nurs Health*. 2013;3(2):204-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v3i2.3398>
- Crossetti OGM, Bittencourt DGKG, Lima AAA, Góes MGO, Saurin G. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(3):55-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45947>
- Rossetti CA, Gaidzinski RR, Bracco MM. Determinação da carga de trabalho e do dimensionamento da equipe de enfermagem em um pronto-socorro pediátrico. *Einstein*. 2014;12(2):217-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014AO2945>
- Gallotti RMD. Eventos adversos: o que são? *Rev Assoc Méd Bras*. 2004;50(2):109-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>
- Souza TM, Silva DM, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*. 2010 jan-mar;8(1):102-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: asking the clinical question: a key step in evidence-based practice. *Am J Nurs*. 2010 Mar;110(3):58-61. DOI:10.1097/01.naj.0000368959.11129.79
- Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse educ today*. 2011 Nov;31(8):e1-e7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.025>

18. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
20. Bergs J, Verelst S, Gillet BJ, Deboutte P, Vandoren C, Vandijck D. The number of patients simultaneously present at the emergency department as an indicator of unsafe waiting times: a receiver operated curve-based evaluation. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(4):185-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.01.002>
21. Källberg SA, Göransson EK, Florin J, Östergren J, Brixey JJ, Ehrenberg A. Contributing factors to errors in Swedish emergency departments. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(2):156-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.10.002>
22. Stasiak P, Afilalo M, Castelino T, Xue X, Colacone A, Soucy N, et al. Detection and correction of prescription errors by an emergency department pharmacy service. *CJEM*. 2014 May;16(3):193-206. DOI: 10.2310/8000.2013.130975
23. Manias E, Gerdtz M, Williams A, Dooley M. Complexities of medicines safety: communicating about managing medicines at transition points of care across emergency departments and medical wards. *J Clin Nurs*. 2014 Jan;24(1-2):69-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12685>
24. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Santos ALM, Silva AEBC. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. *Enferm Global [Internet]*. 2014 [cited 2018 May 15];(34):219-31. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_administracion1.pdf
25. Alcaraz-Martínez J, Aranaz-Andrés JM, Martínez-Ros C, Moreno-Reina S, Escobar-Álvaro L, Ortega-Liartef JV, et al. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) em Urgencias. *Rev Calid Asist*. 2017;32(1):285-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.011>
26. Weigl M, Schneider A. Associations of work characteristics, employee strain and self-perceived quality of care in Emergency Departments: A cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*. 2017;30:20-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.07.002>
27. Källberg AS, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Göransson KE. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2017;33:14-19. DOI: 10.1016/j.ienj.2017.01.002
28. Pham CJ, Alblaihed L, Cheung SD, Levy F, Hill MP, Kelen DG, et al. Measuring Patient Safety in the Emergency Department. *Am J Med Qual*. 2014 Mar-Apr;29(2):99-104. DOI: <https://doi.org/10.1177/1062860613489846>
29. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para a superlotação nos serviços de emergência hospitalar; uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1439-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>
30. Lima SBS, Erdmann AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):271-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300003>
31. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas*. 2016 Feb;28(1):7-26. DOI: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12522>
32. Volpe CRG, Melo EMM, Aguiar LB, Pinho DLM, Stival MM. Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016 Aug;24:e2742. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0642.2742>
33. Antonelli RC, Bellucci Junior JA. Gerenciamento de enfermagem em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. *Semina ciênc biol saude*. 2014 jul/dez;35(2):137-46. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2014v35n2p137>
34. Farley HL, Baumlin KM, Hamedani AG, Cheung DS, Edwards MR, Fuller DC, et al. Quality and safety implications of emergency department information systems. *Ann Emerg Med*. 2013;62(4):399-407. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.019>
35. Frush K. Why and when to use CT in children: perspective of a pediatric emergency medicine physician. *Pediatr Radiol*. 2014;44(Suppl 3):409-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3122-x>
36. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(Supl 2):1016-24. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201718>

37. Pham CJ, Andrawis M, Shore DA, Fahey M, Morlock L, Pronovost PJ. Are temporary staff associated with more severe emergency department medication errors? *J Healthc Qual.* 2011 Jul-Aug;33(4):9-18. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2010.00116.x>
38. Lesar TS. Errors in the use of drug dosage equations. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152(4):340-4. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.152.4.340>
39. Velho MTAC, Haeffner LB, Santos FG, Silva LC, Weinmann ARM. Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(3):351-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000500009>
40. Oliveira RC, Camargo AEB, Cassiani SHDB. Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(4):399-404. DOI: 10.1590/s0034-71672005000400004

Recebido: 13 de outubro de 2019

Aprovado: 12 de novembro de 2019

Publicado: 16 de março de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.