



## Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento municipal

Patient safety in a municipal advance unit

Seguridad del paciente en una unidad de emergência municipal

Suélen Pereira Franzmann<sup>1</sup>, Susane Flôres Cosentino<sup>1</sup>, Cléton Salbego<sup>2</sup>, Larissa Fernanda Kohlrausch<sup>3</sup>, Mariana Kathleen da Costa Ferreira<sup>3</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer como a segurança do paciente é desenvolvida em uma unidade de pronto atendimento. **Métodos:** Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida em uma Unidade de Pronto Atendimento em um município da região Sul do Brasil. A amostra compreendeu 13 membros da equipe multiprofissional. A coleta dos dados foi composta de observação não participante e dois encontros de grupo focal. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os achados foram utilizados como dispositivos teóricos para a organização de dois encontros de grupo focal, com os membros da equipe multiprofissional. A partir disso, emergiram três categorias: o conhecimento da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente; evidenciando práticas multiprofissionais sobre higienização das mãos; e incidentes ocorridos na preparação de medicamentos. **Conclusão:** Frente às fragilidades encontradas, cabe às instituições de saúde educar permanentemente a equipe de profissionais quanto à importância de adotar, em seu cotidiano de trabalho, as boas práticas, contribuindo assim para o sucesso da segurança do paciente. **Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Serviços Médicos de Emergência, Equipe de Assistência ao Paciente.

### ABSTRACT

**Objective:** To know how patient safety is developed in an emergency care unit. **Methods:** It is characterized by a qualitative, descriptive and exploratory research, developed in an Emergency Care Unit in a municipality in the southern region of Brazil. The sample comprised 13 members of the multidisciplinary team. Data collection consists of non-participant observation and two focus group meetings. Data analysis was performed using Bardin's Content Analysis. **Results:** The findings were used as theoretical devices for the organization of two focus group meetings with members of the multidisciplinary team. From this, three categories emerged: the multidisciplinary team's knowledge about patient safety; evidencing multidisciplinary practices on hand hygiene; and incidents that occurred in the preparation of medicines. **Conclusion:** Faced with the weaknesses found, it is up to health institutions to permanently educate the team of professionals about the importance of adopting good practices in their daily work, thus contributing to the success of patient safety.

**Keywords:** Patient Safety, Emergency Medical Services, Patient Care Team.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria - RS.

<sup>2</sup> Complexo Hospitalar da Unimed Nordeste, Caxias do Sul - RS.

<sup>3</sup> Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul - RS.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer cómo se desarrolla la seguridad del paciente en una unidad de atención de emergencia. **Métodos:** Se caracteriza por una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada en una Unidad de Atención de Emergencia en un municipio de la región sur de Brasil. La muestra estuvo compuesta por 13 miembros del equipo multidisciplinario. La recolección de datos consistió en la observación participante y reuniones de grupos focales. El análisis de datos se realizó utilizando el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Las conclusiones fueron utilizadas como dispositivos teóricos para la organización de dos reuniones de grupos focales con miembros del equipo multidisciplinario. De allí surgieron tres categorías: el conocimiento del equipo multidisciplinario sobre la seguridad del paciente; destacar las prácticas multidisciplinarias sobre higiene de manos; e incidentes ocurridos en la preparación de medicamentos. **Conclusión:** Ante las debilidades encontradas, corresponde a las instituciones de salud educar permanentemente al equipo profesional sobre la importancia de adoptar buenas prácticas en su trabajo diario, contribuyendo así al éxito de la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Seguridad del Paciente, Servicios Médicos de Urgencia, Grupo de Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

Em todos os níveis de atenção, a enfermagem desempenha papel primordial no cuidado, gestão e ensino. Ao enfermeiro cabe planejar, executar e avaliar a assistência prestada; coordenar e distribuir a equipe e garantir a qualidade e segurança do atendimento à equipe e aos pacientes (COFEN, 1987). Frente às crescentes demandas, alta rotatividade e dinâmica de atendimento, o setor de urgência e emergência passa a ser considerado uma área de alto risco para acontecimento de vários tipos de eventos adversos. Na enfermagem, os eventos adversos podem relacionar-se desde a administração de medicamentos, à vigilância do paciente, à manutenção da integridade cutânea, até a utilização de recursos materiais (STURM H, et al., 2019; O'DWYER G, et al., 2017).

Para que seja possível evitar a ocorrência de erros, o serviço de urgência e emergência necessita qualificar sua oferta assistencial, desenvolvendo ações imediatas e assertivas, por meio de uma equipe de saúde de fácil e ágil comunicação (O'DWYER G, et al., 2017). Neste contexto, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) caracterizam-se parte da Rede de Atenção às Urgências, tendo como objetivos a gestão adequada do cuidado direto e indireto ao cliente, garantia e aprimoramento do sistema de referência e contrarreferência para melhor atender a população (O'DWYER G, et al., 2017; OLIVEIRA SN, et al., 2015).

Nas UPA's o cuidado à saúde deve ocorrer mediante acolhimento com classificação de risco, prestando atendimento resolutivo às condições agudas ou crônicas e casos de baixa complexidade, durante 24 horas (O'DWYER G, et al., 2017). A segurança do paciente é considerada uma importante estratégia para assegurar a qualidade da atenção à saúde, reduzindo a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado (STURM H, et al., 2019; KALLBERG AS, et al., 2017). A cultura de segurança tem como base as ações de educação permanente em saúde (EPS), capacitando os profissionais para que possam prestar um serviço de qualidade e com segurança, sendo este um direito dos pacientes e um dever ético dos profissionais de saúde (ANDRADE LEL, et al., 2018; BRASIL, 2013). Para atender a esta demanda, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi desenvolvido e implementado a partir de seis eixos de cuidado. A proposição deste programa é a busca por estratégias para a promoção da segurança do paciente em diferentes momentos de assistência à saúde (BRASIL, 2013).

Frente a isso, essa pesquisa justifica-se pela necessidade de explorar as práticas de segurança do paciente, tendo em vista que a resistência da equipe de saúde está em adequar suas ações de cuidado de maneira segura, podendo levar a ocorrência de eventos adversos, com potenciais danos à saúde e à vida dos pacientes. Assim, emergiu a questão de pesquisa: "como a segurança do paciente está implementada em uma unidade de pronto atendimento?" Para tanto, o objetivo geral foi conhecer como a segurança do paciente é desenvolvida em uma unidade de pronto atendimento.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida em uma UPA da região Sul do Brasil. A UPA conta com 16 funcionários sendo: dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, oito técnicos em enfermagem, dois médicos e dois auxiliares de serviços gerais.

Para a seleção dos participantes foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir experiência profissional mínima de seis meses no serviço, de maneira que estes estejam inseridos e reconheçam a realidade do serviço em que atuam, bem como suas práticas, rotinas e, estar ligado diretamente ou indiretamente às atividades assistenciais e/ou gerenciais.

Foram excluídos os profissionais que estavam em férias, laudo, licença maternidade ou qualquer outra espécie de afastamento das atividades no período de realização da coleta de dados. Assim, participaram da pesquisa 13 profissionais.

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a outubro de 2019 por meio de observação não participante e grupo focal. A observação não participante totalizou 156 horas e teve como guia um diário de campo semi estruturado contemplando aspectos referentes à identificação do paciente, relações entre os profissionais, relações entre os profissionais e os pacientes, preparo dos medicamentos (identificação da medicação e prescrição médica), grau de complexidade dos procedimentos e adequação da estrutura física, higienização das mãos, índice de quedas, estratégias para promoção de segurança e conforto aos pacientes, índice de lesões por pressão, estratégias utilizadas para prevenção e tratamento das lesões de pele.

Foram realizados dois encontros de grupo focal com o intuito de problematizar situações cotidianas sobre a segurança do paciente, sendo gravados em áudio, transcritos e analisados. Cada encontro do grupo focal teve duração média de uma hora, contando com oito e nove participantes em cada encontro, respectivamente.

Quanto ao roteiro dos encontros, este se constituiu de cinco momentos, quais sejam: apresentação (individual e contrato grupal), exposição dos objetivos (da pesquisa, recolhimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do questionário sociodemográfico), técnica (dinâmica grupal), discussão/debate (esclarecimento das ideias e aprofundamento das discussões) e síntese e validação coletiva (entendimento do grupo sobre o tema).

Com relação ao instrumento para coleta de dados sociodemográficos, este buscou identificar questões como: sexo, idade, situação conjugal, tempo de formação acadêmica, instituição formadora, nível de aperfeiçoamento, serviço de atuação, tempo de atuação, tempo de atuação na instituição, ocupação atual e participação em curso/treinamento acerca da segurança do paciente, em caso afirmativo, o instrumento questionava o período e o assunto que fora trabalhado.

Os dados foram tratados a partir da análise de conteúdo do tipo temática que permite identificar os núcleos de sentido que compõem as categorias temáticas. Sendo assim, foi operacionalizada a partir das etapas de pré-análise e exploração do material, mediante leituras e organização dos achados.

Essas etapas proporcionaram identificar as unidades de registro relacionadas ao objeto de estudo. Por fim, houve tratamento e interpretação dos dados, com base na literatura específica, o que permitiu a construção de três categorias analíticas.

O estudo cumpriu os requisitos do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o parecer número 2.472.071 e CAAE nº 81393617.6.0000.5346.

Para garantia do sigilo e anonimato, os participantes foram identificados como: NO (notas de observação), NG (notas de grupo focal), P (participante), seguidas da identificação numéricas correspondentes à ordem em que se realizou a coleta (NOP1, NOP2; NGP1, NGP2) e assim por diante.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos participantes se apresentou, quanto à idade, 46% possuíam entre 20 e 30 anos, 31% entre 40 e 50 anos e 23%, acima de 50 anos. Quanto ao sexo, 15% eram homens e 85% mulheres. No que se refere ao estado civil, 54% eram casados, 15% mantinham união estável e 31% eram solteiros. O tempo de trabalho variou de seis meses a 30 anos.

Quanto à observação não participante, os principais elementos identificados foram referente à lavagem das mãos antes e após os procedimentos, pouco presente na prática da equipe de enfermagem; a não utilização de luvas durante punções venosas, retirada de cateteres e dispositivos; ausência de técnicas assépticas para punção venosa e preparo e administração de medicamentos; utilização de técnica inadequada para administração de medicamentos por via subcutânea; uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI) e precauções padrão. Além disso, observou-se a não utilização de pulseira de identificação do paciente.

Estes achados foram utilizados como dispositivos teóricos para a organização de dois encontros de grupo focal, com os membros da equipe multiprofissional. No primeiro encontro, o tema segurança do paciente foi abordado. No segundo, foram discutidos os temas higienização das mãos e erros de medicação. Os resultados foram organizados em três categorias temáticas, descritas a seguir.

### O conhecimento da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente

Nas instituições hospitalares, os profissionais de saúde deparam-se com inúmeras situações adversas que exigem qualificação, atenção e cuidado para reduzir potenciais incidentes que podem acometer a clientela. Cabe a estes profissionais, também, detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (ZIPPERER L et al., 2019; KAMRAN R et al., 2018).

Frente a isso, é necessário que a equipe multiprofissional apresenta conhecimento claro, coerente, preciso e fundamentado acerca da segurança do paciente, no que tange seu significado e implicações para a prática em cenários complexos, tal como uma UPA. Entretanto, percebe-se que na unidade estudada os profissionais não compreendiam o significado da segurança do paciente, alegando que se estendia da porta de entrada até o momento da alta, porém, sem descrever adequadamente a mesma, conforme demonstram as falas a seguir:

*“É todo um conjunto que é a segurança, é a medicação certa, é o processo inteiro da parte de enfermagem, não só medicação, mas também a parte humana, né! Tudo! Toda a parte de enfermagem, tudo que tu faz por eles, na minha visão, né!” (NGP2)*

*“Segurança dele é chegar e se sentir bem acolhido na unidade” (NGP7, NGP8)*

*“Eu acho que a segurança do paciente é tipo um conjunto de ações ou de assistência que a gente faz com o paciente de forma correta, de forma organizada, que leva a uma segurança pra esse paciente” (NGP10)*

*“Envolve desde questão ética, todo atendimento, acolhimento, os serviços prestados a ele, desde uma ficha, anotar bem certinho o nome dele legível, pra gente depois quando for fazer uma administração de medicamento saber o nome do paciente bem certinho [...]” (NGP10)*

Apesar dos participantes acreditarem estar contemplando de maneira correta ações de segurança do paciente, a análise das falas evidencia o desconhecimento sobre o tema segurança do paciente, seus

protocolos e diretrizes nacionais e internacionais. Conceitua-se segurança do paciente como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013; ZIPPERER L, et al., 2019; ABU-EL-NOOR NI, et al., 2019; WHO, 2009).

Dessa forma, o que se espera é o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, por meio dela, instituições de saúde, sobretudo os profissionais, são estimulados a adotar comportamentos e implementar ações de reconhecimento de potencialidades e fragilidades no ambiente de trabalho, norteando melhorias na qualidade dos serviços ofertados. Tais ações permitirão construir uma cultura positiva e forte dentro das instituições de saúde (WHO, 2009; NPSF, 2015).

Para se conseguir a segurança no cuidado, sugere-se o emprego de medidas para a organização da assistência, objetivando elencar riscos a que os pacientes possam estar expostos e implementar medidas eficazes. Além disso, cabe ao profissional manter o aprimoramento científico, gestão do cuidado, comunicação assertiva entre profissionais e pacientes com vistas a sustentar uma prática assistencial segura (GRIFFITHS P, et al., 2018; COSTA DB et al., 2018). As falas abaixo demonstram que os profissionais de saúde identificam situações que podem favorecer o erro durante a assistência. Essas consistem na identificação do paciente e legibilidade da escrita nas prescrições e solicitações de exames, como vemos a seguir.

*“A gente vai fazer um pedido pra exames, a escrita do médico é ilegível né, então já começa aí, a gente tem que procurar o nome de novo pra escrever, [...] então começa a ter vários erros na assistência [...] quantos erro já deu de nome, de entende de forma diferente a letra” (NGP10)*

*“O serviço continua desorganizado não havendo nenhuma forma para identificação do paciente de forma segura” (NOP1)*

*“Tem que sempre conferir antes se é o paciente certo” (NGP10)*

Fragilidades na identificação do paciente podem ser visualizadas em diferentes momentos da assistência, seja na internação ou até mesmo na alta. Durante este período diversos acontecimentos podem ser tratados como riscos, tais como, o nível de consciência do paciente, deslocamento do paciente dentro da unidade e/ou demais setores da instituição (GRIFFITHS P, et al., 2018).

Na unidade pesquisada não foram observados meios de identificação do paciente, além da ficha de atendimento. Essa evidência pode indicar suscetibilidade a erros decorrentes da assistência em saúde. Frente a isto cabe a gestão do serviço pensar estratégias participativas para evitar a eminência desses riscos. Sugere-se que estratégias para padronização das práticas assistenciais sejam adotadas, tendo como premissa identificar os pacientes de forma clara e objetiva, por meio de pulseiras contendo, no mínimo, o nome do paciente, a data de nascimento ou número do prontuário (GRIFFITHS P, et al., 2018; COSTA DB et al., 2018). Além disso, a instituição precisa assumir a conferência obrigatória desses identificadores por parte de seus profissionais de saúde antes de qualquer cuidado (GALVÃO TF, et al., 2018).

Na prescrição, deve ser utilizado o nome completo do paciente e de forma legível. Para os pacientes que são admitidos nas UPA's, se faz necessário um atendimento rápido e eficiente, assim, torna-se mais ágil a identificação de cabeceira de leito, contendo o número de prontuário, nome completo ou registro de atendimento (BRASIL, 2013; MANOJLOVICH M, et al., 2021; EGE Y, et al., 2019).

Para que o cuidado ocorra de forma segura ao paciente, é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços partilhem de práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro. É preciso que medidas de segurança sejam sistematicamente introduzidas em todos os processos de cuidado (NPSF, 2015; EGE Y, et al., 2019).



## Evidenciando práticas multiprofissionais sobre higienização das mãos

A higiene das mãos visa prevenir a transmissão de microrganismos. Dessa forma, consiste uma importante aliada na redução da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde. Estas, por sua vez, representam o mais frequente tipo de evento adverso decorrente do cuidado, acarretando o desenvolvimento de doenças graves, altas taxas de morbidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internação, aumento da resistência de microrganismos a antimicrobianos e elevado impacto econômico aos pacientes, profissionais e ao sistema de saúde (BRASIL, 2013; ZIPPERER L, et al., 2019; WHO, 2009; EGE Y, et al., 2019).

No presente estudo, apesar dos profissionais valorizarem a importância da higienização das mãos tanto para sua segurança quanto para a do paciente, como trazido pelo grupo focal, a observação não participante permitiu identificar inadequações na conduta de higienização das mãos. Tais inadequações incluíram a ausência antes e após os procedimentos, bem como a realização equivocada da técnica de lavagem das mãos, como mostram as falas a seguir.

*“Observou-se que após realizar punção venosa não houve lavagem de mãos”.*  
(NOP1, NOP5, NOP3)

*“Só se der um acaso de sair da sala de enfermagem, aí eu volto e lavo mão, mas [...] pra chegar ao paciente não, que nem pra ver os sinais, sim, eu lavo a mão e limpo o termômetro.”* (NGP14)

*“Se tiver mais que um paciente no quarto, pra ir pra outro paciente a gente não lava.”* (NGP14)

*“Quando você chega à unidade, você tem que lavar as mãos, quando você vai para casa você tem que lavar as mãos, isso é rotina.”* (NGP10)

Esses achados evidenciam o distanciamento existente entre a dimensão prescrita, por meio de protocolos, relatórios, registros, indicadores e planos de ação voltados à segurança do paciente, e a realidade das práticas profissionais (IBRAHIM IA, et al., 2020; OLIVEIRA JKA, et al., 2018). E, frente aos desafios que as práticas preventivas de segurança do paciente determinam, a higienização das mãos representa um dos maiores, devido a sua baixa adesão pelos profissionais de saúde (WHO, 2009; GALVÃO TF, et al., 2018; SOUZA AFR, et al., 2019).

Nos serviços de urgência e emergência, a baixa adesão à prática de higiene das mãos pode ser relacionada a características próprias desse setor. Estas consistem em atuar frente a pacientes com condições de saúde complexas e imprevisíveis, a serem atendidos, em meio à sobrecarga de trabalho e espaço curto de tempo. Esta, desencadeada pela concessão de recursos humanos e infraestrutura de maneira restrita (OLIVEIRA JKA, et al., 2018; SOUZA AFR, et al., 2019).

No que tange a higienização das mãos, é importante que os profissionais de saúde sigam o seguinte fluxo: antes do contato com o paciente, antes de procedimento asséptico, após o risco a materiais biológicos, após contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente. No entanto, estudos brasileiros realizados em pronto atendimento e UTI mostraram que a adesão dos profissionais aos momentos de higienização é maior nas ações classificadas como "antes" e menor nas ações denominadas como "após". E, embora presentes, essas ações não são significativas, denotando a baixa taxa de adesão global à higiene das mãos. Esta, por sua vez, sinaliza o risco de transmissão de infecção dentro do ambiente hospitalar (OLIVEIRA JKA, et al., 2018; SOUZA AFR, et al., 2019).

Cabe salientar que a higienização das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual e adoção de técnicas assépticas são considerados essenciais para a prevenção de infecções e segurança dos pacientes. Para que seja possível incentivar e assegurar a realização de tais técnicas, estratégias como a colocação

de preparações alcoólicas junto ao leito do paciente, pode favorecer a higienização das mãos nos cinco momentos durante a assistência ao paciente (EGE Y, et al., 2019; OLIVEIRA JKA, et al., 2018). Ao mesmo tempo, deve-se investir em ações educativas, informativas, estruturais e materiais, de modo a fortalecer essa prática junto aos profissionais, usuários dos serviços de saúde e gestores (SOUZA AFR, et al., 2019).

### **Incidentes ocorridos na preparação de medicamentos**

Os erros de medicação representam grave problema nos atuais serviços de saúde, sendo considerado um dos principais responsáveis pelos eventos adversos sofridos pelos pacientes (OLIVEIRA JKA, et al., 2018; SOUZA AFR, et al., 2019). Na presente pesquisa, os profissionais demonstraram preocupação com os possíveis eventos adversos ocasionados pela administração incorreta de medicamentos, como demonstram as notas de observação não participantes e no grupo abaixo.

*“A técnica de enfermagem pega os medicamentos, confere, aspira a medicação e deixa a ampola ao lado para não haver confusão” (NOP2)*

*“Há profissional que prepara a medicação com cautela e está atenta ao que está fazendo” (NOP8)*

*“Em todas as ampolas de alta vigilância foi colocado etiqueta, com um símbolo ou uma etiqueta vermelha” (NGP13)*

*“Por mais que seja uma emergência, tem que ler a medicação, ver a validade e se é a medicação certa!” (NGP10)*

Entretanto, apesar de haver a conscientização por parte dos profissionais de saúde quanto à importância de cautela e atenção durante os procedimentos envolvendo preparação e administração de medicamentos, erros foram observados, representando potenciais danos aos pacientes. Dentre os erros de medicação, os de dosagem são os mais frequentes, seguidos da medicação e paciente errado, respectivamente (MANOJLOVICH M, et al., 2019; OLIVEIRA JKA, et al., 2018).

O que se evidencia é a baixa adesão da equipe às medidas preventivas aos eventos adversos. Este fato pode trazer implicações diretas à qualidade do cuidado prestado, tornando-o inseguro, principalmente na administração de medicamentos (SOUZA AFR, et al., 2019). Essa situação foi observada e sinalizada pelos participantes da presente pesquisa, como mostram as notas de observação não participante e de grupo focal a seguir.

*“Outro erro observado foi com profissional diferente que preparou medicação com dose errada, iria administrar dose em dobro” (NOP6)*

*“E o erro em si, é a administração incorreta de uma medicação, e tem muitos fatos que envolvem esse erro, como a escrita (letra do médico ilegível)” (NOP1, NGP10, NGP11)*

*“O problema nosso do pronto atendimento é que as medicações ficam em um pequeno estoque, é dividido em gazelinhas pequenas [nichos], então ficam todas perto uma da outra” (NGP10)*

Os profissionais de saúde sinalizaram como fatores que podem facilitar as ocorrências de erros relacionados à administração de medicamentos, a dificuldade em compreender a escrita na prescrição médica e a forma de separação e armazenamento das medicações, que pode favorecer a troca de medicamentos. Salienta-se que, após a realização do primeiro encontro do grupo focal, as ampolas de alta vigilância começaram a ser rotuladas, sendo um passo importante para a segurança do paciente na unidade.

Com relação às prescrições médicas, o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos orienta que, dentre outros elementos, a legibilidade deve ser garantida a fim de facilitar a comunicação entre prescritor, paciente e demais profissionais de saúde. Por se tratar de uma importante fonte de erros, recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas (EGE Y, et al., 2019; SOUZA AFR, et al., 2019).

Quanto à forma de se redigir, estudo realizado em um setor de Clínica Médica evidenciou que mais da metade das prescrições analisadas apresentavam algum nível de dificuldade para a sua compreensão, tendo como fatores principais a legibilidade, uso de siglas e/ou abreviaturas, ausência de informações sobre o medicamento, dosagem, diluição e aprazamento, bem como sobre o próprio paciente (MOREIRA FTLS, et al., 2019; SOUZA AFR, et al., 2019; CARTHON JMB, et al., 2019). Cabe salientar que esses fatores estão relacionados, de maneira intrínseca, à qualidade técnica da prescrição e do cuidado prestado, pois, dados ilegíveis e incompletos comprometem a administração do medicamento e, conseqüentemente, a segurança do paciente. Além disso, implica em um gasto maior de tempo para a equipe de enfermagem compreender o registro (CARTHON JMB, et al., 2019).

Recomenda-se, portanto, o uso de estratégias para contornar a dificuldade em se obter prescrições legíveis como a pré-digitação da prescrição por parte do profissional médico (OLIVEIRA JKA, et al., 2018; CARTHON JMB, et al., 2019). Quanto ao processo de preparo e administração de medicamentos, que deve ser realizado por técnicos e auxiliares de enfermagem e supervisionado pelo enfermeiro (SOUZA AFR, et al., 2019), a presente pesquisa apontou que os erros nessa modalidade, foram atribuídos principalmente aos técnicos de enfermagem.

*“A técnica prepara todas as medicações juntas, não realiza assepsia na ampola e no soro antes de colocar as medicações, permeabiliza o soro, porém, dentro do equipo ficam bolhas de ar, mesmo assim o mesmo é instalado” (NOP1)*

*“A técnica preparou a medicação para aplicação IV, no entanto a medicação era para ser administrada IM” (NOP5)*

*“Uma das agulhas que não está bem conectada na seringa cai, mesmo assim a técnica pega, reconecta na seringa e vai para a administração” (NOP6)*

O processo de preparo e administração de medicamentos envolve diferentes etapas como a prescrição, distribuição, dispensação, preparo, administração e monitoramento da ação medicamentosa no organismo do paciente. Estas etapas são complexas e abrangem todos os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem (OLIVEIRA JKA, et al., 2018; SOUZA AFR, et al., 2019; HADAD E, et al., 2021).

Nesse sentido, vislumbra-se a necessidade de planejamento da equipe de enfermagem, de modo a organizar seus processos de trabalho, a fim de garantir atendimento seguro e responsável (MANOJLOVICH M, et al., 2018; TLILI MA, et al., 2020).

Além da conscientização dos profissionais de saúde e da gestão dos serviços, quanto à importância da qualificação do processo que envolve a administração de medicamentos para a segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) traz como um dos principais eixos definidos para o PNSP o envolvimento do cidadão na sua própria segurança (BRASIL, 2013; COSTA DB, et al., 2018; OLIVEIRA JKA, et al., 2018).

Essa iniciativa surgiu da necessidade de se considerar o paciente como foco da preocupação dos profissionais e da gestão, com a segurança nos serviços de saúde. Dessa forma, os pacientes, familiares, acompanhantes e sociedade no geral, que utilizam os serviços de saúde, deverão atuar como peças fundamentais nos esforços para a prevenção de erros e danos em serviços de saúde brasileiros (OLIVEIRA JKA, et al., 2018; MANOJLOVICH M, et al., 2018; TLILI MA, et al., 2020).



## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu a identificação de fragilidades relativas à segurança do paciente, destacando o baixo entendimento da equipe multiprofissional, inadequação da higienização de mãos e eventos adversos relacionados à administração de medicamentos. Cabe às instituições de saúde a necessidade de educar permanentemente, seja pelo incentivo à qualificação profissional por meio de cursos e pós-graduação, ou por meio de treinamentos oferecidos aos profissionais. Assim, será possível modificar e aprimorar técnicas de cuidado e sensibilizar os profissionais para a importância de adotar, em seu cotidiano de trabalho, as boas práticas para segurança do paciente. Por fim, sugere-se a realização de novas pesquisas, com foco em intervenções. Assim, será possível provocar mudanças e corrigir incongruências nas práticas de saúde, garantindo um cuidado seguro ao paciente, em consonância com os programas e políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. ABU-EL-NOOR NI, et al. Patient safety culture among nurses working in Palestinian governmental hospital: a pathway to a new policy. *BMC Health Serv Res*, 2019; 19: 550.
2. ANDRADE LEL, et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. *Cienc. Saúde Colet*, 2018; 23(1): 161-72.
3. BRASIL. Ministério da Saúde Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.htm). Acessado em: 16 de fevereiro de 2023.
4. CARTHON JMB, et al. Association of Nurse Engagement and Nurse Staffing on Patient Safety. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(1):40-6.
5. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94.406, de 09 de junho de 1987. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo; Brasília. Available from: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html). Acessado em: 16 de fevereiro de 2023.
6. COSTA DB, et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. *Texto contexto - enferm*, 2018; 27(3): e2670016.
7. EGE Y, et al. Patient Safety Culture: Evaluating Turkish Nurses' Attitudes and Knowledge. *International Journal of Caring Sciences*. 2019; 12(1): 430-441.
8. GALVÃO TF, et al. Patient safety culture in a university hospital. *Rev. LatinoAm. Enfermagem*, 2018; 26: e3014.
9. GRIFFITHS P, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual. Saf*, 2018; 28(8): 609-17.
10. HADAD E, et al. Perceptions of Staff Nurses about Patient Safety Culture at Minia General Hospital. *Minia Scientific Nursing Journal*, 2021; 010(1): 68-77.
11. IBRAHIM IA e HABIEB EE. Associations between nursing work environment, patient safety culture, and missed nursing care among staff nurses. *Port Said Scientific Journal of Nursing*. 2020; 7(3): 244-263.
12. KALLBERG AS, et al. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 2017; 33: 14-9.
13. KAMRAN R, et al. Patient safety awareness among undergraduate medical students in Pakistani medical school. *Pakistan J Med Sci*, 2018; 34(2): 305.
14. MANOJLOVICH M, et al. Advancing patient safety through the clinical application of a framework focused on communication. *J Patient Safety*, 2021; 17(8): e732-37.
15. MANOJLOVICH M, et al. Advancing patient safety through the clinical application of a framework focused on communication. *J Patient Safety*, 2018.
16. MOREIRA FTLS, et al. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2019; 40(n.esp.): e20180308.

17. NPSF. National Patient Safety Foundation. Free from Harm: accelerating patient safety improvement fifteen year safer To Err Is Human. 2015. Available from: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>. Acessado em: 16 de fevereiro de 2023.
18. O'DWYER G, et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2017; 51: 125.
19. OLIVEIRA JKA, et al. Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; 26: e3017.
20. OLIVEIRA SN, et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto contexto - enferm*, 2015; 24(1):238-44.
21. SOUZA AFR, et al. Os erros de medicação e os fatores de risco associados a sua prescrição. *Enferm. Foco*, 2019;10(4): 12-16.
22. STURM H, et al. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS ONE*, 2019; 14(1): e0209487.
23. TLILI MA, et al. Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health care centres in Tunisia. *East Mediterr Health J*. 2020; 26(11): 1347-1354.
24. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The conceptual framework for the international classification for patient safety v1.1: final technical report and technical annexes. 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf). Acessado em: 16 fev, 2023.
25. ZIPPERER L. "Humanness" - A crucial componente of Knowledge sharing for patient safety. *J Pat Saf Risk Manage*, 2019; 24(2): 55-6.