

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO  
(PROPIEX)  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)  
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

**CHAYENNE RICKEN**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO  
CORRETA DO PACIENTE PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA EM UNIDADE  
DE PRONTO ATENDIMENTO**

**CRICIÚMA  
2024**

**CHAYENNE RICKEN**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO  
CORRETA DO PACIENTE PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA EM UNIDADE  
DE PRONTO ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dra. Cristiane Damiani Tomasi

**CRICIÚMA  
2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R539c Ricken, Chayenne.

Construção e validação de um protocolo de identificação correta do paciente para a promoção da segurança em unidade de pronto atendimento / Chayenne Ricken. - 2024.

142 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2024.

Orientação: : Cristiane Damiani Tomasi.

1. Política Nacional de Segurança do Paciente.
2. Segurança do paciente. 3. Medidas de segurança.
4. Serviços médicos de emergência. I. Título.

CDD 23. ed. 362.18

**CHAYENNE RICKEN**

**“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO  
CORRETA DO PACIENTE PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA EM  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO”**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 31 de outubro de 2024

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Cristiane Damiani Tomasi  
Doutora – Orientadora  
Presidente



Profa. Valdemira Santana Dagostim  
Doutora – UNESC  
Membro externo



Prof. Jacks Soratto  
Doutor – UNESC/PPGSCol  
Membro interno

*Dedico este trabalho a todos que contribuíram em minha caminhada no mestrado profissional, e aos pacientes que já foram vítimas de eventos adversos em saúde por falhas evitáveis.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Universo e suas forças que me trouxeram até aqui, pois caminhamos por rumos desconhecidos até chegar a destinos inimagináveis.

A Deus por ser o guia em muitas ações.

Aos meus pais Sérgio e Roseli por depositarem sua confiança em mim, me fazendo acreditar que sou capaz de muitas coisas, e aos meus irmãos, Carla e Jean, por dividirem risadas em momentos tensos.

A meu companheiro Marcelo, minha força motriz em tudo o que faço. Obrigada pelo apoio nas horas difíceis, e por não me deixar desistir dos nossos planos, mesmo nas ausências que esse trabalho exigiu. Nosso abraço faz o mundo parar, meu arco íris.

Aos colegas de mestrado pela caminhada intensa nessa formação, pela parceria e crescimento mútuo nesses anos.

Aos professores do PPGSCol pelas aulas brilhantes, que a cada encontro traziam inspiração para transformar realidades.

A orientadora desse trabalho, professora Cristiane, que abraçou o tema e auxiliou ativamente em todos os momentos para que ele fosse posto em prática, com vistas a melhoria da assistência em saúde para todos, em especial em ambientes públicos. Tenho certeza de que a Catarina já possui muito orgulho da mãe que tem.

Aos professores Jacks e Mira pelo aceite da banca de avaliação deste trabalho tão importante para minha trajetória pessoal. Suas contribuições, fruto da experiência e amor pela saúde serão muito bem-vindas.

A Secretaria Municipal de Forquilha e Pronto Atendimento Municipal pela recepção e acolhimento do projeto tendo em vista a melhoria da segurança do paciente em seus atendimentos.

*“Pode parecer talvez um princípio estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”.*

**Florence Nightingale**

## RESUMO

**Introdução:** A Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituída em 2013, foi criada com o objetivo de promover a redução de riscos de danos associados ao cuidado de saúde em um nível minimamente aceitável. Esses danos podem variar desde doenças e lesões até sofrimento, incapacidades e morte. A segurança do paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado, que ganhou relevância global, destacando-se como uma prioridade para pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde. Em especial, os prontos atendimentos (PAs) se configuram como importantes dispositivos de cuidado no sistema de saúde, nos quais a agilidade e a eficiência são essenciais devido ao elevado fluxo de pacientes. No entanto, a dinâmica desse espaço de cuidado pode aumentar o risco de falhas assistenciais, comprometendo a segurança do paciente. Para mitigar esses riscos, a PNSP enfatiza a necessidade de protocolos e normas assistenciais bem estabelecidos e implementados, como, por exemplo, o protocolo de identificação correta do paciente, que é essencial em PAs, para que se garanta o atendimento de forma oportuna ao paciente correto. **Objetivo:** construir um protocolo assistencial para identificação correta do paciente no pronto atendimento municipal de Forquilha. **Método:** o produto foi o próprio protocolo de identificação do paciente construído e validado junto a equipe da secretaria de saúde municipal e da equipe de saúde do estabelecimento, de acordo com sua realidade de trabalho para que fosse utilizado em seu cotidiano. Dentre as etapas do projeto esteve a pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, que foi efetuada através do questionário HSOPSC 1.0 (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) através da plataforma E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, com análise estatística descritiva. **Resultados:** a pesquisa de cultura de segurança do paciente revelou fragilidades em alguns aspectos da cultura de segurança, como frequência de eventos notificados e respostas não punitivas a erros; a construção do protocolo de identificação do paciente buscou contemplar aspectos relativos ao serviço destinado, com contribuição da gestão local e profissionais atuantes, sendo validado pelos mesmos. Além disso, foram realizados encontros com os profissionais do PAM para debate sobre a segurança do paciente, apresentação dos resultados da pesquisa de cultura de segurança, discussões e capacitação para aplicação do protocolo em sua realidade de trabalho. **Considerações finais:** O desenvolvimento de um protocolo de identificação do paciente e a pesquisa de cultura de segurança do paciente no serviço oportunizou ampliação de conhecimentos sobre a temática, abrindo espaço para discussões do tema no pronto atendimento municipal e gestão. Esse processo de criação e capacitação gerou aplicabilidade do produto no cotidiano diário do serviço, trazendo impactos positivos para a gestão do cuidado no pronto atendimento municipal, como a ampliação da segurança nos processos assistenciais, trazendo benefícios aos pacientes, profissionais e gestores.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente; Protocolo de Segurança; Serviço de Atendimento de Emergência.

## ABSTRACT

**Introduction:** The National Patient Safety Policy (PNSP), established in 2013, was created with the aim of promoting the reduction of risks of harm associated with healthcare to a minimally acceptable level. These damages can range from illness and injury to suffering, disability and death. Patient safety is an essential component of the quality of care, which has gained global relevance, standing out as a priority for patients, families, managers and healthcare professionals. In particular, emergency services (ERs) are important care devices in the health system, in which agility and efficiency are essential due to the high flow of patients. However, the dynamics of this care space can increase the risk of care failures, compromising patient safety. To mitigate these risks, the PNSP emphasizes the need for well-established and implemented care protocols and standards, such as, for example, the correct patient identification protocol, which is essential in PAs, to guarantee timely care for the patient correct. **Objective:** to build a care protocol for correct patient identification in the municipal emergency room of Forquilha. **Method:** the product was the patient's own identification protocol built and validated by the municipal health department team and the establishment's health team, according to their work reality so that it could be used in their daily lives. Among the stages of the project was the Patient Safety Culture survey, which was carried out using the HSOPSC 1.0 questionnaire (Hospital Survey on Patient Safety Culture) through the E-Hospital Safety Culture Questionnaire platform, with descriptive statistical analysis. **Results:** The patient safety culture survey revealed weaknesses in some aspects of the safety culture, such as the frequency of reported events and non-punitive responses to errors; the construction of the patient identification protocol sought to contemplate aspects related to the intended service, with input from local management and professionals working there, and was validated by them. In addition, meetings were held with PAM professionals to discuss patient safety, present the results of the safety culture survey, discuss and provide training on how to apply the protocol in their work reality. **Final considerations:** The development of a patient identification protocol and research on patient safety culture in the service provided an opportunity to expand knowledge on the subject, opening space for discussions on the topic in municipal emergency care and management. This creation and training process generated applicability of the product in the daily routine of the service, bringing positive impacts to the management of care in municipal emergency care, such as increasing safety in care processes, bringing benefits to patients, professionals and managers.

**Keywords:** Patient Safety; Security Protocol; Emergency Response Service.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Participantes da capacitação.....	78
Figura 02 – Capacitação em andamento.....	78
Figura 03 – Dispositivos de Identificação.....	79

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições relacionadas a incidentes.....	28
Quadro 2 – Configuração de eventos para notificação.....	29
Quadro 3 - Definição das dimensões avaliadas com o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais.....	33
Quadro 04 – Plano de encontro para capacitação.....	45
Quadro 05 - Índices de respostas positivas por cada dimensão.....	53
Quadro 6 – Frequência de eventos notificados.....	55
Quadro 7 – Percepção de segurança.....	55
Quadro 8 – Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança.....	56
Quadro 9 – Aprendizagem organizacional/ melhoria continuada.....	57
Quadro 10 – Trabalho em equipe na unidade/serviço.....	58
Quadro 11 – Abertura para comunicações.....	59
Quadro 12 – <i>Feedback</i> e comunicação sobre erros.....	59
Quadro 13 – Resposta não punitivas para erros.....	60
Quadro 14 – Dimensionamento de pessoal.....	62
Quadro 15 – Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente.....	62
Quadro 16 – Trabalho em equipe entre unidades.....	62
Quadro 17 – Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços.....	63

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participantes por setores do serviço.....	49
Gráfico 2 - Participantes por profissão dos pesquisados.....	50
Gráfico 3 - Tempo de trabalho na instituição.....	50
Gráfico 4 - Tempo de atuação na área/unidade atual.....	51
Gráfico 5 - Tempo trabalhado na especialidade/profissão.....	51
Gráfico 6 – Carga horária semanal dos profissionais.....	52
Gráfico 7 - Quantidade de eventos adversos notificados.....	52
Gráfico 8 - Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho.....	53

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1(TCLE1) – Pesquisa de Cultura de Segurança .....	95
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 (TCLE2) – Capacitação do Protocolo de Identificação do paciente.....	98
Apêndice C – Protocolo de Identificação do Paciente no Pronto Atendimento Municipal de Forquilha.....	101
Apêndice D – Material utilizado no treinamento das equipes .....	122
Apêndice E – Material de apresentação da proposta do protocolo a secretaria de saúde.....	126
Apêndice F – Declaração de validação do protocolo.....	128

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Carta de Aceite .....	130
Anexo B – Questionário HSOPSC 1.0 .....	131
Anexo C – Parecer do CEP UNESC.....	136
Anexo D – Relatório de avaliação da cultura de segurança do paciente no PAM: E-questionário.....	137

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ - *Agency Healthcare Research and Quality*  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem  
EUA – Estados Unidos da América  
HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IBSP – Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente  
JCI – *Joint Commission International*  
NOTIVISA – Sistema de Notificações para Vigilância Sanitária  
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PAM – Pronto Atendimento Municipal  
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente  
PPGSCol – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
PSP – Plano de Segurança do Paciente  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
SC – Santa Catarina  
SP - São Paulo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	20
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA.....	21
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO.....	21
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS NORMATIVOS E HISTÓRICOS....	23
<b>3.1.1 Termos e definições relativos à segurança do paciente.....</b>	<b>27</b>
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	30
<b>3.2.1 Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).....</b>	<b>33</b>
3.3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	36
3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO....	38
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>41</b>
4.1 TIPO DE PRODUTO.....	41
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO.....	41
4.3 PÚBLICO ALVO.....	41
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO.....	42
<b>4.4.1 Revisão de literatura para estruturação do produto.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4.2 Apresentação da proposta ao município e levantamento de necessidades.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4.3 Participantes da construção e validação do protocolo.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4.4 Validação do protocolo e pesquisa da cultura de segurança.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4.5 Encontros para sensibilização e capacitação para aplicação do protocolo.....</b>	<b>45</b>
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	47
<b>4.5.1 Riscos e Benefícios da Pesquisa.....</b>	<b>47</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
5.1 SENSIBILIZAÇÃO DA GESTÃO, APRESENTAÇÃO DO TEMA E CONCEPÇÃO DO PROTOCOLO.....	48

5.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL.....	49
<b>5.2.1. Caracterização dos participantes.....</b>	<b>49</b>
<b>5.2.2 - Cultura de Segurança do Paciente .....</b>	<b>52</b>
5.3 DISCUSSÃO.....	64
5.4 EXPERIÊNCIA DA CAPACITAÇÃO PARA PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE.....	75
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segurança do Paciente engloba medidas direcionadas aos pacientes para prevenção de riscos em serviços de saúde, danos desnecessários e eventos adversos (*World Health Organization*, 2017). A questão do erro e dos eventos adversos tem sido descrita e estudado por muito tempo, e para reduzir a ocorrência de erro no cuidado de saúde é necessário mudar a forma como se pensa no erro, isto é, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro (Anvisa, 2017).

Frente a tamanha magnitude do problema, a OMS lançou em 2004 o *World Alliance for Patient Safety* em 2004, sendo o primeiro movimento com participação de instituições reguladoras, governamentais e da sociedade em geral, com foco na prevenção de eventos adversos evitáveis. O Brasil, em 2013, através da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que é regulamentado pela RDC nº 36. Essas ações tiveram premissas importantes, entre elas a inclusão desse tema na formação dos profissionais de saúde, ou seja, o tema “segurança do paciente” deveria ser tratado em cursos técnicos, graduações e pós-graduações na área da saúde (Oliveira e Silva, 2022).

Para tal, as ações de segurança foram preconizadas por meio de seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higienização das mãos em serviço de saúde; prevenção de quedas e identificação do paciente (Brasil, 2013).

Fragilidades na identificação do paciente podem ser detectadas em momentos diferentes do cuidado, desde a entrada no serviço até sua alta, estando suscetível a diversos acontecimentos de risco, como alterações do nível de consciência e movimentação dentro do setor (Griffiths *et al.*, 2018).

A identificação do paciente tem sido reconhecida como pedra angular na segurança do paciente, pois sua ausência ou processo falho resulta em eventos adversos com consequências catastróficas, tais como: erros de medicação, erros na administração de hemocomponentes, erros na entrega de diagnósticos, procedimentos realizados em pacientes inadequados e/ou locais errados da região corpórea, entrega de recém-nascidos a famílias erradas, dentre outros. Devido a

essas falhas que todas as instituições de saúde devem possuir políticas específicas e procedimentos para verificação da identidade do paciente, e monitorar a adesão da equipe a esses procedimentos, e práticas negligentes e inseguras não devem ser ignoradas ou aceitas (Brasil, 2013).

Além disso, é necessário que o cuidado ocorra dentro de uma cultura de segurança nos serviços de saúde, onde os profissionais partilhem de práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução de riscos e danos, promovendo o cuidado seguro, e sendo acolhidos num eventual erro. Medidas de segurança precisam ser introduzidas sistematicamente em todos os processos de cuidado (Franzmann *et.al*, 2023).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação para esse projeto advém da afinidade da autora com a temática, que juntamente com a experiência profissional demonstrou que protocolos de segurança são efetivos na prevenção de eventos que culminam em várias consequências negativas para o serviço de saúde e sobretudo ao paciente, e que a cultura de segurança deve ser incentivada nesses locais.

Além disso, a portaria 529 de 01 de abril de 2013 do Ministério da Saúde que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente e traz importantes definições que devem ser adotadas em todos os estabelecimentos de saúde no país ainda é pouco difundida. Embora seja uma normativa, ainda muitos locais não se adequaram, como é o caso do município de Forquilha, em especial na Unidade de Pronto Atendimento, onde a falta de protocolos de segurança do paciente impacta na seguridade da assistência prestada, colocando em risco pacientes e profissionais, sem estes estarem conscientes disso. A gestão local deve estar consciente dos riscos envolvendo a assistência em saúde da oferta de seus serviços, e prover meios para mitigação destes.

Apesar de todos os protocolos e metas de segurança, a primordial e principal deles é a identificação correta do usuário, que deve ser feita já no acesso desse ao serviço e que garante muitos processos de cuidado mais seguros. Falhas na identificação do paciente são causas raiz de outras falhas e erros assistenciais, que podem ter consequências catastróficas para o serviço. Além disso, a imagem do

serviço de saúde que investe e demonstra preocupação com a segurança de processos melhora, ou seja, o marketing externo costuma ter resultado positivo.

## 1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Ausência de um protocolo de Identificação correta do Paciente na Unidade de Pronto Atendimento Municipal de Forquilha – SC.

## 1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

O protocolo de identificação correta do paciente tem como finalidade garantia de maior segurança de processos assistenciais e de trabalho pela equipe de saúde, além de mitigar eventos adversos decorrentes da falta de identificação correta do usuário.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Construir um protocolo de identificação correta do paciente na unidade de Pronto Atendimento Municipal (PAM) em Forquilha – SC.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar pesquisa de cultura de segurança do paciente utilizando a ferramenta HSOPSC, através de uma plataforma virtual com os profissionais atuantes no Pronto Atendimento Municipal de Forquilha;
- Construir e validar junto à secretaria de saúde do município o protocolo de identificação do paciente;
- Apresentar resultados da pesquisa de cultura de segurança para sensibilizar os profissionais da assistência e gestão para práticas voltadas a segurança do paciente, promovendo reflexão sobre segurança do paciente;
- Capacitar profissionais para utilização do Protocolo de Identificação do Paciente.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS NORMATIVOS E HISTÓRICOS

Segundo a portaria que institui o PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente - 2013), pode-se definir segurança do paciente como uma redução a um nível aceitável dos riscos de danos desnecessários associados aos cuidados prestados em saúde, ou seja, evitar prejuízos advindos dos cuidados prestados em saúde. A segurança do paciente é compreendida como ações cuja finalidade é impedir, precaver e minimizar os desfechos adversos a partir da assistência de saúde. Dessa forma, os danos causados aos pacientes têm sido discutidos cada vez mais no âmbito hospitalar e não-hospitalar (Cassini, 2005).

Sendo assim, a temática pode ser vista como uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, pois está fortemente ligada às necessidades e expectativas dos usuários desses serviços (Vigano, 2018).

A segurança do paciente é fundamental para a prestação de cuidados de saúde em todos os ambientes. No entanto, os eventos adversos, erros e riscos evitáveis associados aos cuidados de saúde continuam a ser grandes desafios para a segurança dos pacientes a nível mundial (IBSP - Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente, 2015).

Não é novidade que as questões relacionadas a qualidade dos serviços de saúde e segurança do paciente (em especial a ocorrência de erros e eventos adversos) são fonte de preocupação para instituições de saúde, gestores e profissionais, afinal é um tema que a todos tange, sendo impossível ficar indiferente (Sousa e Mendes, 2019).

Desde os tempos antigos, o tema é discutido pelos pesquisadores, pois apesar dos cuidados em saúde trazer benefícios, os erros ainda estão muito presentes na assistência, trazendo consequências sérias. Hipócrates, considerado o pai da medicina escreveu a célebre frase que ainda ecoa atualmente: "*Primum non nocere*", que significava primeiro não causar dano. Um dos célebres nomes da história da enfermagem também se fez presente na segurança do paciente: Florence Nightingale. Essa trabalhou na Guerra da Criméia, e ao observar as precárias condições que os

soldados se encontravam, prezou pela segurança destes como fator primordial para a boa qualidade nos cuidados prestados (Nascimento e Draganov, 2015).

Com o passar dos anos, em 1863, Florence Nightingale em seu livro *Notes on Hospitals*, diz: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (Wachter, 2010).

O relatório “Errar é Humano”, elaborado em 2000 pelo Instituto de Medicina (IOM) estimava a ocorrência de cerca de 98 mil mortes/ano nos Estados Unidos causadas por eventos adversos advindos da assistência em Saúde, sendo que metade destas seria evitável. Além disso, os custos associados a esses eventos também foram estimados em altos valores em razão de custos com cuidados adicionais, perda de rendimento e incapacidades consequentes desses eventos. Além do óbvio sofrimento de pacientes e familiares, isso também alertou os profissionais de saúde, gestores, instituições e decisores políticos. Entre as estratégias para mitigação dessas situações pode-se citar a mudança de cultura das organizações de saúde: passagem de uma cultura de culpabilização do indivíduo para a cultura de segurança e de aprendizagem com o erro, criação de sistemas de notificação confidencial de eventos adversos, com vistas a incentivar os profissionais a reportá-los, analisar sistematicamente e divulgar os resultados dessa análise para que outros profissionais e pacientes se beneficiem com as informações (Sousa e Mendes, 2019).

No Brasil, pesquisas na área de segurança do paciente surgiram por volta do ano 2000, com influência do panorama mundial onde o tema já estava sendo discutido. É importante ressaltar que nessa mesma época as certificações das instituições de saúde com métodos de avaliação de caráter não-obrigatório e renovável sob a forma de acreditação demonstravam que os processos não estavam organizados de modo a garantir uma assistência segura, além de demonstrar a falibilidade humana, tornando assim esse cenário de assistência a saúde complexo (Bueno e Fassarela, 2012).

A Portaria Ministerial 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas assistenciais com foco na segurança do paciente (Brasil, 2013).

Em consonância aqui se pode citar a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, em seu capítulo III, dos Direitos Básicos do Consumidor, refere que aos consumidores é assegurado “a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos”. Ainda também no Capítulo IV, que dispõe da Qualidade de Produtos e Serviços, da Prevenção e da Reparação dos Danos é dito que os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza, obrigando os fornecedores sob qualquer hipótese a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito (Brasil, 1990; 2012).

Interpreta-se nesses trechos que as informações sobre a exposição aos riscos relacionados à assistência à saúde aos usuários dos serviços de saúde devem ser defendidas, visto que segundo essa lei, o consumidor (usuário do serviço de saúde) é a parte mais fraca, fragilizada na relação de consumo por não conhecer a parte técnica, que diz respeito aos profissionais de saúde (Borges, 2010).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente concebido em 2013 no Brasil, advém de percepções relevantes nacional e internacionalmente quanto a qualidade e segurança dos cuidados prestados em saúde. A portaria cita a relevância e magnitude que os eventos adversos possuem no país, além da recomendação da OMS para a temática. Menciona-se também a importância do trabalho integrado entre os gestores do SUS, os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multidisciplinar (Brasil, 2013).

Considera ainda a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde (Brasil, 2013).

São objetivos específicos do PNSP:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (Brasil,2013).

A RDC 36 regulamenta o PNSP, tendo por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, se aplicando aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (Brasil, 2013). A normativa traz informações acerca da formação e funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que deverá elaborar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), estabelecendo estratégias e atividades para gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, dentre eles: identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de forma sistemática, integrando 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; estímulo a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; promoção do ambiente seguro (Brasil, 2013).

### 3.1.1 Termos e definições relativos à segurança do paciente

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde criou a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, sendo que uma das primeiras iniciativas desta foi desenvolver uma classificação para a segurança do paciente para uniformizar e familiarizar os termos para todas as instituições de saúde (Sousa e Mendes, 2019).

De acordo com a portaria que institui o PNSP (Brasil, 2013), alguns desses termos são:

- a) Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- b) Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;
- c) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;
- d) Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;
- e) Cultura de Segurança: possui cinco características nas quais todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; que a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.
- f) Gestão de Risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação 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 é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. A palavra “desnecessário”, significa que erros, transgressões, abuso de pacientes e atos deliberadamente perigosos podem ocorrer em cuidados de saúde, ou seja, desnecessariamente. Ao contrário de incisões cirúrgicas por exemplo, que representam um dano, mas não é considerada um incidente (*World Health Organization, 2009*).

Existem ainda definições relacionadas aos principais termos voltados a incidentes, demonstrado no quadro abaixo.

**Quadro 1 – Definições relacionadas a Incidentes**

<b>Termo</b>	<b>Definição</b>
Evento	Algo que ocorre ou envolve o paciente/cliente
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer;
Circunstância Notificável	Situação ou fator que que pode influenciar ou ocasionar um evento, agente ou pessoa
Incidente sem lesão/dano	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente
Dano	Dano da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério sobre este. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, podendo ser físico, social ou psicológico.
Erro	Falha na execução de uma ação pretendida ou aplicação de alguma ação incorreta. Pode ser erro de ação (fazer a coisa errada), erro de omissão (falha em fazer a coisa certa). Os erros são, por definição, não intencionais
Violação	Divergência deliberada de um padrão ou regra. Habitualmente são intencionais, mas raramente apresentam tom malicioso, que em certos contextos podem ser rotineiros

Fator de Mitigação	Ação ou circunstância que previne ou modera a progressão de um incidente de causar dano a um paciente
--------------------	---

Fonte: Adaptado de *World Health Organization, 2009*.

Os tipos de incidentes e as consequências para o paciente são categorias consideradas, na estrutura conceitual, clinicamente significativas e reconhecíveis para identificação e recuperação de incidentes. Os incidentes podem ser advindos de ações intencionais (violações) ou não (*World Health Organization, 2009*).

Segundo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (2018) as instituições de saúde que possuem núcleo de segurança do paciente instituído devem mensalmente notificar eventos ocorridos em suas dependências, e essa notificação segue o padrão estabelecido pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Esse padrão apresenta configurações de eventos, conforme quadro:

**Quadro 2 – Configuração de eventos para notificação**

<b>Tipo de Evento</b>	<b>Consequências</b>
Evento adverso leve	Sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem necessidade de intervenções.
Evento adverso moderado	Necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo.
Evento adverso grave	Necessita de intervenções para salvar sua vida, grande intervenção cirúrgica ou teve danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita
Evento sentinela	Evento adverso que culminou em perda grave e permanente de função, ou óbito.

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente, 2018.

É nítida a pressão em todo o mundo para o aumento da segurança do paciente nos processos institucionais, apesar dos erros estarem presentes em qualquer atividade humana em qualquer setor, fazendo parte da cognição de nossa espécie. Quanto mais complexo o sistema ou ação, mais complexo será o risco e eventos adversos associados. Em saúde, nem todos os erros culminam em eventos adversos e nem todos os eventos adversos são resultantes de erros, fazendo com que a ocorrência de erros não seja tarefa fácil de ser interpretada. É necessário entender que para prevenir erros humanos é necessário compreender como acontecem (Brasil, 2017).

### 3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é uma ciência recente que foi incluída nas instituições de saúde, que busca além da segurança dos processos, instalar uma cultura de segurança em todos os segmentos (André, 2021).

Para melhor entendimento da cultura de segurança, é necessário primeiro ter uma definição sobre esse termo. Segundo a Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde é o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança (*Agency for Healthcare Researt and Quality, 2006*).

Em outras palavras, a cultura de segurança do paciente é considerada um importante componente estrutural dos serviços de saúde, que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos, podendo ser definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos que determina o compromisso, o estilo e a proficiência no manejo da segurança dos pacientes nos serviços de saúde (Brasil, 2022).

O conceito de cultura de segurança ganhou atenção após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986. A análise de acidentes graves na indústria mudou o foco de regulamentação e da investigação de atores individuais para os fatores organizacionais, tais como os conceitos de segurança do paciente. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância da criação de uma cultura de segurança do

paciente (Paese, 2010).

De acordo com a Resolução ANVISA nº 36/2013 - Segurança do paciente em serviços de saúde, na Seção III, Art. 3º, a seguinte definição: “II - 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” (Brasil, 2013).

A cultura de segurança, sendo esse conjunto de comportamentos e atitudes acaba por incentivar os profissionais a serem responsáveis por seus atos, no qual o benefício e o entendimento dessa cultura asseguram a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência destes. Estudos apontam a importância de crenças, atitudes e comportamentos que fazem parte da cultura de segurança nos hospitais, podendo ser citados:

- a) Liderança: os líderes precisam reconhecer que o ambiente de saúde é propenso a falhas e riscos, e deve procurar alinhar isso com a missão da instituição, em todos os níveis e categorias profissionais.
- b) Trabalho em equipe: cada vez mais os quadros de saúde dos pacientes nas instituições de saúde se apresentam como desafiantes, portanto, o espírito de colaboração e cooperação devem ser incentivados.
- c) Comunicação: em qualquer ambiente de cuidado a saúde, o profissional tem o direito e o dever de falar em nome do paciente, advogando em favor dele. Além disso, uma comunicação com linguagem clara, bem estruturada e que faz uso de técnicas corretas de expressão é fundamental para promoção da cultura de segurança. Os profissionais devem ser ouvidos, recebendo feedbacks e criando laços de confiança.
- d) Aprendizagem com erros: a instituição não deve usar os erros para efeitos de punição, e sim como oportunidades de novos conhecimentos e melhoria de desempenho, proporcionando um ambiente de aprendizado.
- e) Justiça: reconhece erros como falhas do sistema e não apenas como falhas humanas individuais, porém não deixa de responsabilizar os indivíduos sobre suas ações, formulando perguntas para investigação. É caracterizada pela verdade
- f) Cuidado centrado no paciente: paciente e família vistos como elos entre a instituição e comunidade, onde este é participante ativo de seu cuidado.
- g) Práticas baseadas em evidências: as práticas devem ser padronizadas segundo as evidências científicas disponíveis, para evitar variações em certas situações, afinal,

processos bem desenhados tendem a ser mais confiáveis. Pode-se citar aqui protocolos, checklists e guidelines (Brasil, 2017).

A nova geração de profissionais de saúde está sendo gradativamente capacitada para trabalhar seguindo esses preceitos, para que seja mais amplamente aplicada no futuro, pois é sabido que é um fenômeno complexo promover a cultura de segurança do sistema de saúde (Brasil, 2017).

Para tanto, a inserção desse tema na formação das graduações da área da saúde se constitui fator norteador, pois é na graduação que os futuros profissionais adquirem as atitudes e os comportamentos, além dos conhecimentos e das habilidades, que os guiarão ao longo de suas carreiras. Com base na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que incluiu o ensino desse tema em uma de suas treze áreas estratégicas de ação, o Programa Nacional de Segurança do Paciente também o englobou (André, 2021).

Os profissionais de saúde antigamente não eram permitidos a cometer erros, mesmo na ausência de uma assistência especializada. A medida que a complexidade assistencial evoluiu, e junto a isso o surgimento e aplicação de novas tecnologias, aumentou a possibilidade de erros surgirem. Contrário a isso, cada vez mais era adotada uma cultura com conduta punitiva, de modo a buscar, identificar e punir o indivíduo responsável pelo erro (Bueno e Fassarella, 2012).

Instituições como o *National Quality Forum* (Fórum Nacional de Qualidade) apontam práticas para criar e manter uma cultura de segurança, podendo ser citado: definição de estruturas e sistemas de liderança; avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir; promover trabalho em equipe; identificar e mitigar os riscos e perigos (Brasil, 2017).

Geralmente é encontrado nas instituições de saúde uma cultura de medo enraizada nos profissionais de saúde: medo de errar, de prejudicar o paciente, de ter a carreira destruída. O fato que infelizmente é ignorado é que em situações de eventos adversos, existe uma segunda vítima – o profissional de saúde, que muitas vezes é abandonado pela instituição, passando a sofrer de angústias físicas e emocionais, chegando a casos psicológicos mais graves, como o estresse pós-traumático. Os profissionais de saúde não têm intenção de cometer erros, apenas uma minoria comete algumas violações. Por essa razão é importante conhecer e medir a cultura de segurança do serviço, existindo para isso métodos disponíveis e validados para essa medição (Brasil, 2017).

Mundialmente observa-se a interesse e procura de soluções para diminuir o risco para os pacientes, segurar qualidade nos cuidados em saúde e desenvolver métodos e técnicas confiáveis que determinem o tipo e a natureza da cultura de segurança dos profissionais e das instituições. Nesse ínterim, a avaliação da cultura de segurança é tida como ponto de partida para começar um planejamento de ações de mudança para redução de eventos adversos e que garantam a prestação de cuidados seguros (Reis, 2013).

Pronovost *et al.* (2004) defende que o estabelecimento cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente. Essa avaliação, já requerida por mecanismos de acreditação hospitalar permite identificar e gerir questões relevantes a segurança nas rotinas e condições de trabalho cotidiano, a fim de monitorar mudanças e resultados. Abordagem essa que permite acesso as informações dos colaboradores acerca de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando áreas de maior e menor fragilidade, permitindo planejamento e intervenções assertivas.

### 3.2.1 *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*

O HSOPSC é um questionário desenvolvido com o propósito de avaliar várias facetas da cultura de segurança do paciente e é amplamente utilizado em diversas nações ao redor do mundo. Ele busca avaliar as percepções dos respondentes em relação a questões essenciais sobre segurança, tais como os valores, crenças e normas da organização, o relato de eventos adversos, a comunicação, a liderança e a gestão (Reis; Laguardia; Martins, 2012).

**Quadro 3.** Definição das dimensões avaliadas com o instrumento de avaliação da cultura do paciente em hospitais

Dimensão	Definição
1 - Frequência de eventos notificados.	Relaciona-se com o relato de possíveis problemas de segurança do paciente e de eventos identificados ou erros percebidos e corrigidos antes que esses afetem o paciente.
	Avalia se informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das

2 - Percepção geral da segurança do paciente.	unidades do hospital e durante as mudanças de plantão / turno.
3 - Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/ gerentes.	Avalia se os supervisores e gerentes levam em consideração as sugestões dos colaboradores para aprimorar a segurança do paciente e se reconhecem a contribuição dos colaboradores na implementação de melhorias na segurança do paciente.
4 - Aprendizado organizacional e melhoria contínua.	Avalia se existe um processo de aprendizado a partir de erros que resulta em mudanças positivas e verifica a eficácia das alterações implementadas.
5 - Trabalho em equipe dentro das unidades	Identifica se colaboradores apoiam uns aos outros, tratam-se com respeito e trabalham juntos como uma equipe.
6 - Abertura da comunicação	Avalia se os colaboradores do hospital conversam livremente sobre os erros que podem afetar o paciente e se eles se sentem livres para questionar os colaboradores com maior autoridade.
7 - <i>Feedback</i> informações e da comunicação sobre erro.	Avalia a percepção dos colaboradores no hospital, se eles notificam erros que ocorrem, se implementam mudanças e discutem estratégias para evitar erros no futuro.
8 - Respostas não punitiva ao erro.	Avalia como os colaboradores se sentem com relação aos seus erros, se eles pensam que os erros cometidos por eles possam ser usados contra eles e mantidos em suas fichas funcionais.
9 - Dimensionamento de profissionais.	Avalia se os colaboradores são capazes de lidar com sua carga de trabalho e se as horas de trabalho são adequadas para oferecer o melhor atendimento aos pacientes.

10 - Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.	Avalia se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente e demonstra que a segurança do paciente é prioritária.
11 - Trabalho em equipe entre unidades.	Avalia se as unidades do hospital cooperam e coordenam-se entre si para promover um cuidado de alta qualidade para os pacientes.
12 - Passagem de plantão / turno e transferências internas e externas	Avalia informações importantes sobre o cuidado aos pacientes é transferida através das unidades do hospital e durante as mudanças de plantão / turno.

Fonte: Adaptado de Reis (2013).

Esse instrumento possibilita a mensuração das percepções individuais e por unidade ou setor hospitalar dos funcionários que têm contato direto ou indireto com os pacientes e que dedicam a maior parte de seu tempo de trabalho no hospital. Suas aplicações incluem: identificação de áreas que necessitam de melhorias na cultura de segurança, avaliação da eficácia das ações implementadas ao longo do tempo para aprimorar a segurança, comparação com outras organizações interna e externamente para identificar diferenças na cultura de segurança, e a priorização de esforços para fortalecer a cultura, identificando suas áreas mais vulneráveis (Sorra; Nieva, 2004).

A maior parte dos estudos que avalia cultura de segurança em organizações de saúde utiliza questionários como instrumento de coleta de dados. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados como uma estratégia eficiente, por ser anônima e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas para coletar dados sobre cultura de segurança (Flin *et.al.*, 2006).

Uma variedade de instrumentos com diferentes características está disponível para avaliar a cultura de segurança do paciente em serviços de saúde, sendo que a seleção do questionário utilizado depende de sua finalidade, das perguntas às quais se pretende responder, podendo ser citados *Medication Safety Self Assessment – MSSA*, *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey – HTSSCS.*, *Strategies for Leadership: an Organizational Approach to Patient Safety – SLOAPS*, *Culture of Safety Survey – CSS*, *Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire –*

VHA, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC* e o *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*. O HSOPSC satisfaz os critérios de confiabilidade e validade, e que, portanto, poderia ser utilizado quando se pretende medir cultura de segurança no contexto hospitalar, visto que é um instrumento de avaliação de cultura de segurança usado em várias instituições mundiais, em diversos níveis de desenvolvimento, com objetivo de compreender o grau de assimilação e capilaridade da segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde, e de sua valorização na cultura organizacional. O HSOPSC foi desenvolvido e disponibilizado pela Agency Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América (EUA) em 2004. Ele questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, relato de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão, e possui um tempo relativamente curto para ser respondido (Reis, 2013).

A ferramenta auxilia a mensurar a percepção individual por unidades da instituição, dos colaboradores que possuam ou não contato direto com os pacientes, oportunizando diversos usos, entre eles: identificar áreas que necessitam de melhorias, avaliar efetividade de ações de melhoria já implementadas, comparação de culturas de segurança interna e externa, direcionar esforços para fortalecimento da cultura de segurança através das fragilidades, abrange 12 dimensões ou fatores da cultura de segurança em escala de múltiplos itens (Sorra e Nieva, 2004).

### 3.3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Identificar corretamente o paciente é a primeira meta internacional de segurança, sendo que a identificação é uma ação presente nas vidas dos indivíduos desde seu nascimento. Ao ter que se submeter a algum tipo de tratamento em alguma instituição de saúde, esses indivíduos se despersonalizam e muitas vezes passam a ser um ocupante de um leito com uma patologia específica, pois muitas vezes é prática comum entre os profissionais de saúde identificar os pacientes dessa maneira. Processos falhos na identificação dos pacientes estão ligados a causa mais comum da ocorrência de eventos adversos, dentre eles falha na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascidos (Brasil, 2017).

A identificação correta tem por objetivo identificar de forma assertiva o indivíduo

a quem ou qual se destina o cuidado em saúde, evitando a ocorrência de eventos adversos. Um dos maiores desafios internacionais da segurança do paciente para as instituições de saúde é a garantia da identificação correta do paciente. Infelizmente, as falhas na identificação podem ocorrer em todas as fases do cuidado dos pacientes e em várias áreas da saúde (Coren SP, 2022).

A identificação incorreta do paciente foi descrita como a principal causa raiz de diversos eventos adversos na área da saúde. Não foi ao acaso que a *Joint Commission International* (JCI) junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) elencaram como primeira meta de segurança a melhoria da precisão da identificação do paciente e esta continua a ser um requisito para a acreditação hospitalar (Abdellatif *et. al* 2007 apud Coren SP, 2022).

A falha na identificação do paciente pode ocorrer já em seu ingresso no sistema de saúde: equívocos no cadastro de admissão de pacientes, tais como nomes difíceis, nomes oriundos de outras nacionalidades, imprecisão na data de nascimento de pacientes muito idosos podem favorecer a ocorrência de falhas. Junto a isso, a entrada de dados errados no sistema informatizado propaga erros em várias etapas de atendimento. Outra situação que pode ocasionar erros são pacientes com nomes iguais ou semelhantes internados em um mesmo quarto, onde são uma provável fonte de erros de incidentes relativos à troca de medicamentos, exames, procedimentos cirúrgicos, troca de informações na passagem de plantão ou mesmo troca de bebês em maternidades. Até mesmo o próprio paciente pode ser causa de erros, quando usa documentos de outras pessoas para acessar o serviço, ou até mesmo pelo fornecimento impreciso de informações suas, em especial o nome (Brasil, 2017).

Segundo Brasil (2017) a padronização da identificação entre os serviços de saúde auxilia na segurança, pois a ausência desse padrão gera confusão no paciente que acessa vários serviços e no profissional que pode laborar em mais de uma instituição. Práticas recomendadas para redução desses incidentes incluem uso de pulseiras de identificação, rotina de conferência no primeiro contato com o paciente, uma vez no turno, a cada troca de plantão, assim como no recebimento e expedição de transferências para exames e procedimentos.

As pulseiras são a forma mais comum de identificação do paciente para o alcance dessa meta de segurança, e problemas como a falta de pulseiras ou informações incorretas limitam a eficácia desse processo. Os identificadores recomendados podem ser o nome completo do indivíduo, um número de identificação

(exemplo: data de nascimento da pessoa) ou outro identificador específico da pessoa (exemplo: nome da mãe), sendo utilizado no mínimo dois identificadores. Existem tecnologias mais recentes que melhoram a identificação do paciente, como o uso de código de barras, *QRcode*, biometria (Coren SP, 2022).

As dificuldades acerca da identificação muitas vezes são relacionadas a questões culturais, como o preconceito do uso de pulseiras, ou ao uso de roupas que ocultam esse dispositivo, ou ainda nomes provenientes de outras culturas. Além disso, existe a percepção entre os profissionais que a frequente checagem irá comprometer o serviço. Embora seja uma prática recomendada, ainda existem instituições que não utilizam pulseiras, mas apenas identificadores de leitos (Brasil, 2017).

Os profissionais de saúde nem sempre estão cientes de incidentes relativos a identificação, levando a subestimar esse problema. Observa-se também que a frequência de erros de identificação do paciente é alta em centros cirúrgicos e setores de emergência, locais onde a tomada de decisão pela equipe clínica deve ser rápida e os resultados por essa falha são críticos (*Joint Commission International*, 2019).

Entre as boas práticas de identificação do paciente, é recomendado:

1. Usar pelo menos dois identificadores do paciente ao administrar medicamentos, sangue e hemoderivados, ao coletar amostras de sangue e outras amostras para testes laboratoriais; e ao fornecer tratamentos ou procedimentos. O número do quarto do paciente ou localização física não deve ser usado como um identificador
2. Rotular os recipientes usados para coleta de sangue e outras amostras na presença do paciente. Solicitar que o paciente confira seus dados na identificação.
3. Antes de iniciar a transfusão de sangue ou hemocomponentes conferir os dados da bolsa de hemocomponente com a prescrição médica, o sangue ou hemocomponente, processo de verificação de dois profissionais (dupla checagem) ou um processo de verificação de uma pessoa acompanhado por tecnologia de identificação automatizada, como código de barras.
4. Pacientes recém-nascidos: Usar métodos distintos de identificação aos pacientes (Coren SP, 2022).

### 3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

O sistema de saúde brasileiro encontra-se hierarquizado em três níveis de atenção à saúde: atenção básica, de média e de alta complexidade, sendo que cada

um desses deve participar da atenção às urgências, porém respeitando seus limites de complexidade e capacidade resolutive. No entanto, a falta de articulação entre esses níveis, somados ao aumento populacional, acidentes de trânsito e violências ocasionou uma superlotação nas emergências hospitalares. Nesse cenário, as UPA (Unidades de Pronto Atendimento) se apresentam como estratégia para uma melhor organização da assistência, articulação de serviços e definição de fluxos e referências mais resolutivas, vindo ao encontro da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, estando em nível intermediário da assistência, constituindo um serviço de saúde pré-hospitalar fixo. Compete a essas unidades realizar acolhimento com classificação de risco, atendendo de forma resolutive quadros agudos ou crônico agudizado, casos de baixa complexidade em períodos em que a rede básica não está ativa, além de auxiliar na estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (Oliveira *et.al*, 2015).

O setor de emergência apresenta maior probabilidade de ocorrência de eventos que comprometam a segurança do paciente (Santos e Soratto, 2018).

Segundo Diz e Lucas (2022) a segurança do paciente deve ser sempre o objetivo dos cuidados prestados nos serviços de urgência, tarefa que nem sempre é fácil devido os processos que ali ocorrem: pacientes em condições complexas, ambiente de difícil controle e equipe multiprofissional envolvida em várias transferências intersetoriais, de alta pressão, restrição de tempo e várias interrupções que facilitam falhas de comunicação. Isso torna as unidades de urgência e emergência um ambiente vulnerável a riscos para a segurança do paciente.

O objetivo dos serviços de urgência e emergência é diminuir a morbimortalidade, assim como sequelas que podem impactar diretamente na vida do paciente, e para isso são necessários alguns recursos como infraestrutura, recursos humanos capacitados e recursos materiais, de forma a garantir uma assistência efetiva e de qualidade (Azevedo *et.al*, 2010).

No setor de emergência destacam-se pontos relevantes, tais como a segurança no uso de fármacos e de equipamentos na prática clínica para o cuidado em saúde. É importante salientar que embora seja um local de alta demanda, não há justificativa para comprometer a segurança do paciente que busca o serviço para melhoria de sua condição de saúde (Alba e Mathias, 2009).

Em uma revisão de literatura conduzida por Silva *et.al* (2019) apontou três

categorias que demonstram fragilidade na segurança do paciente em unidades de urgência e emergência: fatores organizacionais, falhas na comunicação da equipe e fragilidades no processo de medicação.

Considerando as emergências em unidades de pronto atendimento, a identificação do paciente desde sua admissão é salutar para evitar a ocorrência de incidentes. Outros fatores potencializam tais riscos, como a alteração do nível de consciência, ressaltando a importância da adoção do protocolo de identificação, que aplicado contribui para que o cuidado seja prestado ao indivíduo ao que se destina, evitando possíveis incidentes e erros (Paixão *et.al*, 2018).

É preciso que os profissionais atuantes em unidades que atendam urgências e emergências incorporem a cultura de segurança como uma exigência de práticas seguras, evitando infrações éticas e eventos adversos que impactem no paciente, no profissional e no serviço (Santos e Soratto, 2018).

Segundo Paixão (2017) há deficiência na sistematização institucional para identificação dos pacientes em unidades de atendimento não hospitalares, como as UPA e PAM, sendo reconhecido pelos profissionais como potenciais agentes de eventos adversos, refletindo uma fragilidade nesses serviços.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE PRODUTO

Trata-se de um produto tipo Protocolo, voltado a identificação do paciente em uma unidade de pronto atendimento, do subtipo Processo Organizacional de um serviço de saúde.

Os Protocolos consistem em um conjunto de informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, uma técnica, um ofício ou procedimento. Pode ser impresso ou digital, que estabelece como se deve atuar em certos procedimentos (PPGSCol, 2019).

### 4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O produto foi desenvolvido em Forquilha, município brasileiro situado no sul do estado de Santa Catarina. Segundo estatísticas do IBGE em 2022 possui uma população de 31.431 pessoas, sendo o terceiro maior município da região carbonífera. A economia do município é baseada na extração de carvão, indústria metalmeccânica, agroindústria, agricultura e comércio.

Para construção do Protocolo de Identificação do Paciente considerou-se o serviço de Pronto Atendimento em Saúde, serviço municipal que presta atendimento à população em urgência e emergência, localizado na Rua Prof. Arlindo Junkes, 257 – Centro, com horário de funcionamento das 06:00 às 00:00h, que também funciona como base do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) da cidade. Atuam nesse cenário profissionais de saúde vinculados a administração municipal, que atendem os munícipes e pacientes de cidades circunvizinhas, perfazendo cerca de 4 mil atendimentos/mês. Os profissionais de saúde ligados a administração municipal trabalham em turnos de 18X48 horas, contando com 03 equipes assistenciais distribuídos em dias de plantões alternados, além da equipe de profissionais médicos que são contratados em regime terceirizado, possuindo escala própria de plantões.

### 4.3 PÚBLICO ALVO

Podem ser citados dois públicos-alvo para esse protocolo: em nível proximal os profissionais de saúde atuantes na instituição, a partir da construção do protocolo e

capacitação. E em nível distal, após a implantação, os usuários atendidos no Pronto Atendimento de Forquilha – SC, uma vez que passarão a receber identificação durante o atendimento, podendo usufruir de um cuidado mais seguro.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

Nesta sessão são apresentadas as etapas de elaboração do protocolo de identificação correta do paciente relativo ao presente trabalho.

##### **4.4.1 Revisão de literatura para estruturação do produto**

Foi efetuada uma revisão de literatura nas bases de dados, na qual foram selecionados artigos, livros e manuais com assuntos relacionados a todos aspectos ligados a segurança e identificação do paciente.

Essa revisão de literatura teve como objetivo contribuir para estruturação teórica a ser usada no processo de construção do protocolo, perpassando temáticas como a segurança do paciente nos serviços de saúde e sua importância para os profissionais de saúde.

##### **4.4.2 Apresentação da proposta ao município e levantamento de necessidades**

Foi realizada apresentação do escopo do projeto aos *stakeholders* do município, incluindo nesse grupo secretário de saúde, secretária adjunta e coordenação de enfermagem do município de Forquilha. O objetivo dessa etapa foi sensibilizar a gestão sobre princípios da segurança do paciente e apresentar a proposta do projeto, com a pesquisa de cultura de segurança do paciente e a ideia do protocolo de identificação do paciente. Nessa oportunidade a gestão apresentou as necessidades do município com relação a segurança do paciente e características do local de desenvolvimento da proposta, em todo momento abertos a discussões e melhorias nesses aspectos.

##### **4.4.3 Participantes da construção e validação do protocolo**

O protocolo foi concebido e formulado pela autora, a partir da etapa de revisão de literatura, e a seguir foi validado pelo grupo de *stakeholders*, sendo estes o

secretário municipal de saúde, secretária adjunta, coordenação de enfermagem do município, coordenação geral do PAM e profissionais de saúde representantes do PAM.

#### **4.4.4 Validação do protocolo e pesquisa da cultura de segurança**

O processo de validação do protocolo ocorreu em diferentes etapas, as quais são destacadas a seguir:

a) Validação do protocolo: o protocolo de identificação correta do paciente foi estruturado pela pesquisadora e validado pela equipe da secretaria de saúde de Forquilha, junto a coordenação geral do PAM e profissionais representantes, através de reunião de consenso.

b) Pesquisa de cultura de segurança do paciente: com a finalidade de conhecer a cultura de segurança local e sensibilizar sobre pontos críticos desse aspecto e embasar a capacitação sobre o protocolo de identificação do paciente, foi realizada pesquisa usando o E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar disponibilizado pela ANVISA via web, que foi respondido via internet pelos profissionais atuantes no PAM através de envio de *link* para acesso a pesquisa que pudessem responder o questionário a qualquer momento, devido demanda de trabalho no local no momento da coleta de dados.

A população de estudo foram profissionais atuantes no PAM de Forquilha, com amostra censitária totalizando 19 profissionais. Salientado aqui que foram abertos 27 questionários, porém apenas 19 foram finalizados na plataforma.

Os critérios de inclusão foram: atuar no Pronto Atendimento Municipal de Forquilha. Critérios de exclusão: possuir menos de 18 anos e não aceitar participar da pesquisa.

A análise estatística dos dados foi descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Já as variáveis quantitativas foram apresentadas em média e desvio padrão.

O E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar consiste em um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da Cultura de Segurança do Paciente em hospitais brasileiros, que foi desenvolvida pela CNPq QualiSaúde da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e encontra-se disponível em <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/login/?next=/indicadores/avaliacao/3708/>. O sistema integra dois aplicativos gratuitos que dispõem de uma versão traduzida e adaptada para o Brasil do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos. Esse sistema permite o envio e preenchimento automático de questionários aos profissionais e gera indicadores referentes às 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. O relatório é produzido em tempo real conforme os profissionais respondem o questionário, facilitando o feedback aos interessados e promoção de intervenções de melhoria, sendo que todas as informações enviadas no cadastro do aplicativo e obtidas pela avaliação da cultura são sigilosas. Além disso, o conteúdo das respostas dos profissionais é totalmente sigiloso, pois o sistema não identifica o profissional que respondeu cada questionário.

Além disso, é possível inserir termos de consentimento na plataforma, personalizado as necessidades da pesquisa. Todos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 (TCLE1) (apêndice A), que foi disponibilizado na plataforma do E-Questionário HSOPSC. Os dados coletados foram dispostos em gráficos disponibilizados pela própria plataforma do E-Questionário, onde posteriormente foram analisados, e avaliadas as variáveis de acordo com as dimensões do questionário. Cada uma das 12 dimensões possui de 3 a 4 itens. São 3 dimensões relacionadas ao hospital, 7 dimensões relacionadas à unidade de trabalho dentro do hospital, e duas variáveis de resultado. De acordo com as respostas em cada uma dessas dimensões, será possível identificar a classificação do hospital no que tange a segurança do paciente.

Os itens do instrumento HSOPSC foram avaliados utilizando uma escala de cinco (5) pontos, com categorias de resposta que indicavam o grau de concordância. A consistia nas seguintes opções: 1 – Discordo Totalmente, 2 – Discordo, 3 - Não concordo nem discordo, 4 – Concordo, 5 - Concordo totalmente. Além disso, alguns itens eram respondidos por meio de uma escala de frequência de 5 pontos, com as seguintes alternativas: 1 - nunca, 2 – Quase nunca, 3 - às vezes, 4 - quase sempre e 5 - sempre.

A metodologia empregada envolvia a combinação das duas categorias mais elevadas de resposta ('Concordo totalmente'/'Concordo' e 'Na maioria das vezes'/'Sempre') para os itens formulados de forma positiva, e as duas categorias mais

baixas de resposta ('Discordo totalmente'/'Discordo' e 'Nunca'/'Raramente') para itens formulados de maneira negativa. Para itens redigidos de forma negativa, a porcentagem de respostas positivas combina o percentual de profissionais que respondeu “Discordo totalmente” ou “Discordo”, ou “Nunca” ou “Quase Nunca”.

A sessão 04 dos resultados obtidos no relatório do E-questionário corresponde a questionamentos extras relacionados a indicadores de boas práticas, que não será exposto e nem discutido nesse trabalho, por não fazerem parte do questionário HSOPSC 1.0).

Capacitação para o protocolo de identificação correta do paciente: foram realizados encontros com os profissionais de todos os plantões para conscientização sobre a segurança do paciente, apresentação breve dos resultados da pesquisa de cultura de segurança e capacitação para aplicação do protocolo, sendo que os encontros foram realizados na estrutura física do PAM, em horários de trabalho onde a demanda de atendimentos era menor, já acordado previamente com a coordenação do local. No treinamento foi usado computador para apresentação.

Para que o protocolo de identificação do paciente pudesse ser implementado, foram adquiridas pulseiras para identificação dos pacientes que acessam o PAM, que além de já serem acolhidos com classificação de risco na instituição e receberem pulseiras de acordo com seu quadro clínico, receberam pulseiras específicas para sua identificação pessoal e de acordo com condições e riscos para identificação.

#### **4.4.5 Encontros para sensibilização e capacitação para aplicação do protocolo**

Foram realizados encontros com os profissionais do PAM em horários oportunos já previamente acordados com a coordenação do local, sendo um encontro com cada equipe de plantão, estruturado da seguinte maneira:

#### **Quadro 04 – Plano de Encontro para Capacitação**

<b>Plano de Encontro – Capacitação para aplicação do protocolo de Identificação correta do paciente no PAM Forquilha</b>
<b>Responsável:</b> Mestranda Chayenne Ricken
<b>Descrição:</b> Capacitação para Identificação do Paciente do Pronto Atendimento Municipal de Forquilha, que visa ofertar um treinamento sobre a importância da identificação dos pacientes no contexto da segurança assistencial, subsidiando a

implantação de um protocolo que mitigará a ocorrência de eventos adversos que possam atingir o paciente e equipe.

**Objetivos:**

- a) Identificar conceitos relativos à segurança do paciente;
- b) Refletir acerca dos temas relativos à segurança do paciente
- c) Conhecer alguns resultados acerca da pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente coletados na unidade;
- d) Capacitar para aplicação do Protocolo de Identificação do Paciente;
- e) Promover reflexão crítica das práticas assistenciais seguras.

**Etapas do Encontro**

*1. Introdução:* consistiu na apresentação da proposta e do objetivo do projeto e para identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias a respeito da segurança do paciente. Todos que participarem dos encontros assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 (TCLE2) (APENDICE B).

*2. Desenvolvimento:* esta etapa foi dividida em 03 momentos:

Primeiro momento: apresentação dos conceitos de segurança de paciente e aspectos do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Segundo momento: apresentação breve dos principais resultados da pesquisa de cultura de segurança do paciente no PAM.

Terceiro momento: apresentação do Protocolo de Identificação do Paciente e treinamento para sua aplicação no cotidiano de trabalho.

*3. Conclusão:* fechamento e avaliação do encontro, bem como acolhimento de dúvidas quanto aos assuntos abordados no encontro.

Fonte: do autor, 2023.

Os encontros para essa capacitação foram realizados em três períodos em dias diferentes, buscando contemplar todos as três escalas de plantões dos profissionais, que foram respectivamente nos dias 24/11, 25/11 e 26/11 (sexta no período da manhã, sábado período da tarde e domingo à tarde), previamente acordados com a coordenação do local devido o fluxo de atendimento ser menor nesses dias, com duração média de 30 minutos cada. A equipe foi dividida em grupos menores para que não houvesse prejuízo a assistência.

As capacitações foram feitas na sala administrativa do pronto atendimento, em grupos de 2 a 4 pessoas, conforme possibilidade da equipe no momento do

treinamento, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para esse fim (anexo B).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa passou por apreciação ética e foi aprovado de acordo com o parecer número 6.333.624 e CAAE: 74355023.4.0000.0119 que resguardou os direitos do participantes conforme resolução 466/2012 do CNS.

Os sujeitos do estudo assinaram termo de consentimento que assegura o sigilo da identidade dos participantes. Esse termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

A Resolução 466/12 aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incorpora “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (Brasil, 2012, p. 01).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (Brasil, 2012, p. 2).

##### **4.5.1 Riscos e Benefícios da Pesquisa**

Em relação aos riscos, pode haver perda da confidencialidade dos dados, mas este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais dos participantes. Devem ser resguardados os valores éticos recomendados pela Resolução 466/12 da pesquisa com seres humanos. É preservado o sigilo aos participantes da pesquisa, onde será explicado os passos da pesquisa e seus objetivos, além do direito de desistirem em qualquer fase da aplicação do questionário online ou do treinamento que será aplicado.

Como benefícios, foi traçado o perfil da cultura de segurança do paciente pela equipe do PAM de Forquilha. Com a pesquisa e sua análise, houve um direcionamento para conscientização sobre segurança do paciente em seu local de trabalho, além de instrumentalizar a secretaria de saúde sobre aspectos a serem otimizados nesse quesito, subsidiando a implantação do protocolo de identificação do paciente.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 SENSIBILIZAÇÃO DA GESTÃO, APRESENTAÇÃO DO TEMA E CONCEPÇÃO DO PROTOCOLO

O município de Forquilha apresenta números consideráveis de atendimento no Pronto Atendimento Municipal (cerca de 4.000 atendimentos/mês), o que implicaria em possuir processos eficientes e bem definidos para garantir a segurança do paciente e profissionais. Não existem registros oficiais acerca de eventos adversos em saúde no município, que também não possui Núcleo de Segurança do Paciente implantado, mas os erros em saúde são inerentes à assistência. Aliado a isso, a autora deste trabalho sensibilizada com a situação, concebeu o projeto para o trabalho. Ao longo da aplicação do questionário de Cultura de Segurança do Paciente e conversas com a gestão local, percebeu-se baixo conhecimento sobre a temática, incluindo a ocorrência, riscos, complicações e consequências dos eventos adversos.

A partir dessa contextualização, buscou-se a concepção de um trabalho de sensibilização e qualificação sobre a segurança do paciente no PAM, com atenção especial a primeira meta internacional de segurança, que é a Identificação correta do paciente, ofertando benefícios para profissionais e para a população usuária do serviço.

Diante do exposto, no mês de novembro de 2023, após assinatura da Carta de Aceite (Anexo 01) pelo secretário municipal de saúde, aprovação no CEP e qualificação do projeto, ocorreu apresentação detalhada do projeto a coordenação do PAM, que demonstrou interesse na realização do trabalho e deixou a disposição o espaço do serviço de saúde para a realização da pesquisa de cultura com finalidade de coletar as percepções e opiniões dos profissionais acerca da segurança do paciente, e para as capacitações relativas a aplicação do protocolo proposto pela autora. O documento foi enviado previamente para análise da equipe, o qual foi bem recebido por estes desde seu envio para prévia leitura e considerações.

O protocolo de identificação do paciente foi concebido de modo a ser aplicável no contexto da realidade do pronto atendimento municipal. Buscou-se contemplar aspectos sugeridos pela administração e dos profissionais para sua concepção, bem como adequação, tal como uma metodologia de identificação de populações especiais

para atendimentos com baixa prioridade de urgência (tais como pessoas com deficiências, deficiências ocultas, autistas, etc).

O documento foi fundamentado em literaturas pertinentes e atuais sobre o assunto, buscando trazer as melhores referências para a realidade do serviço.

O protocolo foi validado através de consenso entre a equipe da secretaria de saúde municipal, coordenação do pronto atendimento e profissionais do serviço (conforme apêndice G).

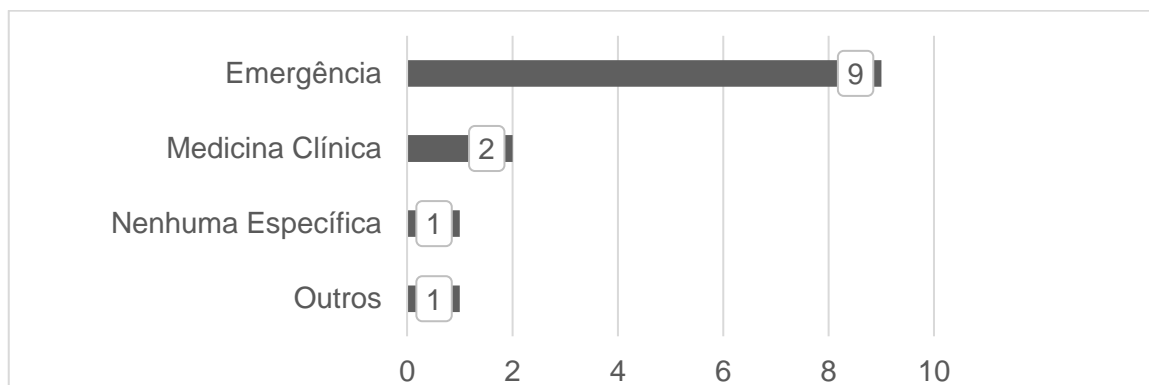
## 5.2 AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

### 5.2.1. Caracterização dos participantes

O presente estudo, conforme relatório da coleta de dados, foi ofertado para 27 profissionais de um Pronto Atendimento Municipal. Dentre esses 70% (n=19) aceitaram finalizaram o questionário. A primeira dimensão do instrumento abordou questões quanto a caracterização dos participantes, conforme apresentado nos gráficos da seção.

Com relação as categorias dos profissionais a maioria (n=9) atua na Emergência, conforme demonstra o gráfico 1. Cabe destacar que em alguns setores que nenhum profissional participou, sendo esses: Radiologia, Laboratório, Anestesiologia, Unidade de terapia intensiva, Cirurgia, Pediatria, Obstetrícia, Psiquiatria, Farmácia e Reabilitação.

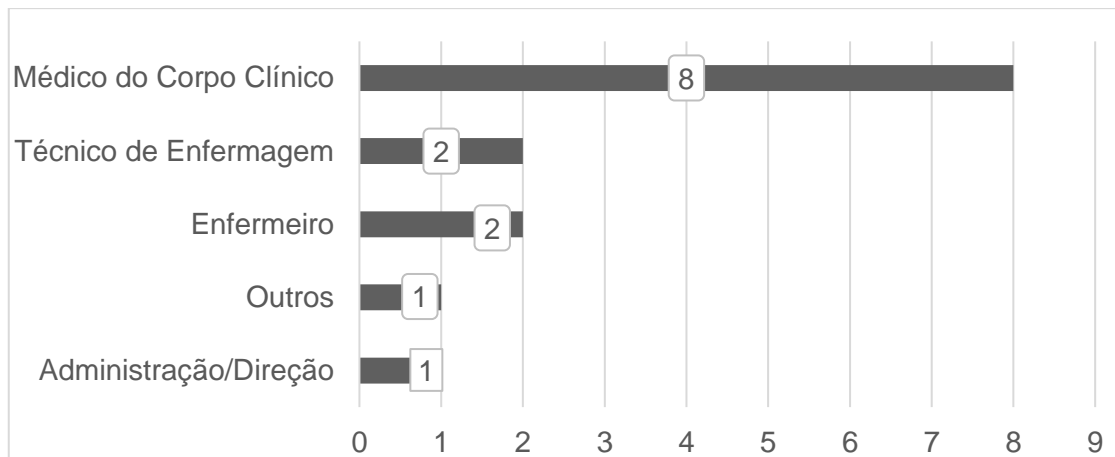
**Gráfico 1** – Distribuição dos setores de atuação dos trabalhadores do PAM



Fonte: Autora, 2024.

Além disso, com relação as categorias profissionais, salienta-se, que dos 19 respondentes apenas 14 informaram suas profissões. Dentre os respondentes a maioria (n= 8) declararam ser Médicos do Corpo Clínico, também participaram Enfermeiros (n=2), Técnicos de Enfermagem (n=2) e profissionais da administração/direção (n=1), e outros (n=1) conforme apresentado no Gráfico 2. Diversas categorias profissionais não tiveram nenhum representante, sendo elas: Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Técnico, Auxiliar administrativo/Secretário, Auxiliar de Enfermagem, Médico Residente, Nutricionista, Farmacêutico, Odontólogo e Assistente Social.

**Gráfico 2** – Distribuição do enquadramento funcional dos trabalhadores do PAM



Fonte: Autora, 2024.

Quanto a questão relacionada ao tempo de trabalho na instituição, foram 11 profissionais respondentes. Dentre esses, ressalta-se que a maioria (n=6) atuavam a menos que 1 ano, seguidos pelos que trabalhavam de 2 a 5 anos (n=4). Ainda houve os profissionais que trabalham a mais de 6 a 10 anos, conforme gráfico 3.

**Gráfico 3** - Tempo de trabalho na instituição



Fonte: Autora, 2024.

Quanto a questão relacionada ao tempo de trabalho na área/unidade atual, foram 9 profissionais que responderam. Dentre esses, ressalta-se que a maioria (n=4) atuavam a menos que 1 ano, seguidos pelos que trabalhavam de 2 a 5 anos (n=3). Ainda houve os profissionais que trabalham a mais de 6 anos ou mais, conforme apresentado no gráfico 4.

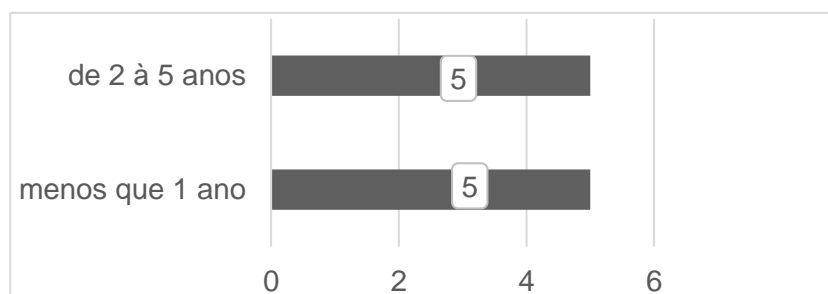
**Gráfico 4** – Distribuição do tempo de atuação no PAM



Fonte: Autora, 2024.

Quanto ao tempo trabalhado na especialidade/profissão atual, 10 profissionais responderam. Dentre esses, todos atuavam a 5 anos ou menos que 1. E ressalta-se que nenhum trabalhava a mais de 5 anos, conforme apresentado no gráfico 5.

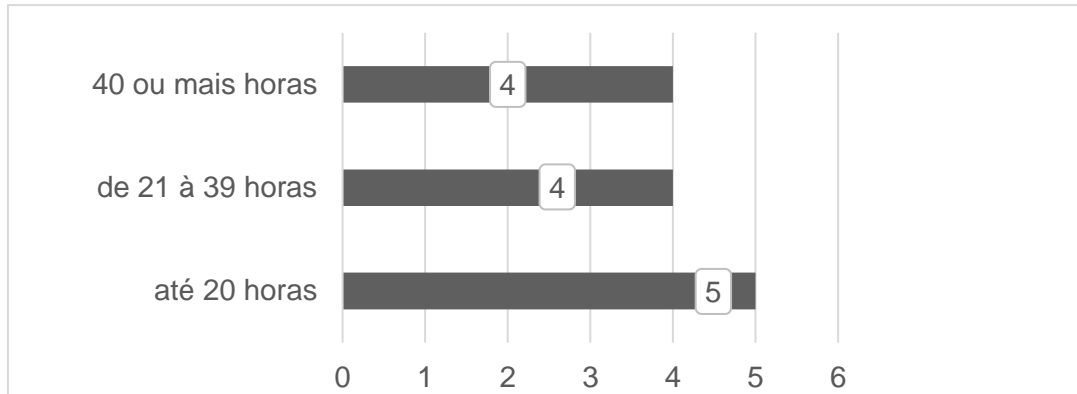
**Gráfico 5** – Distribuição do tempo trabalhado na especialidade/profissão (anos)



Fonte: Autora, 2024.

Posteriormente na questão sobre a carga horária semanal de trabalho dos participantes na instituição, 13 profissionais responderam. Dentre esses, sendo que 5 atuavam até 20h/semana, ainda alguns (n=4) trabalhavam entre 21 e 39h/semana e os demais (n=4) trabalhavam mais de 40h/semana. Esses achados são apresentados no gráfico abaixo.

**Gráfico 6 – Distribuição da carga horária semanal dos trabalhadores do PAM**



Fonte: Autora, 2024.

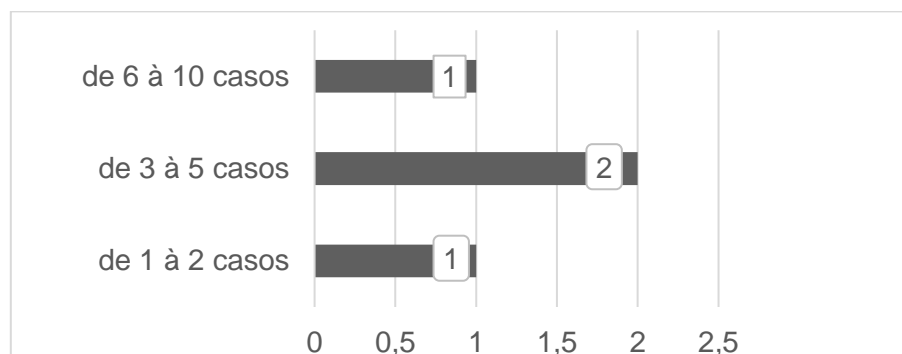
Por fim, a última questão da dimensão 1 se referia a interação ou contato direto com os pacientes, foram 14 profissionais respondentes, dos quais todos afirmaram que costumam ter contato ou interação direta com os pacientes.

### 5.2.2 - Cultura de Segurança do Paciente

Nesta seção são apresentados os resultados, primeiramente, com uma visão geral da cultura do paciente e após as respostas a cada item de cada dimensão do questionário.

Nessa primeira etapa a questão inicial se referia a quantidade de eventos adversos notificados pelos profissionais que responderam o instrumento de avaliação da cultura do paciente. Quanto a essa questão, foram 4 profissionais que responderam, sendo que todos referiram ter relatado até 10 casos, conforme apresentados no gráfico 7.

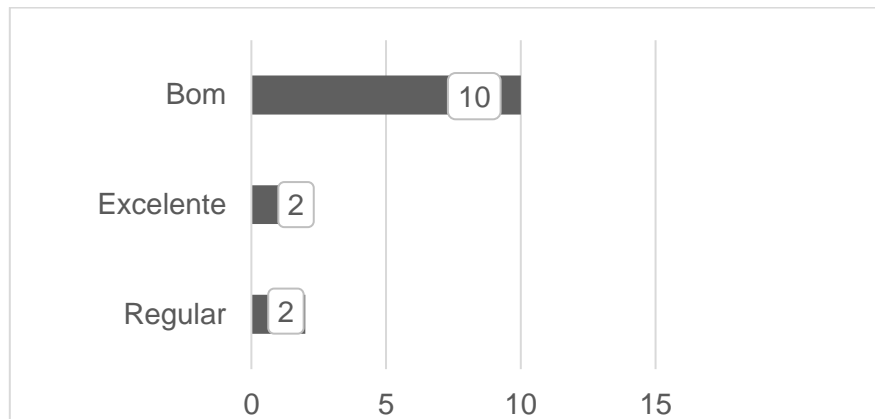
**Gráfico 7 - Quantidade de eventos adversos notificados**



Fonte: Autora, 2024.

Além disso, a segunda questão dessa dimensão se referia a percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho pelos profissionais que responderam o instrumento de avaliação da cultura do paciente. Sendo que, houve 14 respondentes, a maioria (n=10) declararam possuir uma “boa” percepção da segurança do paciente. Salienta-se que nenhum respondente marcou como “péssimo” ou “ruim”.

**Gráfico 8** - Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho



Fonte: Autora, 2024.

Posteriormente, com relação ao quantitativo de respostas por dimensão, o instrumento gerou uma tabela com a porcentagem de respostas por cada dimensão. Cabe ressaltar que os valores acima de 50%, se referem a dimensões potenciais e os que se encontram abaixo de 50%, são caracterizados como pontos de fragilidade. Nesse sentido, apresentaram-se as dimensões “Resposta não punitivas para erros” e “Frequência de eventos notificados” como pontos de fragilidade e os demais como dimensões potenciais, conforme apresentados na tabela abaixo.

**Quadro 05** - Índices de respostas positivas por cada dimensão

Dimensões	Positivas	Classificação
1. Frequência de eventos notificados	48,9%	
2. Percepção de segurança	52,1%	
3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	64,8%	

4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	<b>61,5%</b>	
5. Trabalho em equipe na unidade/serviço	<b>74,3%</b>	
6. Abertura para comunicações	<b>60,0%</b>	
7. Feedback e comunicação sobre erros	<b>54,0%</b>	
8. Resposta não punitivas para erros	<b>24,5%</b>	
9. Dimensionamento de pessoal	<b>54,7%</b>	
10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	<b>68,1%</b>	
11. Trabalho em equipe entre unidades	<b>75,9%</b>	
12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	<b>75,0%</b>	

\*Interpretação da classificação:

Porcentagem de resposta positiva menor que 50% estão sinalizadas em vermelho.

Porcentagem de resposta positiva entre 50-74% estão sinalizadas em amarelo.

Porcentagem de resposta positiva maior que 75% estão sinalizadas em verde.

Fonte: Autora, 2024.

A seguir são apresentados os resultados de cada item por dimensão da cultura de segurança do paciente. Os resultados são apresentados de acordo com a distribuição de respostas positivas, negativas e neutras. Os valores que se encontram abaixo de 50% são caracterizados como pontos de fragilidade, as demais dimensões que apresentaram índices entre 50% e 74% das respostas positivas estão enquadradas na área neutra, indicando que podem ser uma potencialidade, mas precisam de atenção (Prieto, Fonseca, e Zem-Mascarenhas, 2021).

**Quadro 6 – Frequência de eventos notificados**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>1. Frequência de eventos notificados</b>	1. Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?	<b>46,7%</b>	<b>26,7%</b>	<b>26,7%</b>
	2. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	<b>43,8%</b>	<b>25,0%</b>	<b>26,7%</b>
	3. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	<b>56,2%</b>	<b>18,8%</b>	<b>25,0%</b>
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>48,9%</b>	<b>23,5%</b>	<b>26,1%</b>

Fonte: Autora, 2024.

A dimensão 1 se refere a frequência de notificação de eventos de segurança do paciente, que envolvia questões disparadoras para reflexão dos entrevistados. O questionamento 1 estava relacionado a notificação de erros detectados antes de afetar o paciente, que obteve 46,7% de respostas positivas; a questão 2 se referia a notificação de erros que não representavam risco de dano ao paciente, com índice positivo de 43,8%; e a questão 3 era relacionada a erros que poderiam causar dano, mas não causaram (*near miss*), com índice positivo de 56,2%.

**Quadro 7 – Percepção de segurança**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>2. Percepção de segurança</b>	1. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte.	73,7%	5,3%	21,1%
	2. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.	27,8%	11,1%	61,1%
	3. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	66,7%	11,1%	22,2%

	4. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	38,9%	38,9%	22,2%
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>51,7%</b>	<b>16,6%</b>	<b>31,6%</b>

Fonte: Autora, 2024.

A dimensão 2 diz respeito a percepção de segurança dos entrevistados, também envolvendo questões voltadas ao tema. Na questão 1 que fazia menção a não ocorrência de erros graves atribuídas a sorte da equipe representado por 73,7%; quando questionados sobre o comprometimento da segurança do paciente devido ao aumento da quantia de trabalho na unidade (questão 2), o índice de respostas negativas foi de 61,1%, o que ocasiona preocupação no quesito. Na pergunta de número 3 que dizia respeito a existência de problemas de segurança do paciente no local, o índice de respostas positivas foi de 66,7%; no item de questionamento 4 que abordava procedimentos e sistemas adequados para prevenção de erros, as respostas positivas e neutras tiveram índice de resposta igual (38,9%).

**Quadro 8 – Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança</b>	1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	41,2%	23,5%	35,3%
	2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.	66,7%	22,2%	11,1%
	3. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido,	72,2%	11,1%	16,7%

	mesmo que isso signifique “pular etapas”.			
	4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	77,8%	22,2%	-
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>64,4%</b>	<b>19,7%</b>	<b>15,7%</b>

Fonte: Autora, 2024.

Na dimensão de número 3 do questionário é tratado acerca das expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança, os questionamentos são voltados a gerência do local. Na questão 1, que tratava de elogios do gestor acerca do cumprimento de procedimentos já estabelecidos para segurança do paciente, houve índice de 41,2% de respostas positivas; a questão 2 sobre sugestões levadas em conta sobre segurança do paciente por parte da supervisão, com índice positivo de 66,7%, demonstrando interesse por parte da gestão em melhorias nesse aspecto. A questão 3 obteve índice positivo de 72,2%, onde foi questionado sobre a posição da gerência acerca de processos inseguros na ocasião do aumento de demanda de trabalho; já na questão 4 dessa dimensão que tratava da atenção prestada pela gerência a problemas de segurança do paciente que ocorriam repetidamente no local, obteve 77,8% de índice positivo, denotando preocupação da gestão com esse aspecto.

#### **Quadro 9 – Aprendizagem organizacional/ melhoria continuada**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>4. Aprendizagem organizacional/ melhoria continuada.</b>	1. Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.	68,8%	18,8%	12,5%
	2. Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.	73,7%	26,3%	-
	3. Após implementarmos mudanças para melhorar a	41,2%	41,2%	17,6%

	segurança do paciente, avaliamos sua efetividade.			
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>61,2%</b>	<b>28,7%</b>	<b>10,0%</b>

Fonte: Autora, 2024.

No quadro acima que diz respeito a dimensão 4 do questionário, voltado a aprendizagem organizacional e melhoria contínua de práticas voltadas a segurança do paciente, a afirmativa de número 1 apresentou índice positivo de 68,8%, descrevendo que a equipe vem adotando medidas para melhorar a segurança do paciente, denotando preocupação da equipe. Já no questionamento 2 que afirma que quando ocorre algum erro na atenção ao paciente, a equipe adota medidas para prevenção alcançou 73,7% de respostas positivas. Na sentença 3 que questionava acerca de avaliação das mudanças implementadas para melhoria da segurança do paciente houve empate entre respostas positivas e neutras (41,2%).

#### **Quadro 10 – Trabalho em equipe na unidade/serviço**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>5. Trabalho em equipe na unidade/serviço.</b>	1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.	68,4%	15,8%	15,8%
	2. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	78,9%	15,8%	5,3%
	3. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	77,8%	16,7%	5,6%
	4. Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas.	72,2%	16,7%	11,1%
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>74,3%</b>	<b>16,2%</b>	<b>9,4%</b>

Fonte: Autora, 2024.

Na dimensão 5 que aborda trabalho em equipe no serviço, a afirmativa 1 que dizia respeito ao apoio entre os profissionais no ambiente de trabalho obteve índice positivo de 68,4%; na afirmativa 2 referenciava que em ocasiões em que havia maior

demanda de trabalho a equipe trabalhava junta para conclusão devida deste, com 78,9%. Na afirmativa 3 fazia referência as relações de respeito entre a equipe, com índice positivo de 77,8%, e na questão 04 que abordava ajuda aos profissionais sobrecarregados alcançou índice positivo de 72,2%.

#### Quadro 11 – Abertura para comunicações

Dimensão	Questões	Positivo	Neutro	Negativo
6. Abertura para comunicações	1. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.	77,8%	16,7%	5,6%
	2. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.	37,5%	37,5%	25,0%
	3. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	62,5%	25,0%	12,5%
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>59,2%</b>	<b>26,4%</b>	<b>14,3%</b>

Fonte: Autora, 2024.

A dimensão 6 tratava da abertura para comunicação entre a equipe e gestão. Na afirmativa 1, que dizia respeito a liberdade de comunicação de aspectos relativos ao cuidado do paciente, obteve 77,8% de índice positivo. Na afirmativa 2 que dizia respeito ao questionamento de decisões e ações de superiores obteve índices positivos e neutros de valores iguais (37,5%). Já na questão 3, que obteve índice positivo (62,5%), tratava do receio dos profissionais em questionar quando algo não parecia correto.

#### Quadro 12 – Feedback e comunicação sobre erros

Dimensão	Questões	Positivo	Neutro	Negativo
	1. Somos informados sobre mudanças implementadas em	64,7%	11,8%	23,5%

<b>7. Feedback e comunicação sobre erros</b>	decorrência de notificação de eventos.			
	2. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	43,8%	25,0%	31,2%
	3. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.	52,9%	17,6%	29,4%
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>53,8%</b>	<b>18,1%</b>	<b>28,0%</b>

Fonte: Autora, 2024.

Na dimensão 7, que abordava *feedbacks* e comunicação de erros relativos a segurança do paciente, no questionamento 1 fez menção a comunicação de mudanças relacionadas a comunicações de eventos alcançou índice positivo de 64,7%. Na questão 2 referente a comunicação de erros na unidade houve índice positivo de 43,8%, e no questionamento 3 que tratava de discussões de maneiras de prevenção de erros e repetição destes obteve índice positivo de respostas com 52,9%.

### Quadro 13 – Resposta não punitivas para erros

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>8. Resposta não punitivas para erros</b>	1. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.	25,0%	25,0%	50,0%
	2. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	35,3%	23,5%	41,2%
	3. Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	12,5%	25,0%	62,5%
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>24,2%</b>	<b>24,5%</b>	<b>51,1%</b>

Fonte: Autora, 2024.

Na dimensão 8 que tratava de respostas não punitivas a erros, o índice geral positivo alcançou 24,2%. No item 1 onde era questionado aos profissionais se seus erros poderiam ser usados contra eles houve 50% de respostas de cunho negativo. No item 2 também houve predominância de respostas negativas (41,2%) quando

questionado se na ocorrência de um evento o foco recaía sobre a pessoa e não sobre o problema. Além disso, no item 3 da dimensão também há predominância de respostas negativas quando questionados se temiam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais (62,5%).

**Quadro 14 – Dimensionamento de pessoal**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>9. Dimensionamento de pessoal</b>	1. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.	21,1%	26,3%	52,6%
	2. Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.	68,4%	10,5%	21,1%
	3. A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente.	83,3%	11,1%	5,6%
	4. Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.	47,4%	21,1%	31,6%
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>55,0%</b>	<b>17,2%</b>	<b>27,7%</b>

Fonte: Autora, 2024.

Na dimensão 9, voltada para o dimensionamento de pessoal e seus aspectos, no item 1 que abordava a suficiência de pessoal para o trabalho prestado na unidade em questão obteve índice negativo de 52,6%. Quando questionado acerca da qualidade de cuidado com relação a carga de trabalho excessiva (item 2), houve índice de 68,4% de respostas positivas. Já no item 3 que dizia respeito a quantidade de profissionais temporários/terceirizados era excessiva a ponto de prejudicar o trabalho, obteve-se 83,3% de respostas positivas. No item 4 que tratava de trabalho da equipe sob pressão, forçando rapidez e agilidade houve índice de 47,4% de respostas positivas, seguido de 31,6% de respostas negativas.

**Quadro 15 – Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente</b>	1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	76,5%	5,9%	17,6%
	2. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade.	64,3%	14,3%	21,4%
	3. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	62,5%	18,8%	18,8%
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>67,7%</b>	<b>13%</b>	<b>19,2%</b>

Fonte: Autora, 2024.

A dimensão 10 do questionário era voltada ao apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente. O item 1 fazia menção a propensão da gerência local a propiciar um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente, com um índice de 76,5% de respostas positivas. O item 2 trazia a afirmativa de ações por parte da gestão que demonstrassem que segurança do paciente é uma prioridade, com índice de 64,3% de respostas positivas. No item 3 a afirmativa era acerca da preocupação da gestão apenas na ocorrência de algum evento, com índice de respostas positivas de 62,5%.

**Quadro 16 – Trabalho em equipe entre unidades**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
	1. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	61,5%	15,4%	23,1%
	2. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	66,7%	8,3%	25,0%

<b>11. Trabalho em equipe entre unidades</b>	3. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	78,6%	-	21,4%
	4. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	93,3%	6,7%	-
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>75,0%</b>	<b>22,6%</b>	<b>17,3%</b>

Fonte: Autora, 2024.

A dimensão 11 dizia respeito ao trabalho em equipe entre as unidades da instituição, que obteve índice de respostas positivas gerais de 75%. No item 1 que remonta a boa coordenação entre as unidades da instituição obteve índice positivo de 61,5%; no item 2 que abordava cooperação entre as partes da instituição obteve 66,7%; no item 3 que afirmava que era desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades teve 78,6% de respostas positivas. No item 4 que afirmava que a instituição trabalha em conjunto para o melhor cuidado do paciente alcançou índice de respostas positivas de 93,3%.

**Quadro 17 – Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/ serviços**

<b>Dimensão</b>	<b>Questões</b>	<b>Positivo</b>	<b>Neutro</b>	<b>Negativo</b>
<b>12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/ serviços</b>	1. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?	54,5%	18,2%	27,3%
	2. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	92,9%	-	7,1%
	3. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	50,0%	16,7%	33,3%

	4. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	93,3%	6,7%	-
<b>Índice Geral da Dimensão</b>		<b>72,6%</b>	<b>10,4%</b>	<b>16,9%</b>

Fonte: Autora, 2024.

Na dimensão 12 que trata de problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços, obteve 72,6% de respostas positivas gerais. Na questão 1 onde é questionado se o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outro local do serviço há 54,5% de respostas positivas; com relação a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno (item 2) obteve-se 92,9% de respostas positivas. Com respeito a frequência de ocorrência de problemas de troca de informação houve um índice de 50% de respostas positivas. A afirmativa 4 referente a problemática para os pacientes durante troca de plantão e turnos obteve 93,3% de respostas positivas.

### 5.3 DISCUSSÃO

A construção do produto principal deste trabalho (protocolo de identificação correta do paciente) perpassou etapas, e dentre elas estava a pesquisa de cultura de segurança do paciente, com vistas ao conhecimento da forma de trabalho local e com finalidade de obtenção de dados para conhecimento da realidade da cultura de segurança do paciente do local, construindo base para futuras análises desse aspecto no futuro, comparando índices e acompanhando processos de melhorias nesse quesito.

Com base nos resultados do presente estudo, observa-se que a cultura de segurança do paciente no PAM varia em relação as dimensões analisadas quando se diz respeito as respostas positivas, com oscilações entre 24,5% e 75,9%, indicando algumas fragilidades, sendo estas respostas não punitivas para erros e frequência de eventos notificados. Chama atenção esse aspecto pois a unidade até então não contava com um sistema padronizado de notificação de eventos de segurança do paciente, que era feita por via oral para a chefia imediata. Associado a isso, no item que trata de notificação de eventos e situações de risco para a segurança do paciente, o índice de respostas positivas foi de 48,9%, caracterizando uma zona de aspecto negativo para a segurança do paciente.

Nessa dimensão, foram avaliados itens como notificação de situações de risco, eventos e quase eventos, além de falhas de processos e suas notificações. Como mencionado anteriormente, o local não dispunha de um sistema ou procedimento de notificações relacionados a segurança do paciente, ou estas situações eram reportadas por via verbal, mas sem sistematização ou análise de causa, o que pode ter levado ao índice de respostas positivas baixo.

Conforme pontua Silva *et al.* (2023), a notificação de incidentes é uma forma simples de quantificar e analisar os eventos adversos que ocorrem durante a assistência em saúde, tendo por objetivo atribuir maior qualidade assistencial, embora as subnotificações e as não notificações ainda tem sido um grande problema para muitas instituições que prestam cuidado em saúde.

Observou-se que 04 profissionais alegaram que realizavam notificações de eventos relacionados a segurança do paciente, porém não há como saber claramente como esse tipo de notificação era realizada, uma vez que o instrumento não existia nenhuma ferramenta de notificação e tampouco alguma comissão ou núcleo voltado a segurança do paciente, talvez seja considerada a comunicação verbal do evento um tipo de notificação. Conforme afirma Duarte *et al.* (2015) a cultura de notificação deve ser a primeira atitude na implantação de uma cultura de segurança, com sentido de promover segurança do paciente através de identificação de falhas nos processos e prevenção destes, com vistas a minimização de danos. Infelizmente, a cultura de punição ainda é presente devido à dificuldade de aceitar o erro, com medo do castigo e incompreensão; portanto, é necessário analisar razões da não notificação de eventos adversos, deixando claro aos profissionais que esse ato é essencial para melhoria de processos e redução de erros.

A utilização de boletins e informativos de notificação de eventos adversos tem por objetivo identificar eventos e incidentes relacionados a segurança dos processos, proporcionando aos profissionais comunicação desses fatos indesejados e inesperados, construindo um banco de dados sobre as situações de risco e de problema, permitindo estudos e análises, oportunizando mudanças com vistas a segurança de todos (Paiva, Paiva, Berti, 2015).

A dimensão com a temática de trabalho em equipe entre unidades alcançou 75,9%, sendo considerado aspecto forte em termos de cultura de segurança do paciente da instituição, levando a crer que o PAM tem boa interação com as demais unidades do município que compõe a rede de saúde. Já outra dimensão que alcançou

75% de resposta positiva foi a transição de turno e unidades/serviços, visto que não existem trocas de plantão devido o regime de trabalho entre as equipes, e a unidade não funcionar durante algumas horas a noite. Dimensões com índices de respostas positivas situados entre 50% e 75% são consideradas áreas neutras para a cultura de segurança, enquanto aquelas com avaliações inferiores a 50% demonstram uma cultura de segurança frágil (Reis, 2013).

A pesquisa contou com a participação de 19 profissionais que finalizaram o questionário, sendo que 14 informaram sua formação. A maioria dos respondentes foram médicos do corpo clínico (57%; n= 8), seguido de profissionais de enfermagem (29%; n=4). Este dado surpreende, pois em geral os profissionais médicos não recebem informações suficientes sobre segurança do paciente para cumprir seus deveres mantendo essa prerrogativa, sendo geralmente esse conhecimento transmitidos em programas de pós-graduação. A realidade das escolas de medicina volta-se para o ensino do diagnóstico e tratamento de doenças, com pouco ênfase ao ensino de segurança do paciente e análises de erros na assistência (Guaraná *et.al*, 2019).

Seguido dos profissionais médicos observou-se a presença de profissionais de enfermagem na pesquisa. Estudo de Costa *et al.* (2018) destaca que profissionais de enfermagem têm maior participação em pesquisas desse tipo, devido à sua predominância nas instituições de saúde. É de suma importância que haja comprometimento nos diversos níveis operacionais da instituição e que se obtenha envolvimento de todos os profissionais (da gestão, assistência e até os setores de apoio), para que seja implantada uma cultura de segurança plena e duradoura (Carvalho *et.al*, 2019).

Segundo Costa *et.al* (2018), a gestão deve manter um modelo de cultura de segurança participativo e horizontal que tenham vistas as necessidades de todos, coordenando e organizando a diversidade de profissionais de saúde e suas atuações, de modo que o trabalho e processos sejam coordenados, eficazes e seguros para todos os interessados.

Observou-se que 55% (n=6) dos participantes trabalham na instituição por um período menor que um ano, e apenas um profissional com atuação de 6 a 10anos, evidenciando profissionais com pouco tempo de atuação na instituição pesquisada. Estudos dizem que a falta de experiência dos profissionais na instituição podem adicionar riscos para a segurança do paciente, especialmente em períodos de

adaptação, enquanto profissionais com maior tempo de atuação no local tendem a possuir uma visão amplificada e maior capacidade de identificar e intervir em situações prejudiciais ao paciente (Kolankiewicz *et al.*, 2017; Reis, 2013).

No que diz respeito ao tempo de atuação do profissional PAM no momento da pesquisa, 45% (n=4) atuavam a menos de um ano, em contraponto a um participante que atuava de 16 a 20 anos. É importante salientar aqui que o serviço onde ocorreu a pesquisa é de caráter público, sendo assim ali atuam profissionais efetivos, temporários e terceirizados, contribuindo ainda mais para essa discrepância. Como descreve Martins *et. al* (2019), a rotatividade de pessoal (também conhecida como *turnover*) impacta na qualidade do cuidado, e conseqüentemente, na segurança do paciente, desencadeando dificuldades globais para a instituição, como mudanças nos indicadores dos serviços prestados. Quanto ao tempo de atuação na especialidade/profissão, 50% (n=5) declarou ter de 2 a 5 anos de atuação, enquanto 50% (n=5) declarou ter menos que 1 ano de experiência na profissão. A permanência de trabalhadores nos serviços de saúde deveria ser uma meta para a gestão desses serviços, em especial nos serviços de emergência, onde conhecimento, experiência profissional e desenvolvimento de habilidades práticas contribuem para a segurança do paciente (Martins *et.al*, 2019).

A carga horária semanal alta também foi notada na pesquisa, onde 31% (n=4) afirmaram trabalhar 40 ou mais horas semanais, provavelmente por possuírem mais de um vínculo empregatício. É necessária atenção a essas situações, uma vez que jornadas de trabalho maiores levam a exaustão, e comprometem a qualidade do trabalho e segurança do paciente, levando a eventos adversos (Dantas *et al.*, 2021).

A avaliação de segurança do paciente foi efetuada por meio de opções (péssimo, regular, ruim, bom, excelente). Observou-se que os profissionais consideraram a percepção de segurança do paciente como bom (72%, n= 10), enquanto 14% (n=2) considerou excelente, e 14% (n=2) considerou regular. Percebe-se que apesar da ausência de sistematização e organização para a segurança do paciente, os profissionais consideram, em sua maioria, a segurança do paciente com aspectos positivos, seja por conhecimento adquirido anteriormente ou considerações próprias acerca de sua percepção no cotidiano de trabalho, apesar de não existir uma

sistematização para isso. Se faz necessário estratégias para implantação e fortalecimento de cultura de segurança na instituição (Kolankiewicz *et al.*, 2017).

Todos os profissionais que responderam a questão acerca da interação/contato direto com o paciente afirmativamente (n=14), afirmando trabalhar em contato direto com os clientes. Independentemente do envolvimento direto ou indireto com o paciente é necessário que haja trabalho conjunto para um atendimento seguro e livre de danos através de processos seguros; a educação contínua figura como essencial para desenvolvimento e propagação da cultura de segurança (Figueiredo *et al.*, 2018).

Identificar a ocorrência de um evento é o primeiro passo de um processo de notificação e aprendizagem, pois todo o resto depende desse primeiro passo. Uma vez que o profissional não identifica e registra a ocorrência da situação, essa não será analisada, não haverá nenhum alerta sobre isso e não é possível prevenir sua recorrência (Fiocruz, 2020).

Além disso, a notificação de eventos é salutar para a promoção da segurança do paciente, pois os profissionais podem relatar incidentes e eventos adversos ocorridos, uma vez que a análise das notificações permite aprendizagem organizacional, identificando causas para evitar eventos a partir da revisão de processos implantados (Furini, Nunes e Dallora, 2019).

É sabido que estabelecer um sistema completo de notificações de incidentes de segurança do paciente em qualquer esfera de gestão requer recursos financeiros, infraestrutura de tecnologia da informação, profissionais da informática, investigadores, políticas de sigilo e segurança de dados, protocolos para lidar com as preocupações ligadas à governança clínica, regras e canais de notificação e sistemas de feedback e divulgação de informações. No entanto, alguns sistemas de notificação mesmo em ambientes abundantes de recursos não atingem máximo desempenho, enquanto existem sistemas funcionais de notificação de incidentes e eventos em locais com baixa renda. Em todo o mundo, os problemas associados à notificação de incidentes são incrivelmente consistentes, qualquer que seja o desenho do sistema adotado. Ainda nesse contexto, salienta-se que as taxas de notificação geralmente são muito mais baixas nos serviços de atenção primária do que em hospitais, dada a atenção predominante dedicada à segurança hospitalar. Porém, existe a necessidade de desenvolver uma infraestrutura para a segurança do paciente na atenção primária que permita a notificação em diferentes ambientes, desde profissionais que trabalham

sozinhos em consultórios até clínicas que trabalham de forma colaborativa (Fiocruz, 2020).

A cultura da notificação precisa ser incentivada e tido como positiva nos ambientes de saúde, vista como algo positiva e valorizada, onde os profissionais são elogiados por participarem; junto a isso, para fomentar um ambiente de apoio positivo, é necessário garantir o compromisso por parte das lideranças, elaborar políticas e adotar medidas práticas. A geração de notificações de incidentes de segurança do paciente que tornam visíveis as fontes de riscos e danos reais e potenciais em um serviço de saúde depende muito das observações e experiências dos profissionais que estão próximos do local de atendimento (Fiocruz, 2020).

Na do questionário que trata da percepção de segurança do paciente pelos entrevistados, o índice de respostas positivas foi de 51,7%, demonstrando um ponto a ser otimizado na cultura de segurança do paciente na instituição, visto que a percepção dos profissionais atuantes é de suma importância no processo de aperfeiçoamento e aprendizagem de processos relativos a segurança do paciente. Abreu e colaboradores (2019) enfatizam que a segurança do paciente deve ser uma prioridade em todos os níveis de atendimento em saúde, pois mesmo seguindo protocolos e diretrizes, o ambiente de trabalho pode influenciar na ocorrência de danos, sendo fundamental que as instituições invistam em aprimoramento de técnicas e capacitação dos funcionários para identificar eventos adversos antes que afetem o paciente. Considera-se que o reconhecimento de potencialidades e fragilidades na cultura de segurança do paciente permite oportunidades de crescimento na área e o alcance de resultado cada vez mais positivos para pacientes e instituições de assistência a saúde (Costa *et al.*, 2018).

Quanto a expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança, obteve-se 64,4% caracterizando ponto neutro dessa avaliação, mas com a maioria dos pesquisados julgando que seus superiores estão abertos a sugestões e melhorias para a segurança do paciente, porém necessita de espaço para fortalecimento dessa lacuna, uma vez que uma liderança que ouve e valoriza as sugestões dos funcionários contribui para a criação de um ambiente de trabalho mais agradável e colaborativo (Reis, 2013).

A liderança desempenha papel preponderante na saúde para promoção de um clima organizacional que valoriza a segurança do paciente, visto que a liderança é peça chave para qualquer projeto ou negócio. Líderes efetivos são exemplo, valorizam

a ética profissional e são comprometidos com a missão da instituição acima de interesses pessoais. Lideranças capacitadas seguem uma visão para um senso de propósito maior, definindo direções a seguir, gerando um ambiente de trabalho positivo e coeso que incutem confiança e segurança psicológica para as equipes. A liderança determina as prioridades organizacionais e pode direcionar recursos para iniciativas de segurança importantes (Albright, 2020).

Quanto ao item voltado a aprendizagem organizacional e melhoria continuada, o percentual de respostas positivas foi de 61,2%, indicando que há busca de aprendizado com erros cometidos, porém essa pontuação caracteriza uma zona neutra em relação a segurança do paciente, merecendo foco de atenção. Isso não descarta que mudanças e melhorias podem ser realizadas antes mesmo de eventos ocorrerem, visto que se pode identificar situações em que pode acarretar riscos e melhorá-las antes mesmo de ocorrerem, não acarretando necessariamente uma notificação. Por outro lado, os profissionais podem não estar identificando os erros e riscos em seu cotidiano de trabalho, ou apenas notificam (ou comunicam) verbalmente a ocorrência destes, não documentando formalmente (Siman, Brito, 2016).

Um ambiente positivo para a notificação é fomentado quando a educação e o treinamento ajudam os profissionais a compreenderem como os sistemas falham, como ocorrem danos no cuidado de saúde e como reduzir o impacto desses problemas (Fiocruz, 2020).

Poucos sistemas ou organizações de saúde pelo mundo estão próximos do desempenho ideal na aprendizagem a partir de incidentes que provocam danos evitáveis, e isso ocorre por uma série de razões, como: insuficiência de líderes qualificados e entusiásticos o suficiente para engajar um trabalho na promoção de cuidados mais seguros, a falta de transparência, o medo de retaliações, as dificuldades que os profissionais da saúde enfrentam para notificar livremente os eventos, a incapacidade de investigar adequadamente o volume de incidentes notificados e a fraca base de evidências sobre como reduzir os danos (Fiocruz, 2020).

A dimensão 05 da pesquisa trata de respostas relativas a trabalho em equipe na unidade/serviço obteve 74,3% de respostas positivas, caracterizando ainda uma zona neutra de segurança do paciente. A maioria dos participantes identifica colaboração entre os membros da equipe, o que pode adicionar benefícios na segurança do paciente dentro da instituição. A falta de interação entre profissionais pode prejudicar o trabalho, levando a erros de comunicação e prejudicando a

segurança do paciente (Lemos *et al.*, 2018). A análise em conjunto com a dimensão 11 (trabalho em equipe entre as unidades) que apresenta um percentual de 75% de respostas positivas revelando que o trabalho com outras unidades também é satisfatório, demonstrando uma zona positiva para a segurança do paciente. Souza et al. (2016) defende que a cooperação entre unidades é crucial para reduzir a taxa de erros e aumentar a segurança do paciente.

O trabalho em equipe é entendido como o trabalho realizado por duas ou mais pessoas desenvolvendo diferentes atividades com o mesmo objetivo. O trabalho em equipe pode envolver diferentes níveis hierárquicos que contribuem negativamente para o fortalecimento das práticas relacionadas a segurança do paciente (Torrente, 2019).

Deve-se levar em conta o fator humano e trabalho em equipe como elementos contribuintes para a gestão da segurança do paciente, associados aos fatores ambientais e condição do paciente, onde esses compõem importante parcela dos processos assistenciais da saúde, e comumente estão relacionados a ocorrência de eventos adversos relacionados ao cuidado (Anvisa, 2013).

A dimensão 06 diz respeito a abertura para comunicações, com índice positivo de 59,2%, figurando uma faixa neutra para a cultura de segurança, indicando que os profissionais ainda possuem receio de questionar seus superiores e discutir aspectos e falhas que ocorrem no local. Essa dimensão pode ser relacionada a dimensão 08 (respostas não punitivas para erros), onde as respostas positivas tiveram um dos piores desempenhos (24,2% de respostas positivas e 51,1% de respostas negativas), demonstrando uma grande fragilidade no serviço. Isso é reforçado por Lemos et al. (2018) que defende que a hierarquia organizacional pode fazer com que os funcionários se sintam inseguros em relatar, notificar e discutir questões importantes, com medo de serem vistos de maneira negativa ou punidos.

O feedback de profissionais de saúde que atuam na assistência em todo o mundo destaca a dificuldade que os sistemas de saúde possuem para estabelecer uma cultura de segurança baseada na notificação sem culpabilidade, onde o aprendizado tenha mais importância que o julgamento.

Com frequência as pessoas são responsabilizadas quando sistemas e processos de cuidado mal projetados resultam em erros por parte de funcionários sérios e responsáveis. As consequências do uso de um incidente que provoca um dano ou uma morte para rastrear e punir os profissionais são claras: mais pacientes morrerão,

pois os profissionais terão muito medo de admitir que cometeram erros, nada será aprendido, e a fonte do risco permanecerá à espera do próximo paciente inocente (Fiocruz, 2020).

Além disso, esses aspectos podem influenciar negativamente no número de notificações, uma vez que os profissionais temem retaliações por reportar eventos. Isso pode levar a subnotificações – problema comum nas instituições, onde os profissionais identificam erros, mas tem medo de notificá-los, exercendo efeito prejudicial na conscientização dos colaboradores das melhores práticas, afetando a equipe, instituição e paciente (Silva *et al.*, 2016).

Para mudar esse cenário, as instituições e seus profissionais devem entender que as notificações não são destinadas a punições, mas sim a oportunidades de aprendizado e melhoria. Através das notificações, estratégias são desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente, a fim de evitar a recorrência de eventos adversos (Costa *et al.*, 2018).

Romero *et al.* (2018) diz que o uso das notificações deve ser dirigido para aprimorar os processos de trabalho e melhorar a qualidade da assistência, sendo que a falta de punições não implica na negligência de cuidados, pois os funcionários devem continuar a trabalhar de maneira vigilante, e não apenas resolvendo os incidentes e não notificando-os.

Muitos são os fatores que influenciam a notificação pelos profissionais, podendo ser profundos, como os valores e a cultura da organização, enquanto em locais em que existe uma atmosfera de culpa e retaliação, a notificação e o aprendizado não florescem. Nesses serviços, é possível que os pacientes corram maiores riscos, porque os erros não são reconhecidos. Outras influências são mais técnicas, como a pressão da carga de trabalho nos ambientes operacionais e a facilidade com que os profissionais conseguem notificar um incidente (Fiocruz, 2020).

A dimensão 07 referente a *feedback* e comunicação sobre erros apresentou desempenho em faixa neutra para a cultura de segurança, com 53,8% de respostas positivas, indicando que de certa forma existe retorno de informações e discussões sobre o aperfeiçoamento de processos de risco para a segurança do paciente. Siman e Brito (2017) defendem que o *feedback* das notificações aos funcionários mostra que quando a instituição toma medidas e implementa mudanças com base nas informações coletadas, os funcionários tendem a notificar mais os incidentes que

presenciam, percebendo que suas notificações têm impacto e levam a melhorias significativas.

O dimensionamento de pessoal que se refere a adequação do quadro de profissionais atuantes na instituição, levando em conta se o número de profissionais permite um trabalho eficiente e seguro, descrito na dimensão 09 traz um índice de respostas positivas com 55%, entrando para a faixa de respostas neutras para a cultura de segurança, onde é necessário melhorias, especialmente quando analisadas as subdimensões do item discutido.

Para Vandresen *et al.* (2018) existe uma correlação direta entre equipe assistencial adequada, em quantidade e qualidade, com os resultados assistenciais envolvendo diretamente a segurança do paciente e a qualidade dos serviços ofertados, portanto, falta de dimensionamento de profissionais traz para o paciente graves eventos iatrogênicos. A carga horária exaustiva pode contribuir para problemas na segurança do paciente (Dalri *et al.*, 2014), especialmente quando combinada com a falta de mão de obra qualificada, resultando em maior sobrecarga de trabalho para os profissionais (Carlesi *et al.*, 2017).

Conforme mudanças evidenciadas em contexto mundial com a difusão de novas tecnologias e da socialização dos meios de comunicação, fazendo com que a população obtenha informações mais facilmente e se torne cada vez mais consciente de seus direitos e, portanto, mais exigente em relação à qualidade dos serviços colocados à sua disposição, tornando a qualidade um critério cada vez mais presente nos serviços de saúde por meio do compromisso com o atendimento das necessidades dos pacientes, da procura pelo aumento do nível de satisfação dos usuários, por meio da oferta de uma assistência efetiva e segura, com a qualidade técnica dos processos assistenciais em condições estruturais e éticas adequadas, além de pessoal preparado (Silveira *et al.*, 2015).

Com relação a dimensão 10, que diz respeito ao apoio da gerência do local para a segurança do paciente, o índice de respostas positivas foi de 67,7%, figurando zona neutra de segurança. Isso indica que os profissionais reconhecem pontos positivos com relação a gestão local, mas ainda tem dificuldade de perceber ações efetivas e direcionadas a segurança do paciente.

Os gestores desempenham um papel crucial na cultura de segurança do paciente e, quando demonstram interesse nesse aspecto, incentivam a equipe como um todo, promovendo a priorização da segurança do paciente. Estudos mostram que

muitos problemas relacionados à segurança do paciente nas instituições estão relacionados à gestão, e não aos profissionais (Costa *et al.*, 2018). O planejamento estratégico da instituição, desenvolvido pelos gestores, é fundamental para definir objetivos que impactam diretamente a cultura de segurança (Minuzzi, Salum, Locks, 2016).

A sobrecarga dos profissionais, alta demanda de pacientes e recursos humanos e materiais insuficientes podem aumentar o risco para a segurança do paciente. Sendo assim, uma melhor gestão de pessoal e local com sistemas organizacionais institucionais organizados podem minimizar os riscos de eventos adversos, ou seja, essas ocorrências podem ser reduzidas ou prevenidas quando traçadas estratégias de cultura de segurança para a gestão (Silva, 2023).

No que faz menção a problemas em mudanças de turno e transições entre serviços (dimensão 12), que avalia como as informações são compartilhadas durante a transição de turno, a taxa de respostas positivas foi de 72,6%, caracterizando uma zona neutra para a cultura de segurança do paciente. Deve-se lembrar que a unidade em questão não faz transição de turnos, não havendo portanto “trocas” de plantões, talvez não reportando a realidade do local.

Garantir uma comunicação efetiva durante a troca de plantões requer coordenação e colaboração de ambas as partes, proporcionando foco e direcionamento, visto que durante essa transição muitas informações relevantes podem ser perdidas e impactar na qualidade da assistência prestada (Gonçalves *et al.*, 2016).

Trocas de turnos e plantões são pontos críticos na segurança do paciente, pois nesse momento informações salutares são passadas aos próximos profissionais que assumirão o cuidado do paciente, onde falhas podem ser pontos catastróficos. Nogueira e Rodrigues (2015) indicam que falhas nas trocas de turnos ocorrem devido a falhas na comunicação, interrupções, ruídos, sobrecarga de informações, conversas paralelas e atrasos.

A transição de cuidados é considerada um momento de vulnerabilidade, cuja complexidade tem um maior risco de erro na passagem de informação, nomeadamente nos casos de transferências para outro nível de cuidados e mudanças de turno na mesma instituição, onde falhas nesse processo podem produzir uma ampla variedade de erros que colocam em risco a segurança do paciente (Castro, Marques e Vaz, 2022).

Tão importante quanto a identificação correta são os registros acerca do cuidado prestado e da evolução clínica dos pacientes. A segurança do cuidado em saúde, assim como a continuidade dos cuidados, é dependente da qualificação dos profissionais somado aos aspectos administrativos passíveis de padronização como os registros e organização das atividades assistenciais (Ferreira et.al, 2018).

Diante dos dados apresentados e analisados, é evidente a necessidade de melhorias no quesito de segurança do paciente na instituição, com vistas a construção da cultura de segurança. Deve ser tratado em particular, as dimensões com pior desempenho de respostas positivas, além de fortalecer as demais dimensões, buscando melhoria contínua e qualidade na assistência em saúde.

Limitações: O número de participantes foi pequeno (27 questionários iniciados, 19 finalizados), apesar de a estratégia utilizada neste estudo ter seguido o mesmo instrumento em que o questionário é disponibilizado para o maior número possível de profissionais, aguardando o maior número de respostas para todas as dimensões. O uso do formulário no formato eletrônico pode ter contribuído com a baixa adesão; porém, considerando que o período de coleta foi adequado (11 dias) e que a divulgação da pesquisa foi intensa no local pela gestão e via grupos de aplicativo de mensagens instantâneas, acredita-se que os resultados foram influenciados por outros fatores, como a própria cultura organizacional. Além disso, a instituição não tem histórico de iniciativas, protocolos ou qualquer tipo de organização voltado a segurança do paciente

#### 5.4 EXPERIÊNCIA DA CAPACITAÇÃO PARA PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

A versão final do protocolo foi validada pelo *stakeholders* locais e ficou estruturado do seguinte modo: Introdução (breve embasamento teórico e importância da segurança do paciente nos serviços de saúde); Justificativa (qual a importância da concepção e aplicação de um protocolo de identificação correta do paciente); Objetivos (quais os objetivos a serem alcançados com a concepção e aplicação do protocolo); Abrangência (onde será aplicado); Descrição do protocolo (identificadores preconizados, dispositivos de identificação, momentos para a identificação do paciente, localização das identificações do paciente, confirmação e verificação da identificação do paciente, remoção da identificação, transferência do paciente para

outra instituição, educação para o paciente, acompanhante/familiar para a segurança do paciente, atribuições da equipe assistencial, educação permanente, considerações importantes, definições, indicadores e estratégias de monitoramento, referências bibliográficas); conta ainda com anexos (declaração para uso de nome social, ficha de notificação de evento adverso/ não conformidade, escala de Morse – risco de queda e escala de Braden – risco de lesão por pressão), de modo a auxiliar a aplicação do protocolo de identificação do paciente.

O protocolo de identificação correta do paciente é destinado a todos os profissionais de saúde atuantes no PAM, os quais foram convidados a participar da capacitação, a qual foi concebida em etapas (introdução, desenvolvimento e conclusão) de modo a perpassar todo o protocolo.

A metodologia utilizada para esse fim foi expositiva – dialogada, com auxílio de um computador com tela grande e boa resolução para mostra do material e vídeos do treinamento.

Para alcance dos objetivos traçados para o encontro de treinamento com as equipes, foi lançado mão de estratégias para esses fins, tais como:

a) Identificar conceitos relativos à segurança do paciente: exposição dos conceitos contidos na Programa Nacional de Segurança do Paciente e RDC 36.

b) Refletir acerca dos temas relativos à segurança do paciente: discussão em forma de roda de conversa sobre situações que ocorrem no cotidiano de trabalho e oferecem risco de eventos ao paciente.

c) Conhecer resultados acerca da pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente coletados na unidade: breves comentários sobre a pesquisa efetuada no local com discussão de pontos principais da pesquisa que condiziam com a realidade do trabalho cotidiano.

d) Capacitar para aplicação do Protocolo de Identificação do Paciente: exposição ao protocolo impresso para leitura, exemplificação para identificação correta do paciente com casos do cotidiano de trabalho e aplicação dos dispositivos de identificação (figura 2 e 3).

e) Promover reflexão crítica das práticas assistenciais seguras: reflexões sobre o processo de trabalho que cada integrante da equipe desempenha em seu cotidiano e que ofertam riscos para os pacientes e profissionais, e comprometimento pessoal para cumprimento do protocolo com vistas a melhoria do serviço onde trabalham.

Os dispositivos de identificação do paciente foram apresentados e manuseados durante as reuniões de treinamento, sendo ressaltado que todos os integrantes da equipe são responsáveis pela identificação correta do paciente. Foram exemplificados casos clínicos de atendimento frequente na unidade e simulado a identificação destes. As placas com frases mostradas nas imagens referentes ao treinamento foram usadas como modo de incentivo ao cuidado seguro e fazer menção ao mesmo (figura 1).

Materiais foram fornecidos pela autora (pulseiras de identificação, etiquetas para acompanhantes e etiquetas para identificação de insumos) para início da fase de implantação do protocolo no serviço de saúde para cerca de um mês de atendimentos no PAM, que passaram a ser utilizados logo após as reuniões de treinamento.

Figura 01 – Participantes da capacitação



Fonte: arquivos da autora, 2023.

Figura 02 – Discussões acerca do protocolo



Fonte: arquivos da autora, 2023.

Figura 03 – Dispositivos de Identificação



Fonte: arquivos da autora, 2024.

Ao final dos encontros de treinamento foi aberto espaço para sanar dúvidas quanto aos aspectos abordado no treinamento, e para exposição de pontos que julgassem relevantes. Os profissionais salientaram que o sistema de informação utilizado para atendimento deveria estar adequado para classificação de indivíduos com a pulseira dourada (atendimento preferencial), uma vez que usam o protocolo de classificação de risco, e o atendimento preferencial destinado a idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais acaba por não ser respeitado, e daí a importância da pulseira de cor dourada. Alguns demonstraram conhecimento prévio de outros protocolos de identificação de outras instituições onde já atuaram, e que sentiam falta de um protocolo adequado para o trabalho no PAM, pois reconhecem os riscos de segurança do paciente aos quais estão expostos enquanto profissionais.

O protocolo foi bem recebido pelos profissionais no treinamento, pois reconhecem que há necessidade de medidas para melhoria da segurança do paciente e fortalecimento de uma cultura de segurança, bem como reflexões acerca de suas práticas.

Após contato prévio com a gerência do PAM, foi informado que a secretaria de saúde deu continuidade na aplicação do protocolo de identificação correta do paciente em seus fluxos de atendimento através da aquisição de mais dispositivos de identificação e aplicação, permanecendo ativo até a atualidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse protocolo permitiu a capacitação de quatorze profissionais atuantes no Pronto Atendimento Municipal de Forquilha/SC. Os encontros para capacitação permitiram ampliar a temática de segurança do paciente, bem como as competências profissionais e condutas visando melhoria da segurança da assistência em saúde para pacientes e profissionais, possibilitando reflexões sobre as práticas profissionais, além da conscientização da gestão da secretaria de saúde para a temática. A proposta foi bem acolhida desde o início pela administração, e pelos profissionais do pronto atendimento, que visionavam melhorias em suas práticas.

Os momentos de qualificação contribuíram para a construção de um protocolo adequado a realidade do pronto atendimento municipal, com vistas a qualidade assistencial do local. Associado a este, teve-se a aplicação de um questionário de cultura de segurança do paciente, trazendo as percepções desses profissionais que ali atuam, que foi apresentado a secretaria de saúde para observação da percepção

A decisão de conceber um protocolo de identificação advém do reconhecimento dos riscos assistenciais, que muitas vezes não são percebidos pelos serviços de saúde, em especial pelos serviços públicos.

A concepção do protocolo de identificação e capacitação para aplicação associa-se a linha de pesquisa por preconizar um processo organizativo de gestão e educação através dos treinamentos da equipe para que tenham embasamento para aplicação do protocolo em seu cotidiano.

A pesquisa de clima de segurança, a concepção do protocolo e as capacitações foi de fácil aplicabilidade, devido ao fato dos profissionais serem em sua maioria da área da enfermagem, e alguns já terem tido contato com protocolos similares em sua formação ou atuação em outros lugares. O protocolo e a capacitação foram de fácil entendimento, facilitando ainda mais a absorção e internalização das informações.

Ao analisar as dimensões da pesquisa, torna-se evidente que existem vulnerabilidades significativas na cultura de segurança do paciente na instituição pesquisada. Isso destaca a necessidade de abordar a questão em todos os níveis de atenção dentro da instituição, além da necessidade de implantação de um núcleo de segurança do paciente para um melhor acompanhamento dos aspectos relativos aos riscos assistenciais.

Este trabalho apresenta caráter de inovação por nesse local não haver nenhum tipo de identificação do paciente, trazendo benefícios e melhoria da imagem do serviço.

O impacto que esse produto traz é o despertar da gestão e dos profissionais para os aspectos relacionados a segurança do paciente, trazendo reflexões acerca de suas práticas diárias e conseqüentemente melhorando os processos de trabalho e a imagem do serviço perante os pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALBRIGHT-Trainer B, Dayal R, Agarwala A, et al. Liderança Efetiva e Cultura de Segurança do Paciente. **Boletim da APSF**. 2020;35:44-46. Disponível em <https://www.apsf.org/wp-content/uploads/newsletters/2020/0302-pt-br/APSF0302-PT-BR.pdf>. Acesso em 26 ago. 2024.

ABREU, I.M. et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180198, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 26 ago. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, (2013). **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, DF, Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 13 set. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, (2013). **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, Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 10 set. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, (2017). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2. ed. Brasília: Anvisa, 2017. 168p. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/75124/Caderno-1-Assist%C3%A2ncia-Segura-Uma-Reflex%C3%A3o-Te%C3%B3rica-Aplicada-%C3%A0-Pr%C3%A1tica.pdf/950b7769-9c0f-6705-d860-c3062e02984c?t=1648478227644>. Acesso em: 05 set. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, (2022). **Sistema permite avaliação da cultura de segurança do paciente**. 2022. Ferramenta gera relatórios de análises sobre a cultura da segurança do paciente em hospitais, em

tempo real. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2019/sistema-permite-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-paciente>.

Acesso em: 19 set. 2023

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Zenewton André da Silva Gama. **Cinco passos para avaliar e melhorar a cultura de segurança do paciente**: manual do usuário do e-questionário de cultura de segurança hospitalar. Brasília: Anvisa, 2024. 52 p. Disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/sobre/>. Acesso em: 24 ago. 2024.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ. **Guide to Patient Safety Indicators**. Department of Health and Human Services. Washington, 2006. 76p. Disponível em:

[https://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi\\_guide\\_v31.pdf](https://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi_guide_v31.pdf).

Acesso em 13 set. 2023.

ALBA, Adriana Maciel; MATHIAS, Mariana Martins. **Segurança do Paciente e cuidado de Enfermagem: uma avaliação do ambiente de preparo de medicação a partir do método fotográfico**. Trabalho de conclusão de curso (TCC) 2009. .

Florianópolis, SC, 17p. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120318/269280.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 07 set. 2023.

ANDRÉ, Carla Ulhoa (org.). **Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente: Educação, Pesquisa e Gestão**. Brasília: Leiass, 2021. 500 p. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/04/Qualidade-no-Cuidado-e-Seguranca-do-Paciente-Educacao-Pesquisa-e-Gestao.pdf>. Acesso em: 13 set. 2023.

AZEVEDO, Ana Lídia de Castro Sajioro; PEREIRA, Ana Paula; LEMOS, Carolina; COELHO, Mônica Franco; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 736-45, 31 dez. 2010. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6585/8497>. Acesso em: 12 set. 2023.

BORGES, Luis Roberto. **A Vulnerabilidade Do Consumidor E Os Contratos De Relação De Consumo**. 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Direito, Universidade de Marília, Marília, 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp150326.pdf>. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. (1990). **Lei Nº 8.078, de 11 de Setembro de 1990.**: Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm). Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. **Código de Proteção e Defesa do Consumidor** (1990). Código de proteção e defesa do consumidor e legislação correlata. – 5. ed. – Brasília : Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 106 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496457/000970346.pdf>. Acesso em 13 set. 2023.

BUENO, Andressa; FASSARELLA, Cintia. (2012). Segurança do paciente: Uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Rev Rede Cuidados Em Saúde*. 6. 1-9.

CARLESI, K.C. et al. Incidentes de segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2017, vol.25, e2841. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692017000100319&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692017000100319&script=sci_abstract). Acesso em: 20 de ago. de 2024.

CARVALHO, PA et al.. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público do Distrito Federal, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem** , v. 72, p. 252–258, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Dtmkqc7v9NPKpdRcPVLn9GL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 ago.2024.

CASSINI, S.H.B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n.1, jan-fev 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci_arttext).

Acesso em: 10 nov. 2011

CASTRO, C. M. DA C. S. P. DE .; MARQUES, M. DO C. M. P.; VAZ, C. R. DE O. T. DE .. Comunicação Na Transição De Cuidados De Enfermagem Em Um Serviço De Emergência De Portugal. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e81767, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/H3n7RKGfT5cHgTdVqQVY3rS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez.2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS, (2012). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 05 set. 2023.

COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO - COREN SP (Rio de Janeiro). Coren Sp. **Segurança do Paciente: Guia para prática.** São Paulo, 2022. 196 p. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Seguranca-do-Paciente-WEB.pdf>. Acesso em: 06 set. 2023.

COSTA, D.B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e2670016, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 de outubro de 2023.

DANTAS, H.L.L. et.al, (2021). Relação entre Burnout em enfermeiros e segurança do paciente: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development.** v. 10, n. 8, e35110815932, 2021. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/353329663\\_Relacao\\_entre\\_Burnout\\_em\\_enfermeiros\\_e\\_seguranca\\_do\\_paciente\\_Uma\\_revisao\\_integrativa](https://www.researchgate.net/publication/353329663_Relacao_entre_Burnout_em_enfermeiros_e_seguranca_do_paciente_Uma_revisao_integrativa). Acesso em 24 ago.2024.

DALRI, R. C. M. B. et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,

Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-965, nov./dez. 2014a. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt\\_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf). Acesso em: 22 ago. 2024.

DIZ, Ana Beatriz Martins; LUCAS, Pedro Ricardo Martins Bernardes. Segurança do paciente em hospital - serviço de urgência - uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 5, p. 1803-1812, maio 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022275.22742021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xZv4NLrnBm8FSK3QCXHzp9K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Feb. 2015.. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 de outubro de 2023.

FERREIRA, RC. Et al. Elaboração e validação de instrumento de assistência de enfermagem para pacientes em unidades de terapia intensiva. Campinas, v. 23, n.4. **Cogitare enferm.** 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483660655012/483660655012.pdf>. Acesso em 26 ago.2024.

FIOCRUZ. **Sistemas de notificação e aprendizagem a partir de incidentes de segurança do paciente: relatório técnico e orientações**. Brasília: Proqualis, 2020. 65 p. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.net/files/Sistemas%20de%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20e%20aprendizagem%20a%20partir%20de%20incidentes%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2024

FLIN, R *et al.* Measuring safety climate in health care. **Quality And Safety In Health Care**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 109-115, 1 abr. 2006. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.01476>

FRANZMANN, Suélen Pereira; COSENTINO, Susane Flôres; SALBEGO, Cléton;

KOHLRAUSCH, Larissa Fernanda; FERREIRA, Mariana Kathleen da Costa. Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento municipal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 23, n. 5, p. 02, 31 maio 2023. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e12435.2023>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12435/7576>. Acesso em: 10 set. 2023.

FIGUEIREDO, M.L. et al. Analysis of incidents notified in a general hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 1, p. 111-119, Feb. 2018 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672018000100111&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000100111&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 ago. 2024.

FURINI, ACA; NUNES, AA; DALLORA, MEL DO V.. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. esp, pág. e20180317, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96yyd3Yz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 de ago. 2024.

GONÇALVES, M. I. et al.. COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE NA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. e2310014, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4pFXWwtDd4j4qGd8pkshVys/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 ago. 2024.

GUARANÁ CVP dos S, Souza E da S, Dias V de S, Valentim E. Avaliação da Competência de Estudantes de Medicina em identificar Riscos à Segurança do Paciente através de Simulação. **Rev bras educ med** [Internet]. 2019;43(1):431–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-2018023>. Acesso em 24 ago.2024.

GRIFFITHS, Peter; MARUOTTI, Antonello; SAUCEDO, Alejandra Recio; REDFERN, Oliver C; BALL, Jane e; BRIGGS, Jim; DALL'ORA, Chiara; SCHMIDT, Paul e; SMITH, Gary B. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective

longitudinal cohort study. **Bmj Quality & Safety**, [S.L.], v. 28, n. 8, p. 609-617, 4 dez. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>.

IBSP - INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (São Paulo). Ibsp. **Entenda o que é segurança do paciente**. Segurança do Paciente. Disponível em: <https://ibsp.net.br/materiais-cientificos/entenda-o-que-e-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 10 set. 2023.

KOLANKIEWICZ, A.C.B. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 5, p. 531-537, Oct. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000500531&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000500531&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 de outubro de 2023.

LEMOS, G.C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: Reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2018; 8:e2600. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>. Acesso em: 10 de ago. 2024.

MARTINS, M.S. et al. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de emergência adulta. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 28, e20160069,2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072019000100303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072019000100303&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 de outubro de 2023.

MINUZZI, A.P; SALUM, N.C; LOCKS, M.O.H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=pt&nrm=iso). Epub 27-Jun2016. Acesso em 05 de outubro de 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS (2014). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em 08 set. 2023.

NASCIMENTO JC, Draganov PB. [History of quality of patient safety]. **Hist enferm Rev eletrônica** [Internet]. 2015;6(2):299-309. Disponível em: [http://here.abennacional.org.br/here/seguranca\\_do\\_paciente.pdf](http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf). Acesso em 03 set. 2023.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. COMUNICAÇÃO EFETIVA NO TRABALHO EM EQUIPE EM SAÚDE: DESAFIO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. **Cogitare Enferm.**, Brasília, p. 636-640, 14 ago. 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1241/40016-162735-1-pb.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.

OLIVEIRA, HKF DE.; SILVA, NC DA.. O significado da segurança do paciente para estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** , v. 5, pág. e20210567, 2022.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de; RAMOS, Bianca Jacqueline; PIAZZA, Marina; PRADO, Marta Lenise do; REIBNITZ, Kenya Schmidt; SOUZA, Adalbi Cilonei. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 238-244, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003390011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NKrNrgpVBSRXKVBHRfN4KYt/?lang=en#>. Acesso em: 12 set. 2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente** [livro eletrônico] / Organização Mundial da Saúde; tradutor Fernando Alves Esbérard Leite. – Leme, SP: Mizuno, 2021. 91 p.

PAESE, Fernanda. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. Dissertação. (Mestrado) 2010. Florianópolis, SC, 181 p. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93894/289121.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 07 set. 2023.

PAIVA, **M. C.**; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gJpp4x67tQsPqVJHvCSRvfq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 ago.2024.

PAIXÃO DPSS, BATISTA J, MAZIERO ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Suppl 1):577-84. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>.

PAIXÃO, Danieli Parreira da Silva Stalisz da. **AS AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**. 2017. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/51250/R%20-%20D%20-%20DANIELI%20PARREIRA%20DA%20SILVA%20STALISZ%20DA%20PAIXAO%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 set. 2023.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA [Mestrado Profissional] - PPGSCol. Colegiado Pleno. **Resolução 02/2019. Estabelece elementos mínimos a constar na elaboração de projetos e dissertações relacionados especificamente a produtos em saúde coletiva, para fins e encaminhamento para qualificação e defesa, e, dá outras providências**. UNESC. Criciúma – SC. 2019. Disponível em: [http://www.unesc.net/portal/resources/files/489/resolucao\\_02\\_2019\\_projetos\\_e\\_dissertacoes\\_de\\_produto.pdf](http://www.unesc.net/portal/resources/files/489/resolucao_02_2019_projetos_e_dissertacoes_de_produto.pdf). Acesso em 13 set. 2023.

PRONOVOST, Peter J.; WEAST, Brad; BISHOP, Kate; PAINE, Lore; GRIFFITH, Richard; ROSENSTEIN, Beryl J.; KIDWELL, Richard P.; HALLER, Karen B.; DAVIS,

Richard. Senior Executive Adopt-a-Work Unit: a model for safety improvement. **The Joint Commission Journal On Quality And Safety**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 59-68, fev. 2004. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1549-3741\(04\)30007-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1549-3741(04)30007-9).

PRIETO, M. M. N.; FONSECA, R. E. P. DA .; ZEM-MASCARENHAS, S. H.. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 6, p. e20201315, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X63tVszpZSqkDCtPWDPf8dP/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 29 de setembro de 2024.

REIS, Claudia Tartaglia. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 203 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/000002441PwFnHv.pdf>.  
Acesso em: 13 set. 2023.

REIS, C.T; LAGUARDIA, J; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(11):2199-2210, nov, 2012. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/000002213BnFklc.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2023.

ROMERO, M. P. et al . A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 26, n. 3, p. 333-342, dez. 2018 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422018000300333&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300333&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 17 de ago. 2024.

SANTOS, Aline Karen Nunes dos; SORATTO, Maria Tereza. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. **Enfermagem Brasil**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 279-296, 16 jul. 2018. Convergences Editorial. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i3.517>. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/517/375>  
9.. Acesso em: 12 set. 2023.

SIMAN, A.G; BRITO, M.J.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre , v. 37, n. spe, e68271, 2016 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472016000500413&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000500413&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 ago. 2024.

SILVA, ET *et al.* Fatores que influenciam a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Rev Baiana de Enferm.** 2019;33:e33408. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33408/20765>. Acesso em 13 set. 2023.

SILVA, FP DA. et al.. Notificação de incidentes e segurança do paciente em tempos de pandemia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. eAPE00952, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ht4XG3FCYGd5rVddPSW6cBJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 ago.2024.

SILVA, A.T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, Dec.2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso). Acesso em:13 de outubro de 2023.

SILVEIRA, TVL et al.. A importância da utilização de indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem** , v. 2, pág. 82–88, abril. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/gLrr7QVPqv4ZMZzXGsizqXH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 de ago.2024.

SILVA, FX; et.al. Sobrecarga da equipe de enfermagem e o risco de eventos adversos / Nursing team overload and the risk of adverse events. **Nursing.** v. 26, n. 297, p.

9371-9376. 2023. Disponível em:  
<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3054>.  
Acesso em 06 ago. 2024.

SORRA, Joann; NIEVA, Veronica (org.). **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville: Agency For Healthcare Research And Quality, 2004. 74 p. Disponível em:  
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

SOUZA, C.S. et al . Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180294, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200415&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200415&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 de outubro de 2023.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. 208 p. Disponível em:  
<https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>. Acesso em: 01 set. 2023.

TORRENTE, Gisele. **TRABALHO EM EQUIPE NA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: AVALIAÇÃO POR SIMULAÇÃO**. 2019. 192 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em:  
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/214487/PNFR1123-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 ago. 2024.

THE JOINT COMMISSION - JCI. **National Patient Safety Goals Effective January 2019**. Hospital Accreditation Program, 2019.

VANDRESEN, L. et al.. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0107, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngen/a/rdByqsMjgtThC4mh9BMPzDn/?format=pdf&lang=pt>.  
Acesso em 26 ago. 2024.

VIGANO, Daniela Franzen. **Cultura De Segurança Do Paciente Na Atenção Primária À Saúde: Visão Dos Profissionais De Saúde**. 2018. 57 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Ppgscol, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2018. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/6971/1/Daniela%20Franzen%20Vigano.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.

WACHTER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. 145 p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_por.pdf;jsessionid=AB07496294A1D683B1D2D35D1CB6ED0E?sequence=4](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf;jsessionid=AB07496294A1D683B1D2D35D1CB6ED0E?sequence=4). Acesso em: 13 set. 2023.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1 (TCLE1)**

(referente a pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente)

**Título da Pesquisa:** Segurança do paciente: protocolo de identificação em uma unidade de pronto atendimento em Forquilha – SC.

**Objetivo:** Identificar o perfil da Cultura de Segurança do Paciente na Unidade de Pronto Atendimento Municipal em Forquilha – SC para subsidiar construção do Protocolo de Identificação do Paciente.

**Período da coleta de dados:** 01/10/2023 a 30/11/2023.

**Local da coleta:** Pronto Atendimento Municipal de Forquilha – SC.

**Pesquisador/Orientador:** Cristiane Damiani Tomasi

**Telefone:** (48)996275585

**Pesquisador/Mestranda:** Chayenne Ricken

**Telefone:** (48) 998249044

**Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da UNESC.**

**Tempo estimado para cada coleta:** 10 minutos.

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
--

<p>O presente produto irá definir resultados para a cultura de segurança do paciente no PAM de Forquilha – SC através do questionário HSOPSC aplicado por plataforma da Anvisa (E- Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar, disponível em <a href="https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/">https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/</a>). O questionário será aplicado nos profissionais atuantes do PAM de Forquilha de forma presencial, junto a pesquisadora, através de um tablet conectado a internet, na área física do Pronto Atendimento Municipal. O tempo de coleta de dados é estimado em 10 minutos.</p>
--

<b>RISCOS</b>
---------------

<p>Em relação aos riscos, pode haver perda da confidencialidade dos dados, mas este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais dos participantes. Devem ser resguardados os valores éticos recomendados pela Resolução 466/12 da pesquisa com seres humanos. É preservado o sigilo aos participantes da pesquisa, onde será explicado os passos da pesquisa e seus objetivos, além do direito de desistirem em qualquer fase da aplicação do questionário online. A pesquisa pode gerar algum desconforto ou constrangimento que será minimizado ao se aplicar o questionário em local tranquilo em que o participante se sinta confortável em respondê-lo.</p>
--

<b>BENEFÍCIOS</b>
-------------------

<p>Como benefícios, será traçado o perfil da cultura de segurança do paciente pela equipe do PAM de Forquilha. Com a pesquisa e sua análise, haverá um direcionamento para conscientização sobre segurança do paciente em seu local de trabalho, além de instrumentalizar a secretaria de saúde sobre aspectos</p>
--

a serem melhorados nesse quesito, subsidiando a implantação do protocolo de identificação do paciente.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o as pesquisadoras **Cristiane Damiani Tomasi pelo telefone (48) 996275585 e/ou pelo e-mail cdtomasi@unesc.net** e **Chayenne Ricken pelo telefone (48) 998249044 e/ou pelo e-mail chayricken@unesc.net**.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Voluntário(a)/Participante</b></p>  <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Assinatura</b></p> <p><b>Nome:</b></p> <p>_____</p> <p><b>CPF:</b> _____._____._____ - ____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Pesquisador(a) Responsável</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Cristiane Damiani Tomasi</i></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Assinatura</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Nome: Cristiane Damiani Tomasi</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CPF: 047.981.899-10</b></p>

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2 (TCLE2)**

(Referente a capacitação para uso do Protocolo de Identificação do Paciente)

**Título da Pesquisa:** Segurança do paciente: protocolo de identificação em uma unidade de pronto atendimento em Forquilha – SC.

**Objetivo:** Capacitar para uso do protocolo de Identificação do paciente na Unidade de Pronto Atendimento Municipal em Forquilha – SC

**Local da realização das capacitações:** Pronto Atendimento Municipal de Forquilha – SC.

Período para elaboração do produto: 01/10/2023 a 30/11/2023.

**Pesquisador/Orientador: Cristiane Damiani Tomasi**

**Telefone: (48)996275585**

**Pesquisador/Mestranda: Chayenne Ricken**

**Telefone: (48) 998249044**

**Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da UNESC.**

**Tempo estimado para cada capacitação: 60 minutos.**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
<p>Será efetuada explanação breve dos resultados da pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, levando a conscientização e após explicação e treinamento para aplicação do protocolo de Identificação do Paciente através de aula expositiva dialogada.</p>
<b>RISCOS</b>
<p>A participação na pesquisa poderá causar riscos mínimos, vinculados as questões emocionais ou desconforto na participação dos treinamentos; os mesmos serão minimizados por meio de respeito a individualidades e maneiras alternativas que possibilitem conforto, além da interrupção do treinamento.</p>
<b>BENEFÍCIOS</b>
<p>Este estudo busca contribuir com a segurança do paciente através da construção de um Protocolo de Identificação do paciente para ser aplicado no Pronto Atendimento Municipal de Forquilha, com vistas a prevenção e mitigação de eventos adversos que trazem consequências catastróficas ao paciente, serviço e gestão.</p>


Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o a pesquisadora **Cristiane Damiani Tomasi pelo telefone (48) 996275585 e/ou pelo e-mail cdtomasi@unesc.net** e **Chayenne Ricken pelo telefone (48) 998249044 e/ou pelo e-mail chayricken@unesc.net**.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
<hr/> <b>Assinatura</b>	
<b>Nome:</b> <hr/>	<b>Assinatura</b>
<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____	<b>Nome: Cristiane Damiani Tomasi</b> <b>CPF: 047.981.899-10</b>

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

## APÊNDICE C – PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE FORQUILHINHA

	<b>PROTOCOLO</b>
	<b>Título:</b> Identificação do Paciente no Pronto Atendimento Municipal
<b>Elaborado por:</b> Enf <sup>a</sup> Chayenne Ricken – Mestranda PPGSCol Unesc	<b>APROVADO POR:</b> Diego Melo – Secretário Municipal de Saúde Daiani Cechinel – Secretária Adjunta Celina Honório – Coordenação PAM
<b>Revisado por:</b> Dra. Cristiane Damiani Tomasi	<b>Data da Aprovação:</b> 20/11/2023
	<b>Versão:</b> 01

### 1. Introdução

Segurança do Paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O movimento mundial para segurança do paciente ganhou impulso com o relatório americano “Errar é humano”, onde estudos observacionais relatavam a extensão de erros assistenciais em pacientes internados em hospitais. No Brasil, o movimento começa a ter visibilidade em 2013, quando ficou instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente através da Portaria 529 de 01 de abril daquele ano, juntamente com a RDC 36, que institui as ações previstas para o programa (BRASIL, 2014).

A correta identificação do paciente é uma etapa muito importante para garantia da segurança do processo assistencial. Esse processo assegura ao paciente o procedimento ou tratamento destinado prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam causar dano.

Em qualquer situação, mesmo naquelas que o paciente não possa responder por si mesmo, essa prática garante o atendimento correto para a pessoa correta. Esse protocolo detalha os procedimentos a serem seguidos para a correta identificação do paciente no Pronto Atendimento Municipal de Forquilha (PAM).

## **2. Justificativa**

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de cuidado em saúde, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar de diversas formas. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente (JCI, 2011).

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Além disso, há uma alta aceitação por parte dos pacientes do dispositivo de identificação, ressaltando a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias, como transfusão de sangue e administração de medicamentos. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente (Brasil, 2017).

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivo geral**

Esse protocolo tem por objetivo garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados a assistência em saúde. O processo de identificação do paciente assegura que o cuidado seja prestado a pessoa o qual se destina e garante que o procedimento a ser executado seja efetivamente o que o paciente necessita.

### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Determinar com segurança o indivíduo como receptor do cuidado prescrito;

- b) Assegurar que o procedimento a ser executado é efetivamente aquele de que o paciente necessita;
- c) Reduzir a ocorrência de incidentes relacionados à identificação incorreta do paciente;
- d) Padronizar o registro de identificação do paciente de forma clara e objetiva;
- e) Sensibilizar de forma positiva os profissionais, acompanhantes e pacientes sobre a importância da correta identificação;
- f) Uniformizar o conhecimento dos profissionais da instituição quanto as práticas corretas e seguras de identificação do paciente.

#### **4. Abrangência**

A prática da identificação do paciente abrange todas as áreas e profissionais que se relacionam com o paciente no momento da admissão. A identificação, por sua vez, deverá ser feita através de pulseiras apropriadas a essa finalidade. Em todas as etapas do cuidado deve-se incluir a verificação das informações contidas na pulseira, com participação ativa do paciente e familiares/acompanhantes durante a confirmação de sua identidade.

Além da identificação do paciente, todos os elementos pertencentes ao seu cuidado devem ser identificados, sendo eles:

- a) Documentos: cadastro, prescrições, evoluções, laudos, plano de cuidados, anotações, etc.
- b) Insumos/materiais: frascos/tubos de exames, amostras, bolsas de hemocomponentes, soros, linhas, máscaras, etc.

#### **5. Descrição do Protocolo**

##### **5.1 Identificadores preconizados**

A identificação correta deverá conter três identificadores, sendo eles:

- a) Nome do paciente
- b) Data de nascimento
- c) Nome da mãe

A identificação através de pulseira branca deverá seguir o seguinte padrão:

	<b>Nome:</b> <b>Mãe:</b> <b>DN:</b>
--	---

O preenchimento dos dados da pulseira deverá ser feita manualmente, com letra de forma, com caneta esferográfica de cor preta ou azul.

Em virtude da ausência legal do nome, os recém-nascidos serão identificados com as seguintes informações:

- a. Nome da mãe (RN de...)
- b. Data de nascimento

#### Uso de nome social/afetivo

Quando o paciente solicitar /sinalizar desejo de ser tratado pelo nome social, deve-se:

1. Orientar o paciente quanto a declaração e preenchimento do respectivo formulário. O preenchimento deve ser feito pelo paciente (em anexo ao protocolo).
2. Realizar cadastro preenchendo as informações no sistema da seguinte forma: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nome: conforme documento civil (RG, CPF, Habilitação, passaporte, etc).</li> <li>b. Nome social/afetivo: conforme informação preenchida pelo cliente na declaração (nome e sobrenome). O sobrenome é o civil.</li> <li>c. Sexo: conforme sexo biológico (registro civil).</li> </ol>
3. Escanear e inserir a declaração no sistema.
4. Comunicar-se entre as etapas do processo a fim de evitar falhas de comunicação, constrangimento e insatisfação do paciente que está usando o nome social.

Observação: Na pulseira contará apenas o nome social do paciente – pelo qual deverá ser tratado durante toda a permanência no PAM, enquanto no prontuário contará com o nome social e nome civil.

Prioriza-se o uso de nomes completos, porém quando não for possível, é obrigatório ao menos um sobrenome descrito.

Os registros de identificadores do paciente serão realizados inicialmente de forma manuscrita com canetas esferográficas de cor preta ou azul e com letra de forma nos dispositivos de identificação (pulseiras e etiquetas).


## 5.2 Dispositivos de identificação


a) identificação do paciente: a identificação do paciente será feita na pulseira de cor branca contendo os três identificadores preconizados, independentemente do tipo de atendimento que irá realizar no PAM.

As pulseiras deverão ser utilizadas por todos os pacientes que acessam os serviços do PAM, durante toda sua estadia no serviço, mesmo que seja de período reduzido.

Recém-nascidos também receberão pulseira branca com os identificadores preconizados (nome da mãe e data de nascimento).

Além da identificação geral do paciente na pulseira branca, haverá pulseiras coloridas, que serão relacionadas ao risco assistencial (queda, alergia, lesão por pressão, etc) e devem ser fixadas no mesmo membro da pulseira de identificação. Abaixo seguem os padrões de cores para classificação de risco assistencial.

	<p><b>BRANCO: Identificação do paciente</b></p> <p>Deverá conter os principais identificadores: nome completo, data de nascimento e nome da mãe.</p>
	<p><b>PRETO: Risco de alergia</b></p> <p>Pacientes que relatarem qualquer tipo de alergia</p>
	<p><b>DOURADO: Atendimento Prioritário</b></p> <p>Idosos, gestantes, portadores de deficiências, crianças de colo, etc. que estejam aguardando atendimento em código azul.</p>
	<p><b>LILÁS: Risco de Queda</b></p> <p>Conforme classificação com escala de Morse – Vide Anexo 03.</p>

	<p><b>CINZA: Risco de Lesão Por Pressão</b></p> <p>Conforme classificação com escala de Braden – Vide Anexo 04</p>
	<p><b>ROSA: Restrição de membro</b></p> <p>Membros com fístulas arteriovenosas para hemodiálise, pacientes com mastectomia prévia, sequelas de AVE em membro, após cateterismo cardíaco, etc.</p>

As pulseiras além de cores diferenciadas, possuirão descritos os riscos.

b) Identificação de Insumos/materiais do paciente: Insumos e materiais do paciente ou destinados a assistência deste devem ser identificados com etiqueta adesiva de cor branca, contendo seus dados.

Nome:  
Mãe:  
DN:

c) Identificação do corpo pós morte: A identificação do corpo pós morte deverá seguir o padrão descrito nesse protocolo. Na liberação deve ser realizada dupla checagem (com dois profissionais) dos principais identificadores, além do reconhecimento visual de um familiar.

d) identificação de familiares/acompanhantes: estes receberão uma etiqueta branca com a inscrição “Acompanhante”, junto ao nome e data, e todos os acompanhantes de paciente devem estar com essa etiqueta de identificação. Caso haja troca de acompanhantes, o novo acompanhante também deverá receber uma etiqueta de identificação.

**ACOMPANHANTE**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### 5.3 Momento da Identificação do Paciente

A identificação do paciente deve ocorrer no **momento da admissão, transferência ou recebimento de pacientes** de outra unidade ou instituição e antes do início de qualquer ação relacionado ao cuidado.

Atendimentos, internações, atendimentos ambulatoriais: a identificação deverá ser realizada no momento da admissão do paciente no PAM, sendo da **recepção a responsabilidade o cadastro do paciente no sistema e sua identificação com a pulseira branca**. As demais pulseiras serão atribuídas no momento do acolhimento com classificação de risco, realizado pelo enfermeiro do plantão.

Recém-nascidos: deverá ser realizada logo após o nascimento do(s) bebê (s). A identificação nesse caso é de responsabilidade dos profissionais que estão na assistência imediata do paciente.

**O dispositivo de identificação (pulseira) deverá ser mantido durante todo o tempo que o paciente estiver sendo submetido ao cuidado.**

#### 5.4 Localização Da Identificação Do Paciente

Os dispositivos devem ser colocados nas seguintes ordens e membros:

<b>Dispositivo</b>	<b>Ordem/ Membro</b>
<b>Pulseira Branca</b>	1º Braço direito (MSD) 2º Braço esquerdo (MSE) 3º Membros inferiores na mesma ordem (direita/esquerda)
<b>Pulseiras coloridas para risco (queda, alergia, etc)</b>	Mesmo membro que a pulseira branca de identificação
<b>Casos especiais (grandes queimados, politraumatizados, mutilados, amputados...)</b>	No membro que for possível (na ordem de primeiro membro superior, e após membro inferior)
<b>Pulseiras de acolhimento com</b>	1º Braço esquerdo 2º Braço direito

<b>classificação de risco</b>	3º Membros inferiores na mesma ordem (esquerdo/direito)
<b>Etiqueta acompanhante</b>	Peito, lado esquerdo



Figura 01 – Identificação com pulseiras de acordo com membro.

**Exemplos:**

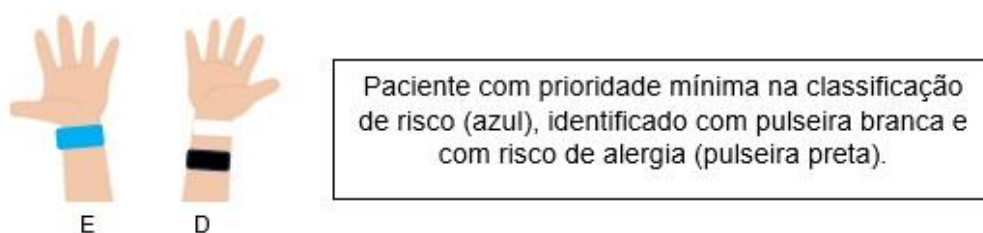


Figura 02 – Exemplo de identificação do paciente 1.

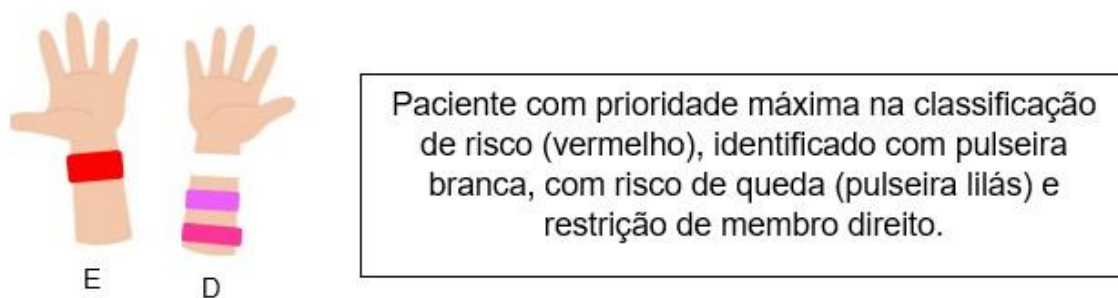


Figura 03 – Exemplo de identificação do paciente 2.

Legenda de cores para acolhimento com classificação de risco conforme Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR):

PRIORIDADE	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	PRIORIDADE MÁXIMA	VERMELHO	0 MINUTOS
2	PRIORIDADE ALTA	LARANJA	15 MINUTOS
3	PRIORIDADE MÉDIA	AMARELO	60 MINUTOS
4	PRIORIDADE BAIXA	VERDE	120 MINUTOS
5	PRIORIDADE MÍNIMA	AZUL	240 MINUTOS

Fonte: PCACR, 2023.

### 5.5 Confirmação Da Identificação Do Paciente

A confirmação da identificação do paciente deverá ser realizada antes da:

- Orientação e administração de medicamentos;
- Na coleta de sangue para exames;
- Na entrega de dietas;
- Na realização de procedimentos invasivos;
- Encaminhamento do paciente para procedimento externo;
- Entrega de documentos, receituários, laudos, etc.

### 5.6 Verificação Da Identificação Do Paciente

O profissional responsável/executante do cuidado deverá perguntar o nome do paciente ao próprio paciente, e na impossibilidade deste responder, esse questionamento deverá ser feito ao familiar/acompanhante. A seguir, deverá conferir as informações contidas na pulseira com as informações que o paciente ou acompanhante referiu, e após conferir com a prescrição do cuidado e com o material que será usado.

- a) Pedir ao paciente que declare (quando possível) seu nome completo, nome da mãe e data de nascimento. No caso de impossibilidade, deverá ser feita conferência dos dados com familiar/acompanhante presente.
- b) Sempre verificar essas informações (nome completo do paciente, nome da mãe e data de nascimento) na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se o registro está legível.
- c) Nunca perguntar ao paciente “o senhor é o Sr. Silva?”, pois o paciente pode não compreender e concordar por engano.
- d) Nunca supor que o paciente está no leito correto.
- e) Envolver o paciente e familiar/acompanhante a participar de todas as fases da identificação, esclarecendo sempre sua importância.
- f) Realizar identificação de frascos de amostras sempre na presença do paciente, além de solicitar que o paciente ou acompanhante confira a identificação.
- g) Mesmo que o profissional de saúde conheça bem o paciente, é obrigatório a verificação de todos os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.
- h) A informação contida na pulseira do RN e da mãe deve ser confirmada no momento da entrega da DNV (Declaração de Nascido Vivo).
- i) A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no PAM, a fim de manter sua segurança.

## **5.7 Remoção Da Identificação Do Paciente**

Pulseiras: devem ser removidas pela equipe de Enfermagem **apenas** no momento da alta do paciente, exceto na transferência do paciente.

Etiquetas de acompanhante: devem ser retiradas pela recepção no momento da saída desse.

## **5.8 Transferência de Pacientes**

Quando houver necessidade de transferência do paciente para outro serviço de saúde a pulseira de identificação deve ser mantida, contendo no mínimo os três identificadores (nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento).

## **5.9 Educação do Paciente, acompanhante/familiar/cuidador**

Para envolver o paciente e seus acompanhantes no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados pelos profissionais envolvidos o propósito das pulseiras/etiquetas e seus identificadores logo na admissão dele.

## **5.10 Atribuições de cada Equipe**

### **5.10.1 Recepção**

- Cadastrar o paciente corretamente no sistema Celk e emitir pulseira de identificação do paciente na admissão desse na unidade;
- Conferir qualidade das informações disponíveis, solicitando ao paciente e familiar que valide verbalmente as informações contidas na pulseira de identificação;
- Colocar e orientar o paciente e ou familiar/acompanhante sobre a colocação e uso da pulseira de identificação;
- Emitir novas pulseiras sempre que solicitado pela equipe de Enfermagem;
- Retirar pulseira de identificação na saída do paciente da unidade;
- Notificar de forma escrita ocorrência de eventos relacionados a identificação (falta, falha, etc), conforme ficha contida no anexo 02.
- Participar de capacitações e treinamentos relacionados ao Protocolo de Identificação do Paciente.

### **5.10.2 Equipe de Saúde**

- Confirmar a identificação do paciente antes de qualquer procedimento (terapêutico ou diagnóstico);
- Atentar-se a identificação do paciente com uso de nome social. O mesmo deve ser considerado para conferência dos três identificadores; e deverão ser os mesmos descritos no prontuário;
- Identificar corretamente e confirmar os documentos e insumos/materiais específicos do paciente;

- Orientar/envolver o paciente e/ou acompanhante/familiar a participar do processo de identificação esclarecendo suas dúvidas;
- Verificar continuamente a integridade da pele do membro o qual a pulseira está posicionada. Se necessário, efetuar a troca da posição da pulseira, obedecendo a mesma ordem de membros citada no protocolo;
- Solicitar nova identificação à recepção caso o dispositivo apresente rasuras, falta de informações, escrita errônea, borrada ou apagada.
- Retirar a pulseira de identificação do paciente na sua saída (alta);
- Notificar de forma escrita a ocorrência de eventos relacionados a identificação (falta, falhas, etc);
- Participar de capacitações e treinamentos relacionados ao Protocolo de Identificação do Paciente.

### **5.10.3 Demais profissionais**

- Confirmar identificação do paciente antes de qualquer procedimento;
- Atentar-se ao uso do nome social de pacientes;
- Comunicar as ocorrências de eventos relacionadas a identificação do paciente ao líder/coordenador imediato
- Notificar de forma escrita a ocorrência de eventos relacionados a identificação do paciente (falta, falha, etc)
- Participar de capacitações e treinamentos relacionados ao Protocolo de Identificação do Paciente.

### **5.11 Educação Permanente Com Os Profissionais De Saúde**

O protocolo de identificação do paciente deverá ser amplamente divulgado no município, em especial no PAM, utilizando-se de todos os recursos de comunicação disponíveis para que os profissionais tomem ciência e conheçam a importância da identificação correta para a segurança do paciente. Treinamentos contínuos devem acontecer em parceria com o setor de educação continuada da secretaria de saúde para que as prerrogativas desse protocolo sejam difundidas principalmente para profissionais com ligação direta com o cuidado, ou seja, a equipe assistencial, além da equipe de apoio (vigilância, farmácia, transporte etc.). Além disso, novos

profissionais do quadro do PAM devem receber capacitação para aplicação desse protocolo.

Os recepcionistas deverão ser treinados especificamente para que sejam habilitados a prestar todas as informações a serem transmitidas no ato do cadastro do paciente, possibilitando a passagem de informações fundamentais e alinhadas, garantindo o cumprimento dessa etapa do protocolo.

### **5.12 Considerações Importantes**

- a) Quando não for possível obter uma identificação do paciente (morador de rua, desabrigado etc.) o identificador adicional será sua descrição física (sexo, cor, cor dos olhos, disposição de cabelos, etc).
- b) Quando a identidade do paciente não estiver disponível na admissão e/ou falta de informações do nome completo do paciente utiliza-se a(s) definição (ões): Paciente NI 01, Paciente NI 02 (não identificado 01, não identificado 02) sucessivamente, seguidos das informações recebidas do serviço de pré - hospitalar móvel (SAMU, bombeiro, etc). Para cada paciente não identificado deve-se abrir um novo cadastro, registrando detalhes como: local e horário em que foi resgatado (a); número do registro de atendimento do serviço primário, descrição física da pessoa. Essas informações também devem ser registradas no prontuário do paciente. Após a obtenção dos dados do paciente uma nova pulseira deverá ser feita com as informações corretas do paciente.
- c) Fica proibido o uso de identificador único, como idade, sexo, diagnóstico, número de leito, quarto para identificar o paciente.
- d) Para problemas na identificação de bebês e crianças, pacientes inconscientes, pacientes com deficiência cognitiva, auditiva, mental ou de linguagem, pacientes com nomes iguais, solicitar sempre auxílio aos familiares, acompanhantes, cuidadores para verificar a identificação correta.
- e) Verificar continuamente a integridade da pele do membro no qual a pulseira está posicionada. Se necessário, fazer a troca da posição da identificação, além de verificar a qualidade dos dados contidos na pulseira (identificadores padronizados, qualidade da grafia – borrões, rasgos).
- f) O monitoramento e a capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo são de responsabilidade dos enfermeiros e da coordenação do PAM.

### 5.13 Definições

A pulseira branca é destinada a identificação de pacientes.

Pulseiras coloridas são destinadas a alertas de riscos assistenciais.

1. Tamanho da pulseira: As pulseiras de identificação devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo:

- a) compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos.
- b) Pequenas o suficiente para serem confortáveis e seguras em recém-nascidos, bebês e crianças.

Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características do paciente podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação. Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve fazer o uso de tesoura.

2. Conforto: os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação do paciente incluem:

- a) Forma: o material deve ser liso e macio, não deve ter cantos ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.
- b) Fixadores: Os fixadores não devem pressionar a pele.
- c) Material: deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não alergênico.

3. Facilidades de uso: As pulseiras de identificação do paciente devem ser:

- a) Fáceis de limpar;
- b) Impermeáveis e resistentes a líquidos (sabão, detergentes, géis, sprays, esfregas, produtos de limpeza a base de álcool, sangue e outros líquidos corporais).
- c) Fáceis de utilizar por todos os profissionais que possam ter a responsabilidade pela emissão, aplicação e verificação das pulseiras de identificação.
- d) A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, equipamentos ou nos dispositivos, especialmente em acessos venosos.

4. Regras para registro dos identificadores: Independentemente do método adotado para produzir os identificadores (impressões ou inscrição manual), a informação deve ser:

- a) Fácil de ler;
- b) Durável e não se desgastar durante toda a permanência do paciente no PAM;

- c) O registro deve ser durável, impermeável, segura e inviolável;
- d) A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, e deve ser escrita em letras de CAIXA ALTA.

**Exemplo de grafia correta na pulseira de identificação:**

NOME: JOÃO DA SILVA  
DN: 25/02/1945  
MÃE: MARIA DA SILVA

**Exemplo de grafia errada na pulseira de identificação:**

NOME: João Da Silva  
DN: 25/02/1945  
MÃE: Maria Da Silva

- e) O espaço disponível para a inserção dos dados do paciente deve ser adequado para que os identificadores do paciente sejam registrados de forma clara e inequívoca;
- f) A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as pulseiras de identificação a fim de garantir a padronização. Isso facilita a leitura das pulseiras de identificação, evitando erros;
- g) A data de nascimento deve ser registrada no formato curto (DD/MM/AAAA);
- h) Deve haver espaço suficiente para inserir nomes longos, nomes múltiplos, nomes compostos; em casos de nomes muito longos, abreviar sobrenomes, de preferência os sobrenomes do meio, mantendo o primeiro e último sobrenome escritos por extenso.

**Exemplo: João Raulino Souza Ramos Graciliano Mendes**

NOME: JOÃO RAULINO SOUZA R.G. MENDES  
DN: 25/02/1945  
MÃE: MARTA SOUZA

- i) Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo manter letra legível, de tamanho e forma adequados a leitura. No caso

de impressas, evitar estilo itálico, estilo que simule o manuscrito ou com letras ornadas.

#### **5.14 Indicadores**

Todos os eventos envolvendo falha ou falta de identificação do paciente deverão ser notificadas através da ficha de controle e notificação de eventos, para análise e encaminhamentos.

Falhas de identificação podem ser definidas como erros, que podem ser informações inverídicas em qualquer um dos identificadores preconizados, ausência de algum destes, grafia ilegível e não padronizada de acordo com o protocolo, além de borrões e rasgos nas pulseiras de identificação, bem como uso de identificadores de riscos assistenciais errôneos.

Faltas de identificação são definidas pela ausência de identificação do paciente em algum momento do processo de atendimento, ou ausência de identificação de riscos assistenciais.

As ocorrências serão analisadas pela coordenação do PAM e a secretaria municipal de saúde mensalmente em reunião, com indicadores monitorados através das notificações e tomadas as medidas proporcionais.

##### **5.14.1 Estratégias de Monitoramento e indicadores**

O monitoramento será realizado pelo acompanhamento de indicadores:

- Falhas e faltas de identificação do paciente;
- Eventos adversos relacionados a falhas na identificação do paciente

Ambas as situações acima descritas deverão ser notificadas através da ficha de registro de eventos e não conformidades, conforme anexo 02.

Fórmula de cálculo:

- Falhas na identificação do paciente/ número de atendimentos total mês x100
- Faltas de identificação de paciente/ número de atendimentos total mês x100
- Eventos adversos relacionados a identificação do paciente/ número de atendimentos total mês x100

As notificações serão avaliadas pela coordenação do pronto atendimento juntamente com a equipe da secretaria de saúde, com vistas a análise da causa, melhoria dos processos e a não culpabilização.

### **Referências**

Anexo 02: **PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. ANVISA.

BRASIL, (2013). Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF.

BRASIL, (2013). Rdc nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.. **Resolução - Rdc Nº 36**. Brasília, DF.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2. ed. Brasília: Anvisa, 2017. 168 p.

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

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

SANTOS, E. H.; CASTRO, I. R. S.; RONDINELLI, M. C. Anexo D: diretriz clínica para gerenciamento/gestão da dor. In: SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Editora FIOCRUZ, 2019. p. 482-490.

## ANEXO 01 – DECLARAÇÃO PARA USO DE NOME SOCIAL

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE NOME SOCIAL

Eu, (nome social) \_\_\_\_\_  
 Portador do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
 residente na Rua/nº \_\_\_\_\_,  
 Bairro \_\_\_\_\_.

Declaro que desejo a Inclusão do meu nome social no prontuário junto ao Pronto Atendimento Municipal de Forquilha – SC, bem como ser reconhecido (a), identificado (a), e denominado (a) pelo nome social e gênero adotados por mim, sem que haja menção do meu nome civil em público.

Para tanto, esclareço que minha identificação civil é:

Nome Civil:	
Nascimento:	Sexo:
RG:	CPF:
Nome da mãe	

Portanto:

<b>COMO TITULAR DE DADOS GOSTARIA DE SER RECONHECIDO SOCIALMENTE</b>
Nome Social: _____

Estou ciente de que os dados registrados em meu documento oficial de identificação não coincidem com o nome social adotado por mim, assumindo assim todas as responsabilidades pelas informações e diagnósticos que vierem a ser realizados nesse nome. Também estou ciente que a Secretaria Municipal de Saúde de Forquilha trabalha com segurança e privacidade no uso dos dados e informações de seus pacientes obedecendo requisitos da Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Desta forma assino a presente declaração de responsabilidade para uso de meu nome social para os efeitos administrativos internos.

Assinatura conforme registro civil: \_\_\_\_\_

Assinatura conforme nome social: \_\_\_\_\_

Forquilha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**ANEXO 02 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE/EVENTO  
RELACIONADO A IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Setor da Ocorrência:	Data do Evento/incidente:
Notificador (não obrigatório):	Data da Notificação:

1 – Não conformidade ocorrida:	
<input type="checkbox"/> Falta de identificação <input type="checkbox"/> Falha de identificação	
2 – Consequência da não conformidade (erro de medicação, de entrega de receituário, etc) – descrição do evento decorrente a falha de identificação do paciente (descrever data, horário, envolvidos e o ocorrido):	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
3. Paciente:	
Prontuário:	Data de Nascimento:
4. Ações imediatas realizadas pelos profissionais para atender o paciente:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Possíveis Causas:	
<input type="checkbox"/> Falta de Conhecimento ( não sabe o que fazer ) <input type="checkbox"/> Regras (sabe o que fazer, mas não aplica as regras, ou as aplica incorretamente) <input type="checkbox"/> Falta de dados (informação insuficiente ou parciais falhas de comunicação) <input type="checkbox"/> Especificações insuficientes (processo não é claramente definido) <input type="checkbox"/> Ações automáticas (revisar processo para averiguar variáveis) <input type="checkbox"/> Distração <input type="checkbox"/> Esquecimento	

( ) Outro
(s).Quais? _____

### ANEXO 03 – ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA)

Nº	Categoria	Score
1	<b>Histórico de Queda Recente</b>	
	NÃO	0
	SIM	25
2	<b>Diagnóstico Secundário</b>	
	NÃO	0
	SIM	15
3	<b>Auxílio para Deambular</b>	
	Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional de saúde	0
	Muleta/bengala/andador	15
	Mobiliário/parede	30
4	<b>Terapia Endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b>	
	NÃO	0
	SIM	20
5	<b>Marcha</b>	
	Normal/sem deambulação/acamado, cadeira de rodas	0
	Fraca	10
	Comprometida, cambaleante	20
6	<b>Estado Mental</b>	
	Orientado, capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
	Superestima capacidade / esquece limitação	15
<b>Total:</b>		

Interpretação de Resultados	
Escore	Risco
< 41	Risco Médio
41 - 51	Risco Elevado
>51	Risco Muito elevado

**ANEXO 04 – ESCALA DE BRADEN (RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO)**

<b>Descrição</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Percepção sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completament e molhado	Muito Molhado	Ocasionalment e molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado a cadeira	Anda ocasionalment e	Anda frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelment e inadequado	Adequada	Excelente
<b>Fricção e Cisalhament o</b>	Problema	Problema Potencial	Nenhum Problema	-
<b>Total:</b>				

<b>Interpretação de Resultados</b>	
<b>Score</b>	<b>Risco</b>
15 – 16	Risco Brando
12 - 14	Risco Moderado
<b>Menor que 11</b>	Risco Severo

APÊNDICE D – MATERIAL USADO NO TREINAMENTO DAS EQUIPES




## PROTOKOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE PAM

Enfª Chayenne Ricken

**Quem sou eu?**

- Enfermeira
- Especialista Em CC, CME e SPPA - Hospital Mulheres Do Vento
- MBA Em Gestão da Qualidade e Acreditação Hospitalar
- Especialista Em Urgência, Emergência e UTI
- Mestranda em Saúde Coletiva – PROSAC/Unisc
- Docente UNIESC
- Experiência em Centro Cirúrgico, Central de Esterilização, Urgência e Emergência, UTI e ESF.

M [chayenne@unisc.br](mailto:chayenne@unisc.br)  
45 99824904





**O que é Segurança do Paciente?**

Capacidade de um serviço evitar lesões e danos ao paciente, decorrentes do cuidado, que tem como objetivo ajudá-lo

Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

**Por que se preocupar com a Segurança do Paciente?**




**NESTE EXATO MOMENTO...**






**As atividades prestadas em Saúde são seguras?**



**Nossa, que exagero...**

**Morre idosa que teve nome trocado em etiqueta de identificação em UPA de Fortaleza**

MPPPE denuncia técnicas de enfermagem do Cabo por morte de bebê

Hospital deve indenizar paciente em RS 50 mil por erro em dose de medicamento

**Troca de prontuários de pacientes foi causa de erro médico em idosa no HGE**

**Paciente morre em hospital público e família diz que recebeu corpo errado; troca de cadáveres é investigada**

Remédio dado para bebê que morreu após atendimento em UPA de Praia Grande foi riscado no prontuário

**Morre idosa que teve nome trocado em etiqueta de identificação em UPA de Fortaleza**



Que erroado em um hospital? É muito mais frequente do que parece uma viagem de avião. De acordo com dados da Organização de Mundial de Saúde (OMS), milhões de pessoas morrem todos os anos em função de erros médicos e situações evitáveis em hospitais. Os riscos de morte são de um para seis, enquanto em um acidente aéreo de avião de um em 20 milhões de passageiros.

**Enfermeira e técnico em enfermagem são punidos após erro que teria deixado paciente em coma**

Idosa que morreu após cair de maca durante exame de raso X em pronto-atendimento de Porto Alegre é sepultada

**Paciente morre após cair de janelas em Unidade de Pronto Atendimento em Brasília**

UPV diz que paciente morreu depois de atendimento deixá-lo posto sem liberação médica

Fonte: [G1](#) e [G1](#)



**LINK**

Tipos de erro em enfermagem que resultaram em óbito. Santa Catarina, julho de 2021 a junho de 2023.

Tipos de erro	Óbitos
Faltas de monitoramento e análise	95
Interferências	9
Faltas de comunicação e documentação	8
Procedimentos inadequados	7
Qualidade do cuidado / prática de enfermagem	6
Faltas de identificação e segurança	5
Faltas na administração de medicamentos	4
Faltas na administração de O2 ou gases medicinais	1
Faltas na administração de medicamentos / outros erros relacionados à administração	1
Tratamentos inadequados (TRV)	1

Acesse aqui os números do Brasil



**História**

Onde tudo começou?

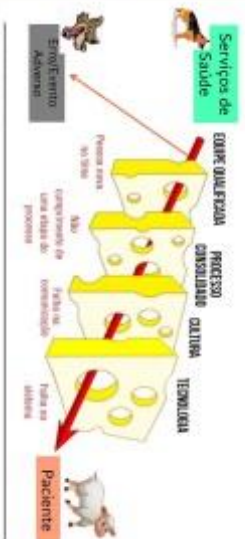
Se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, e até os militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

**Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2013.**

RDC 36

Exigem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

**Teoria do Queijo Suíço**



**SEGURANÇA DO PACIENTE**

1. Monitorar e promover o paciente
2. Melhorar a comunicação
3. Melhorar a organização e a infraestrutura
4. Melhorar a segurança e a prevenção de erros
5. Melhorar a educação e a conscientização
6. Melhorar a cultura de segurança

**Cultura de Segurança**

- Todos responsáveis pela própria segurança e segurança do paciente.
- não culpabilização;
- notificação do incidente;
- promoção de aprendizado com as falhas.



**Segunda Vítima**



## Benefícios



- Mitigação de Eventos Adversos
- Segurança para pacientes e profissionais
- Melhoria da imagem do serviço
- Promoção de Cultura de Segura e melhoria continua
- Incentivo de boas práticas em saúde - reflexões

## PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE



Identificação correta do paciente para garantir o cuidado certo para o paciente certo



Identificar paciente e tudo o que é relacionado a ele (Insumos, exames, receitas, etc).

Usar 03 identificadores:

- Nome completo
- Data de Nascimento
- Nome da mãe

RN?  
Nome Social?



### Pulseiras para alerta de Risco Assistencial

	<b>PRETO: Risco de alergia</b> Pacientes que possuem qualquer tipo de alergia
	<b>DOURADO: Atendimento Prioritário</b> Idosos, gestantes, portadores de doenças, crianças de até 60q, etc. que exigem atendimento prioritário em código azul.
	<b>LELA: Risco de Queda</b> Quem tem distúrbio com escala de Músculo - Vela Azeite 03

### Pulseiras para alerta de Risco Assistencial

	<b>CINZA: Risco de Lesão Por Pressão</b> Quem tem distúrbio com escala de Braden - Vela Azeite 04
	<b>ROSA: Resposta de membro</b> Membros com baixa movimentação por imobilidade, paralisia, uso de muletas ou cadeira, sequelas de AVC, uso de ventos, etc. membros caídos, etc.

Identificação de Insumos e Materiais

Nome:  
Mãe:  
DN:

Identificação de Acompanhantes

ACOMPANHANTE  
Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## Quando?

Admissão, transferência ou recebimento de pacientes



## QUEM?

Recepção: Identificação (pulseira branca)

Acolhimento: Risco assistencial (pulseiras coloridas)

Remoção feita pela enfermagem na alta.

		Paciente			
		1	2	3	4
Percepção sensorial	Tolerância ao frio	Muito	Um pouco	Um pouco	Muito
Umidade	Capacidade de absorver líquidos	Muito	Um pouco	Um pouco	Muito
Atividade	Atividade física	Ativo	Um pouco	Um pouco	Muito
Medicamentos	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos
Alimentação	Alimentação	Alimentação	Alimentação	Alimentação	Alimentação
Alcoolismo	Uso de álcool	Uso de álcool	Uso de álcool	Uso de álcool	Uso de álcool

### Escala de Braden LPP

Nº	CATEGORIA	Nota
1	Alto risco de queda severo - SIM	5
2	Risco de queda moderado - SIM	6
3	Risco de queda moderado - NÃO	7
4	Risco de queda leve - SIM	8
5	Risco de queda leve - NÃO	9
6	Risco de queda baixo - SIM	10
7	Risco de queda baixo - NÃO	11
8	Risco de queda muito baixo - SIM	12
9	Risco de queda muito baixo - NÃO	13
10	Risco de queda muito baixo - SIM	14
11	Risco de queda muito baixo - NÃO	15
12	Risco de queda muito baixo - SIM	16
13	Risco de queda muito baixo - NÃO	17
14	Risco de queda muito baixo - SIM	18
15	Risco de queda muito baixo - NÃO	19
16	Risco de queda muito baixo - SIM	20
17	Risco de queda muito baixo - NÃO	21
18	Risco de queda muito baixo - SIM	22
19	Risco de queda muito baixo - NÃO	23
20	Risco de queda muito baixo - SIM	24
21	Risco de queda muito baixo - NÃO	25
22	Risco de queda muito baixo - SIM	26
23	Risco de queda muito baixo - NÃO	27
24	Risco de queda muito baixo - SIM	28
25	Risco de queda muito baixo - NÃO	29
26	Risco de queda muito baixo - SIM	30
27	Risco de queda muito baixo - NÃO	31
28	Risco de queda muito baixo - SIM	32
29	Risco de queda muito baixo - NÃO	33
30	Risco de queda muito baixo - SIM	34
31	Risco de queda muito baixo - NÃO	35
32	Risco de queda muito baixo - SIM	36
33	Risco de queda muito baixo - NÃO	37
34	Risco de queda muito baixo - SIM	38
35	Risco de queda muito baixo - NÃO	39
36	Risco de queda muito baixo - SIM	40
37	Risco de queda muito baixo - NÃO	41
38	Risco de queda muito baixo - SIM	42
39	Risco de queda muito baixo - NÃO	43
40	Risco de queda muito baixo - SIM	44
41	Risco de queda muito baixo - NÃO	45
42	Risco de queda muito baixo - SIM	46
43	Risco de queda muito baixo - NÃO	47
44	Risco de queda muito baixo - SIM	48
45	Risco de queda muito baixo - NÃO	49
46	Risco de queda muito baixo - SIM	50
47	Risco de queda muito baixo - NÃO	51
48	Risco de queda muito baixo - SIM	52
49	Risco de queda muito baixo - NÃO	53
50	Risco de queda muito baixo - SIM	54
51	Risco de queda muito baixo - NÃO	55
52	Risco de queda muito baixo - SIM	56
53	Risco de queda muito baixo - NÃO	57
54	Risco de queda muito baixo - SIM	58
55	Risco de queda muito baixo - NÃO	59
56	Risco de queda muito baixo - SIM	60
57	Risco de queda muito baixo - NÃO	61
58	Risco de queda muito baixo - SIM	62
59	Risco de queda muito baixo - NÃO	63
60	Risco de queda muito baixo - SIM	64
61	Risco de queda muito baixo - NÃO	65
62	Risco de queda muito baixo - SIM	66
63	Risco de queda muito baixo - NÃO	67
64	Risco de queda muito baixo - SIM	68
65	Risco de queda muito baixo - NÃO	69
66	Risco de queda muito baixo - SIM	70
67	Risco de queda muito baixo - NÃO	71
68	Risco de queda muito baixo - SIM	72
69	Risco de queda muito baixo - NÃO	73
70	Risco de queda muito baixo - SIM	74
71	Risco de queda muito baixo - NÃO	75
72	Risco de queda muito baixo - SIM	76
73	Risco de queda muito baixo - NÃO	77
74	Risco de queda muito baixo - SIM	78
75	Risco de queda muito baixo - NÃO	79
76	Risco de queda muito baixo - SIM	80
77	Risco de queda muito baixo - NÃO	81
78	Risco de queda muito baixo - SIM	82
79	Risco de queda muito baixo - NÃO	83
80	Risco de queda muito baixo - SIM	84
81	Risco de queda muito baixo - NÃO	85
82	Risco de queda muito baixo - SIM	86
83	Risco de queda muito baixo - NÃO	87
84	Risco de queda muito baixo - SIM	88
85	Risco de queda muito baixo - NÃO	89
86	Risco de queda muito baixo - SIM	90
87	Risco de queda muito baixo - NÃO	91
88	Risco de queda muito baixo - SIM	92
89	Risco de queda muito baixo - NÃO	93
90	Risco de queda muito baixo - SIM	94
91	Risco de queda muito baixo - NÃO	95
92	Risco de queda muito baixo - SIM	96
93	Risco de queda muito baixo - NÃO	97
94	Risco de queda muito baixo - SIM	98
95	Risco de queda muito baixo - NÃO	99
96	Risco de queda muito baixo - SIM	100

### Escala de Morse Risco de Queda

Dispositivo	Ordem/Membro
1º membro (sim/não)	1º membro (sim/não)
2º membro (sim/não)	2º membro (sim/não)
3º membro (sim/não)	3º membro (sim/não)
4º membro (sim/não)	4º membro (sim/não)
5º membro (sim/não)	5º membro (sim/não)
6º membro (sim/não)	6º membro (sim/não)
7º membro (sim/não)	7º membro (sim/não)
8º membro (sim/não)	8º membro (sim/não)
9º membro (sim/não)	9º membro (sim/não)
10º membro (sim/não)	10º membro (sim/não)
11º membro (sim/não)	11º membro (sim/não)
12º membro (sim/não)	12º membro (sim/não)
13º membro (sim/não)	13º membro (sim/não)
14º membro (sim/não)	14º membro (sim/não)
15º membro (sim/não)	15º membro (sim/não)
16º membro (sim/não)	16º membro (sim/não)
17º membro (sim/não)	17º membro (sim/não)
18º membro (sim/não)	18º membro (sim/não)
19º membro (sim/não)	19º membro (sim/não)
20º membro (sim/não)	20º membro (sim/não)
21º membro (sim/não)	21º membro (sim/não)
22º membro (sim/não)	22º membro (sim/não)
23º membro (sim/não)	23º membro (sim/não)
24º membro (sim/não)	24º membro (sim/não)
25º membro (sim/não)	25º membro (sim/não)
26º membro (sim/não)	26º membro (sim/não)
27º membro (sim/não)	27º membro (sim/não)
28º membro (sim/não)	28º membro (sim/não)
29º membro (sim/não)	29º membro (sim/não)
30º membro (sim/não)	30º membro (sim/não)
31º membro (sim/não)	31º membro (sim/não)
32º membro (sim/não)	32º membro (sim/não)
33º membro (sim/não)	33º membro (sim/não)
34º membro (sim/não)	34º membro (sim/não)
35º membro (sim/não)	35º membro (sim/não)
36º membro (sim/não)	36º membro (sim/não)
37º membro (sim/não)	37º membro (sim/não)
38º membro (sim/não)	38º membro (sim/não)
39º membro (sim/não)	39º membro (sim/não)
40º membro (sim/não)	40º membro (sim/não)
41º membro (sim/não)	41º membro (sim/não)
42º membro (sim/não)	42º membro (sim/não)
43º membro (sim/não)	43º membro (sim/não)
44º membro (sim/não)	44º membro (sim/não)
45º membro (sim/não)	45º membro (sim/não)
46º membro (sim/não)	46º membro (sim/não)
47º membro (sim/não)	47º membro (sim/não)
48º membro (sim/não)	48º membro (sim/não)
49º membro (sim/não)	49º membro (sim/não)
50º membro (sim/não)	50º membro (sim/não)
51º membro (sim/não)	51º membro (sim/não)
52º membro (sim/não)	52º membro (sim/não)
53º membro (sim/não)	53º membro (sim/não)
54º membro (sim/não)	54º membro (sim/não)
55º membro (sim/não)	55º membro (sim/não)
56º membro (sim/não)	56º membro (sim/não)
57º membro (sim/não)	57º membro (sim/não)
58º membro (sim/não)	58º membro (sim/não)
59º membro (sim/não)	59º membro (sim/não)
60º membro (sim/não)	60º membro (sim/não)
61º membro (sim/não)	61º membro (sim/não)
62º membro (sim/não)	62º membro (sim/não)
63º membro (sim/não)	63º membro (sim/não)
64º membro (sim/não)	64º membro (sim/não)
65º membro (sim/não)	65º membro (sim/não)
66º membro (sim/não)	66º membro (sim/não)
67º membro (sim/não)	67º membro (sim/não)
68º membro (sim/não)	68º membro (sim/não)
69º membro (sim/não)	69º membro (sim/não)
70º membro (sim/não)	70º membro (sim/não)
71º membro (sim/não)	71º membro (sim/não)
72º membro (sim/não)	72º membro (sim/não)
73º membro (sim/não)	73º membro (sim/não)
74º membro (sim/não)	74º membro (sim/não)
75º membro (sim/não)	75º membro (sim/não)
76º membro (sim/não)	76º membro (sim/não)
77º membro (sim/não)	77º membro (sim/não)
78º membro (sim/não)	78º membro (sim/não)
79º membro (sim/não)	79º membro (sim/não)
80º membro (sim/não)	80º membro (sim/não)
81º membro (sim/não)	81º membro (sim/não)
82º membro (sim/não)	82º membro (sim/não)
83º membro (sim/não)	83º membro (sim/não)
84º membro (sim/não)	84º membro (sim/não)
85º membro (sim/não)	85º membro (sim/não)
86º membro (sim/não)	86º membro (sim/não)
87º membro (sim/não)	87º membro (sim/não)
88º membro (sim/não)	88º membro (sim/não)
89º membro (sim/não)	89º membro (sim/não)
90º membro (sim/não)	90º membro (sim/não)
91º membro (sim/não)	91º membro (sim/não)
92º membro (sim/não)	92º membro (sim/não)
93º membro (sim/não)	93º membro (sim/não)
94º membro (sim/não)	94º membro (sim/não)
95º membro (sim/não)	95º membro (sim/não)
96º membro (sim/não)	96º membro (sim/não)
97º membro (sim/não)	97º membro (sim/não)
98º membro (sim/não)	98º membro (sim/não)
99º membro (sim/não)	99º membro (sim/não)
100º membro (sim/não)	100º membro (sim/não)

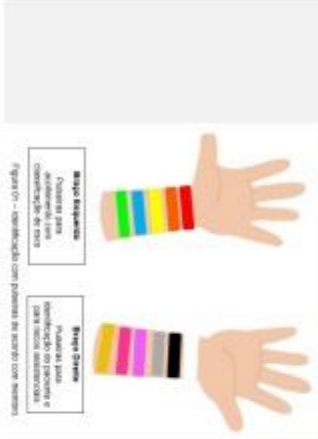


Figura 01 - Identificação com pulseira de acordo com o sistema.

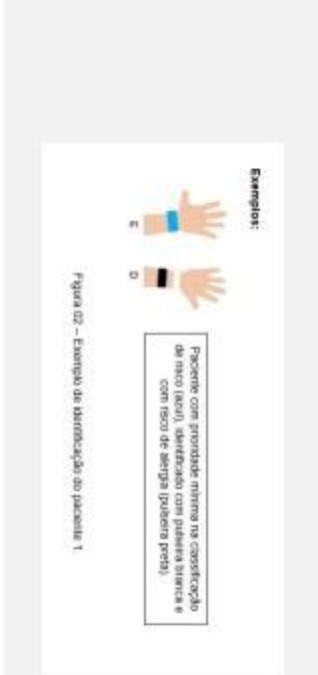


Figura 02 - Exemplo de identificação do paciente 1.

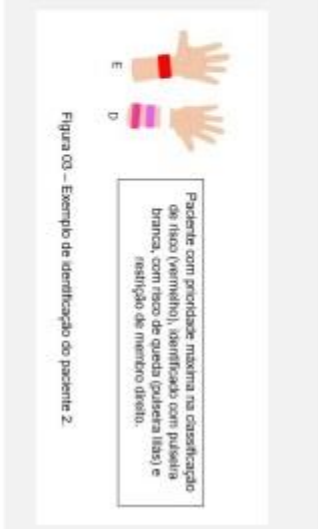


Figura 03 - Exemplo de identificação do paciente 2.

## Verificação da Identificação

- Realizar confirmação antes de qualquer cuidado;
- Pedir para o paciente/companhante confirmar;
- Envolver paciente e familiar/companhante.

Pacientes sem identificação?

## Indicadores

Realizar notificação de não conformidade com a identificação do paciente - MELHORIA DO PROCESSO.



## Dúvidas? Sugestões?



# APÊNDICE E – MATERIAL DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DO PROTOCOLO PARA A SECRETARIA DE SAÚDE

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional - PPGSCAL UNIFESP**

**Proposta de Implantação de um Protocolo de Identificação do Paciente na Unidade de Pronto Atendimento de Forquilha - SC.**

Proposta de Projeto de Produto para dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva - PPGSCAL UNIFESP

Mestranda: Chayenne Rickert  
Orientadora: Dra. Cristiane Tomasi

---

**Quem sou eu?**



- Enfermeira
- Especialista em CC, CME e SARA - Hospital São Lucas de
- Mestranda em Gestão da Qualidade e Acreditação Hospitalar
- Especialista em Urgência, Emergência e UTI
- Mestranda em Saúde Coletiva - PPGSCAL UNIFESP
- Docente UNIFESP
- Experiência em: Centro Cirúrgico, Central de Esterilização, Urgência e Emergência, UTI e ESI.

[chayenne@unifesp.br](mailto:chayenne@unifesp.br)  
45 99824904

---

**O que é Segurança do Paciente?**



Capacidade de um serviço evitar lesões e danos ao paciente, decorrentes de cuidado, que tem como objetivo ajudá-lo

Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

**Por que se preocupar com a Segurança do Paciente?**



**Morre idosa que teve nome trocado em etiqueta de identificação em UPA de Fortaleza**

Idosa que teve medicação trocada por paciente com mesmo nome consegue vaga em hospital de MS: 'Aliviada'

**Troca de prontuários de pacientes foi causa de erro médico em idosa no HGE**

**Segunda vítima?**

Técnica em enfermagem, acusada de erro em vacinação infantil, diz que nunca fez curso para vacinar contra Covid-19

**Técnica de enfermagem fala de erro que matou mulher e chora: 'Desculpe'**

**Quanto custa não ter segurança nos processos?**

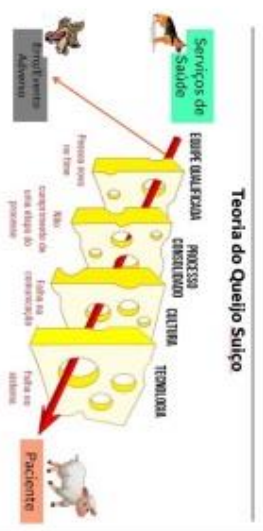
Hospital deve indenizar paciente em R\$ 50 mil por erro em dose de medicamento

Enfermeira e técnico em enfermagem são punidos após erro que teria deixado paciente em coma

**Hospital deveria indenizar mulher por troca de exames de pacientes**

**Paciente morre em hospital público e família diz que recebeu corpo errado: troca de cadáveres é investigada**

**Remédio dado para bebê que morreu após atendimento em UPA de Praia Grande foi riscado no prontuário**



## Programa Nacional de Segurança do Paciente - 2013

Portaria 329 de 12 de abril de 2013

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º - Objetivos

1 - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implementação de gestão de risco e de Sistemas de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

### SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar o paciente e o processo.
- 2 Melhorar a comunicação.
- 3 Reduzir a infecção e a propagação.
- 4 Promover a segurança do paciente em cirurgias.
- 5 Promover a segurança do paciente em transfusões.
- 6 Melhorar a segurança do paciente em procedimentos de emergência.

## Proposta

1. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente na Primeira Assessoria Médica - ICDORX	2. Importância do Produto de Identificação do Paciente no PAM
2. Construção e validação de instrumento de segurança de risco para a Secretaria de Saúde e Coordenação do PAM	3. Avaliação dos resultados da proposta
3. Treinamentos dos profissionais para aplicação do produto	

### Quanto vai custar?



### Recursos Humanos X Recursos Financeiros

Não é custo, e sim investimento.

### Recursos Humanos

#### Equipe do PAM e Coordenação

Mestranda Chayenne - Implantação, treinamentos e validação

### Recursos Financeiros - Materiais

#### Pulseiras de Identificação



100 pulseiras: +- R\$ 40.00 (4 centavos por pulseira)

06 cores de pulseiras personalizadas

Atendimentos/mês: ?

### Benefícios

- Mitigação de Eventos Adversos
- Segurança para pacientes e profissionais
- Melhora da imagem do serviço
- Promoção de Cultura de Segurança e melhoria contínua
- Incentivo de boas práticas em saúde - reflexões




## APÊNDICE F – COMPROVANTE DE VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

### DECLARAÇÃO DE VALIDAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o protocolo de Identificação do Paciente no Pronto Atendimento concebido pela mestranda Chayenne Ricken, sob orientação da Profª Drª Cristiane Damiani Tomasi atende as necessidades e premissas do serviço que foi devidamente validado e após treinamento das equipes assistenciais, implantado no serviço de pronto atendimento no município de Forquilha, sendo um documento que norteará ações relativas à identificação de pacientes respeitando as concepções de segurança do paciente.

  
 Diego Melo  
 Secretário Municipal de Saúde

  
 Daiani Cechinel  
 Secretária Adjunta

  
 Celina Honório  
 Coordenadora do PAM

  
 Talia Hoffmann Borges  
 Enfermeira PAM

## **ANEXOS**

**ANEXO A – CARTA DE ACEITE**

Município de  
**Forquilha**

**CARTA DE ACEITE**

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar os servidores e espaço físico da Instituição Pronto Atendimento Municipal, localizada na rua Prof. Arlindo Junkes, nº 257 – Centro, Forquilha/SC – CEP 88850-000 , para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Segurança do Paciente: Implantação de Um Protocolo de Identificação em uma Unidade De Pronto Atendimento Em Forquilha – SC.” sob a responsabilidade do professor(a) responsável Dra. Cristiane Damiani Tomasi e pesquisadora Chayenne Ricken do Mestrado em Saúde Coletiva (PPGSCol) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

*Diego Melo*  
Secretário de Saúde  
Forquilha - SC

Diego Melo

Secretário de Saúde de Forquilha - SC

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO HSOPSC 1.0

### Apêndice A. Instrumento do E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar

Este questionário solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e notificações de incidentes em seu hospital e tomará cerca de 15 minutos para ser preenchido.

Se não quiser responder alguma questão, ou se alguma pergunta não se aplicar a você, pode deixá-la em branco.

- “Incidente” é definido como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente.
- “Segurança do paciente” é definida como redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável.

Este questionário é estritamente confidencial; todos os dados serão gerenciados respeitando rigorosamente a confidencialidade estatística.

#### Seção A - Sua área/unidade de trabalho

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

- Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
- Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.
 

Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco

10. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
11. Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
12. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
14. Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
15. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
16. Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco

#### Seção B - O seu supervisor/chefe

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

19. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
20. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
21. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
22. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco

### Seção C - Comunicação

Com que frequência às situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

23. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos.
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
24. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
25. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
26. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
27. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
28. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco

### Seção D - Frequência de eventos notificados

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem as falhas a seguir, com que frequência elas são notificadas?

29. Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
30. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
31. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco

### Seção E - O seu hospital

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu hospital.

32. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
33. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
34. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco

35. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
36. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
37. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
38. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital."
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
39. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade máxima."
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
40. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso."
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
41. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco
42. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.
- Discordo totalmente      Discordo      Não concordo nem discordo      Concordo      Concordo totalmente      Não se aplica / Em branco

#### Seção F - Informação adicional sobre seu Serviço/Unidade

43. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, ou qualquer outro cuidado e procedimento a ser realizado com o paciente, o profissional que escuta repete a ordem em voz alta para quem a emitiu, para assegurar -se de que ela tenha sido bem compreendida?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
44. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais que recebem anotam a ordem no documento clínico correspondente?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
45. Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
46. Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco
47. As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?
- Nunca      Quase Nunca      Às vezes      Quase Sempre      Sempre      Não se aplica / Em branco

48. Antes de assinar o consentimento informado, solicita-se ao paciente ou ao seu representante que repita o que ele entendeu sobre os possíveis riscos de se submeter ou recusar o exame, cirurgia ou tratamento envolvido? (Responder se for profissional médico)

Nunca  Quase Nunca  Às vezes  Quase Sempre  Sempre  Não se aplica / Em branco

49. Em pacientes provavelmente terminais, indagam-se com antecedência as suas preferências sobre as condutas de manutenção da vida? (Responder somente se a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais).

Nunca  Quase Nunca  Às vezes  Quase Sempre  Sempre  Não se aplica / Em branco

50. Os profissionais recebem prescrições verbais relacionadas à quimioterapia? (Responder somente se a sua unidade oferece tratamento quimioterápico).

Nunca  Quase Nunca  Às vezes  Quase Sempre  Sempre  Não se aplica / Em branco

51. Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?

Nunca  Quase Nunca  Às vezes  Quase Sempre  Sempre  Não se aplica / Em branco

### Seção G - Informações Gerais

52. Por favor, marque a nota que você daria para a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

Pésimo  Ruim  Regular  Bom  Excelente  Não se aplica / Em branco

53. Há quanto tempo (em anos) você trabalha neste hospital?

54. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

55. Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

56. Nos últimos 12 meses, quantas notificações de eventos você preencheu e registrou?

57. No seu cargo/função, você tem interação ou contato direto com os pacientes?

SIM, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes

NÃO, eu NÃO costumo ter contato ou interação direta com os pacientes

58. Há quanto tempo (em anos) você trabalha na sua especialidade ou profissão atual?

59. Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

Médico do Corpo Clínico

Médico Residente

Farmacêutico

Nutricionista

Assistente Social

Odontólogo

Psicólogo

Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo

Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)

Administração/Direção

Auxiliar administrativo/Secretário

Outros

60. Qual é a sua principal área/unidade de trabalho? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica

Medicina Clínica

Cirurgia

Obstetria

Pediatria

Emergência

Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)

Psiquiatria/Saúde mental

Reabilitação

Farmácia

Laboratório

Radiologia

Anestesiologia

Outros

### Seção H: Seus comentários

61. Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança do paciente, erro ou notificação de eventos no seu hospital.

## ANEXO C – PARECER DO CEP UNESC



O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

**Parecer n.:** 6.333.624

**CAAE:** 74355023.4.0000.0119


**Pesquisador(a) Responsável:** Cristiane Damiani Tomasi

**Pesquisador(a):** CHAYENNE RICKEN

**Título:** SEGURANÇA DO PACIENTE: PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM FORQUILHINHA – SC

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 29 de Setembro de 2023.

  
**Marco Antônio da Silva**  
Coordenador do CEP

## ANEXO D - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO PAM – E-QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
E-QUESTIONÁRIO DE CULTURA DE SEGURANÇA HOSPITALAR

### RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO (VERSÃO 1.0)

#### Dados da Avaliação

**Nome:** Avaliação de Cultura de Segurança do Paciente no PAM

**Hospital Avaliado:** Pronto Atendimento Municipal de Forquilha

**Data de Início:** 11 de Novembro de 2023 às 15:02

**Data de Término:** 11 de Fevereiro de 2024 às 15:02

**Qtd. Questionários Respondidos:** 19

**Qtd. Questionários Enviados:** 27

**Percentual de Resposta:** 70,0%

**Percentual respondido por email (N):** -100,0% (-19)

**Percentual respondido por aplicativo (N):** 200,0% (38)

#### Dimensões de Destaque

##### Melhores Resultados

- 1 - Trabalho em equipe entre unidades
- 2 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços
- 3 - Trabalho em equipe na unidade/serviço

##### Piores Resultados

- 12 - Resposta não punitivas para erros
- 11 - Frequência de eventos notificados
- 10 - Percepção de segurança

#### Estatística Descritiva

##### 1. Caracterização da Amostra

Tabela 1 - Porcentagem de participantes por serviço

Serviço	Número	Porcentagem
Radiologia	0	0,0%
Laboratório	0	0,0%
Outros	1	7,7%
Anestesiologia	0	0,0%
Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)	0	0,0%
Diversas unidades do hospital / Nenhuma unidade específica	1	7,7%
Cirurgia	0	0,0%
Medicina Clínica	2	15,4%
Pediatria	0	0,0%
Obstetrícia	0	0,0%
Psiquiatria/Saúde mental	0	0,0%
Emergência	9	69,2%
Farmácia	0	0,0%
Reabilitação	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

Tabela 2 - Porcentagem de participantes por profissão

Profissão	Número	Porcentagem
Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	0	0,0%
Psicólogo	0	0,0%
Administração/Direção	1	7,1%
Técnico (por ex., ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	0	0,0%
Outros	1	7,1%
Auxiliar administrativo/Secretário	0	0,0%
Enfermeiro	2	14,3%
Auxiliar de Enfermagem	0	0,0%
Técnico de Enfermagem	2	14,3%
Médico Residente	0	0,0%
Médico do Corpo Clínico	8	57,1%
Nutricionista	0	0,0%
Farmacêutico	0	0,0%
Odontólogo	0	0,0%
Assistente Social	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Tabela 3 - Tempo trabalhado neste hospital

Tempo	Número	Porcentagem
menos que 1 ano	6	50,0%
de 2 à 5 anos	4	33,3%
de 6 à 10 anos	1	8,3%
de 11 à 15 anos	0	0,0%
de 16 à 20 anos	0	0,0%
21 anos ou mais	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Tabela 4 - Tempo trabalhado na área/unidade atual

Tempo	Número	Porcentagem
menos que 1 ano	4	36,4%
de 2 à 5 anos	3	27,3%
de 6 à 10 anos	1	9,1%
de 11 à 15 anos	0	0,0%
de 16 à 20 anos	1	9,1%
21 anos ou mais	0	0,0%

<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>
--------------	----------	-------------

**Tabela 5 - Tempo trabalhado na especialidade/profissão atual**

<b>Tempo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
menos que 1 ano	5	41,7%
de 2 à 5 anos	5	41,7%
de 6 à 10 anos	0	0,0%
de 11 à 15 anos	0	0,0%
de 16 à 20 anos	0	0,0%
21 anos ou mais	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Tabela 6 - Quantidade de horas trabalhadas por semana**

<b>Tempo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
até 20 horas	5	38,5%
de 21 à 39 horas	4	30,8%
40 ou mais horas	4	30,8%
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

**Tabela 7 - Interação ou contato direto com os pacientes**

<b>Contato</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
SIM, eu costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	14	100,0%
NÃO, eu NÃO costumo ter contato ou interação direta com os pacientes	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

## 2. Cultura de Segurança do Paciente: Indicadores do HSOPSC

**Tabela 8 - Quantidade de eventos adversos notificados**

<b>Quantidade</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
nenhuma notificação	0	0,0%
de 1 à 2 casos	1	25,0%
de 3 à 5 casos	2	50,0%
de 6 à 10 casos	1	25,0%
de 11 à 20 casos	0	0,0%
mais de 21 casos	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

Tabela 9 - Percepção da segurança do paciente no ambiente de trabalho

Nota	Número	Porcentagem
Péssimo	0	0,0%
Regular	2	14,3%
Ruim	0	0,0%
Excelente	2	14,3%
Bom	10	71,4%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Tabela 10 - Porcentagem de respostas por dimensão

Dimensões	Positivas
1 - Frequência de eventos notificados	<b>48,9%</b>
2 - Percepção de segurança	52,1%
3 - Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	64,8%
4 - Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	61,5%
5 - Trabalho em equipe na unidade/serviço	74,3%
6 - Abertura para comunicações	60,0%
7 - Feed-back e comunicação sobre erros	54,0%
8 - Resposta não punitivas para erros	<b>24,5%</b>
9 - Dimensionamento de pessoal	54,7%
10 - Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	68,1%
11 - Trabalho em equipe entre unidades	<b>75,9%</b>
12 - Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	<b>75,0%</b>

### 3. Cultura de Segurança do paciente: Itens agrupados por dimensões

**Observação:** Valores menores que 4% não são mostrados nos gráficos abaixo

#### 1. Frequência de eventos notificado

1. Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?



2. Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?



3. Os erros que poderiam causar dano ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?



#### 2. Percepção de segurança

1. Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte.



2. A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho.



3. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.



4. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.



### 3. Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança

1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.



2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente.



3. Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".



4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.



### 4. Aprendizagem organizacional/melhoria continuada.

1. Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente.



2. Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo.



3. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade.



### 5. Trabalho em equipe na unidade/serviço.

1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas as outras.



2. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.



3. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.



4. Quando alguém nesta unidade está sobrecarregado, recebe ajuda de seus colegas.



### 6. Abertura para comunicações

1. Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente.



2. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores.



3. Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.



### 7. Feed-back e comunicação sobre erros

1. Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos.



2. Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.



3. Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam.

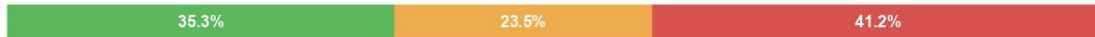


### 8. Resposta não punitivas para erros

1. Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles.



2. Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.



3. Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.



### 9. Dimensionamento de pessoal

1. Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho.



2. Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva.



3. A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente.



4. Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido.



### 10. Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente

1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.



2. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade.



3. A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.



### 11. Trabalho em equipe entre unidades

1. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.



2. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto



3. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.



4. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.



#### 12. Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços

1. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?



2. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.



3. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.



4. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.



#### 4. Indicadores de boas práticas (Projeto ISEP-Brasil) da Seção F

Tabela 11 - Porcentagem de respostas por indicador

Questão	Número	Porcentagem
43. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, ou qualquer outro cuidado e procedimento a ser realizado com o paciente, o profissional que escuta repete a ordem em voz alta para quem a emitiu, para assegurar-se de que ela tenha sido bem compreendida?	19	31,6%
44. Ao receber prescrições verbais sobre o tratamento, cuidado ou procedimento a ser realizado com o paciente, os profissionais que recebem anotam a ordem no documento clínico correspondente?	19	42,1%
45. Antes de realizar uma nova prescrição, revisa-se a lista de medicamentos que o paciente está tomando?	19	63,2%
46. Todas as mudanças na medicação são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente	19	42,1%
47. As informações que afetam o diagnóstico do paciente são comunicadas de forma clara e rápida a todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente?	19	52,6%
48. Antes de assinar o consentimento informado, solicita-se ao paciente ou ao seu representante que repita o que ele entendeu sobre os possíveis riscos de se submeter ou recusar o exame, cirurgia ou tratamento envolvido? (Responder se for profissional médico)	19	36,8%
49. Em pacientes provavelmente terminais, indagam-se com antecedência as suas preferências sobre as condutas de manutenção da vida? (Responder somente se a sua unidade atende pacientes provavelmente terminais).	18	22,2%
50. Os profissionais recebem prescrições verbais relacionadas à quimioterapia? (Responder somente se a sua unidade oferece tratamento quimioterápico)	17	0,0%
51. Durante a alta, os pacientes recebem orientações verbais e escritas quanto à continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento ambulatorial?	19	57,9%