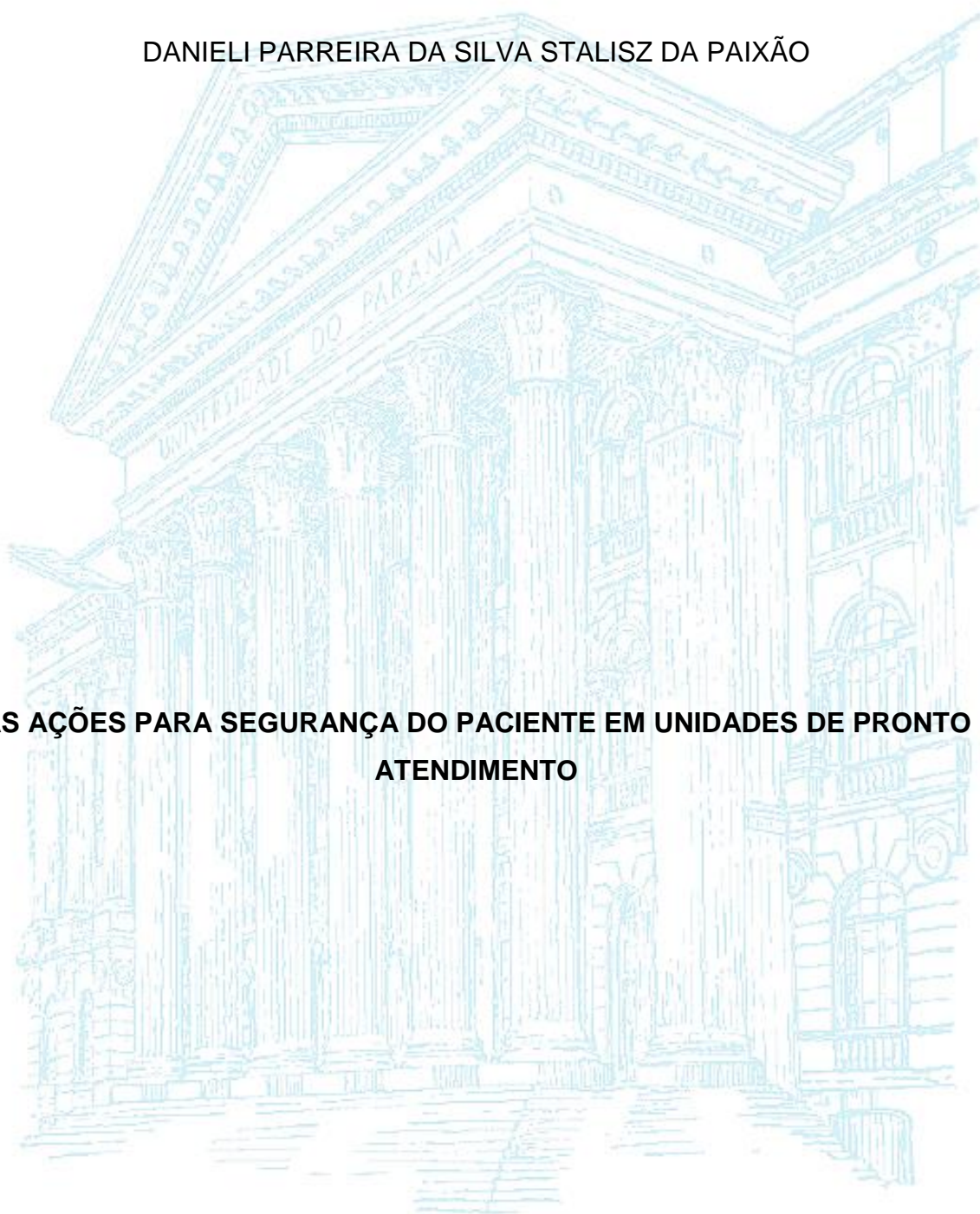


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELI PARREIRA DA SILVA STALISZ DA PAIXÃO

**AS AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO**



CURITIBA

2017

DANIELI PARREIRA DA SILVA STALISZ DA PAIXÃO

**AS AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz

CURITIBA
2017

Paixão, Danieli Parreira da Silva Stalisz da
As ações para segurança do paciente em unidades de pronto atendimento / Danieli
Parreira da Silva Stalisz da Paixão – Curitiba, 2017.
130 f. : il. (algumas color.); 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de
de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Segurança do paciente. 2. Serviços médicos de emergência. 3. Qualidade da
assistência à saúde. 4. Enfermagem em emergência. I. Cruz, Elaine Drehmer de Almeida.
II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.025



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **DANIELI PARREIRA DA SILVA STALISZ DA PAIXÃO**, intitulada: "**AS AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 14 de Agosto de 2017.

ELAINE DREHER DE ALMEIDA CRUZ
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

LETÍCIA PONTES
Avaliador Interno (UFPR)

EDINEIS DE BRITO GUIRARDELLO
Avaliador Externo (UNICAMP)

*Dedico esta dissertação a todos que contribuíram
com o seu processo de construção e
desenvolvimento, em especial à minha
orientadora Prof^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz
pelos valiosos ensinamentos.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, autor da vida, que está presente em todos os momentos da nossa jornada, dando força e sustento no caminho.

À minha família, que sempre me incentivou na educação, e com certeza foram a base para que eu pudesse chegar até aqui. Sempre apoiando e estando por perto, demonstrando interesse e compreensão em cada momento. Um agradecimento especial ao meu irmão Guilherme que com toda atenção do mundo fez a análise estatística deste trabalho e me socorreu várias vezes nas dúvidas que surgiam.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz, que acreditou em mim me acolhendo como orientanda e conduzindo este trabalho com tanta maestria. Não poderia ter sido uma experiência melhor! Descobri uma nova vertente para o trabalho da enfermagem, sobretudo uma lacuna quando se trata dos serviços de emergência, e me sinto honrada em poder compartilhar um pouco do que desenvolvi com os pares.

À Prefeitura Municipal de Curitiba, por ter me proporcionado a oportunidade de estar no Mestrado Profissional, modalidade esta que agrega tantos conhecimentos à nós discentes, mas também agrega à instituição, uma vez que trabalhamos em consonância com os serviços.

À Universidade Federal do Paraná e aos professores do Mestrado Profissional, que tornaram esse processo um aprendizado contínuo, valorizando todas as experiências trazidas e nos auxiliando na construção do pensamento crítico e na mudança das nossas realidades.

Aos colegas do Mestrado Profissional, de modo particular Katiuska e Etiene, que compartilharam esses dois anos de alegrias, desafios, eventos e vitórias, serão sempre lembrados, a convivência com vocês fez esse processo mais leve, mais suave e doce.

À Ana Maria Cosvoski Alexandre, minha colega de trabalho que me incentivou a tentar o mestrado e me auxiliou com a construção do projeto para que eu pudesse conseguir essa vaga! Toda minha gratidão, nunca vou esquecer o que fez por mim!

À Maria Geny, profissional exemplar, que acabou se tornando uma amiga, que me acompanhou durante muito tempo, e ajudou muito na manutenção do equilíbrio necessário para seguir em frente.

Aos colegas de trabalho, em especial Cintia, Milena, Regiane, Vanessa, Angela que tantas vezes me socorreram nestes dois anos com infinitas trocas de plantão para que eu pudesse estar aqui, ou em outras atividades que se fizeram necessárias, e que me deram suporte em momentos de muita dificuldade. Vocês são ótimas!!!! Nossa amizade é para sempre!!!!

Aos pacientes e familiares que participaram da pesquisa, ainda que situações delicadas, destinaram um tempo para contribuir com este trabalho.

Aos profissionais das UPA, em especial aos que participaram desta pesquisa! Com certeza sem vocês este trabalho não seria o que é. Agradeço a paciência e compreensão que tiveram todas as vezes em que precisei realizar a coleta de dados. Aos que participaram das oficinas a disponibilidade e presença de vocês foi fundamental. Guardo no coração todos que estiveram comigo neste período.

Aos colegas do grupo de pesquisa, que sempre se fizeram presentes, contribuindo na construção deste. Em especial à Eliane que participou das oficinas e ao Josemar que além de participar das oficinas me ajudou muito na fase de discussão e construção das tabelas. Foram ótimos!!!!

Às bancas Prof^a Dr^a Edinêis de Brito Guirardello, Prof^a Dr^a Letícia Pontes, Prof^a Dr^a Leila Maria Mansano Sarquis e Prof^a Dr^a Maria de Fátima Mantovani que deram contribuições fundamentais na qualificação para a execução deste trabalho.

A todos minha sincera gratidão!

“Tratar atempadamente/oportunamente, com eficácia e segurança, não é apenas um dever ético dos profissionais de saúde – contribui também para a efetividade e sustentabilidade do sistema de saúde.”

João Pereira

RESUMO

A segurança do paciente está atrelada à qualidade da assistência e inclui ações básicas, as quais são estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a todos os serviços de saúde do país. Unidades de pronto atendimento (UPA) caracterizam-se por alta demanda que somada à sobrecarga de trabalho e recursos humanos insuficientes comprometem a segurança. Esta pesquisa teve por objetivos realizar o diagnóstico situacional da segurança do paciente nas Unidades de Pronto Atendimento do Município de Curitiba-PR e elaborar ações para a sua promoção. Trata-se de uma pesquisa ação, estruturada em duas etapas, Fase Exploratória e Plano de Ação. Na Fase Exploratória foi realizada a coleta de dados, entre abril e setembro de 2016, em amostra estratificada, em dois estágios, nas oito UPA administradas pelo município, utilizando-se *checklist* estruturado em seis categorias, contendo itens básicos para a segurança, que correspondem aos protocolos do PNSP, relativos à identificação do paciente, risco de queda, risco de lesão por pressão, administração de medicamentos, risco de infecção e risco cirúrgico. Os dados relativos a 377 pacientes foram analisados por estatística descritiva. Esta fase encerrou-se com uma oficina cujo objetivo foi apresentar aos profissionais das UPA o diagnóstico situacional e definir os temas para o Plano de Ação. Este plano foi desenvolvido durante quatro oficinas, de outubro a novembro de 2016, nas quais os temas definidos como prioritários foram debatidos com vistas a elaborar ações de melhorias com base nos resultados da Fase Exploratória, contexto organizacional das UPA e ações estabelecidas pelo PNSP. Como resultados destaca-se que, na Fase Exploratória, foram identificadas importantes lacunas associadas à segurança, tais como ausência de identificação sistematizada e segura do paciente, ausência de avaliação e sinalização do risco para queda e desenvolvimento de lesão por pressão. Observou-se que 52,8% das soluções parenterais em uso não estavam identificadas e que em apenas 29,4% dos pacientes a condição alérgica foi investigada. Porém, em 80,6% dos pontos de assistência havia a disponibilidade de solução alcoólica para a higienização das mãos. O Plano de Ação resultou em ações elaboradas participativamente, direcionadas à realidade do campo de pesquisa e fundamentadas no PNSP no que diz respeito à identificação do paciente e administração de medicamentos de alta vigilância. Concluiu-se existir importantes fragilidades em relação à assistência segura nas UPA; porém, o envolvimento de parte dos profissionais que nelas atuam contribuiu para traçar ações de segurança com base no contexto assistencial e incentivar a continuidade da construção participativa e melhoria da qualidade da assistência.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Serviços Médicos de Emergência. Qualidade da Assistência à Saúde. Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

Patient safety is an important issue, which is linked to the quality of care and includes, necessarily, basic actions, set by the National Patient Safety Program (PNSP) to all health services in the country. Early Care Units (UPA), a Brazilian health care service, are characterized by extremely high demand, work overload and insufficient human resources, a situation that compromises safety in many levels. The objective of this research was: 1) to carry out a situational diagnosis of patient safety in the 24-hour UPAs of the Municipality of Curitiba (in the State of Paraná), and 2) to come up with actions for its promotion. It is an action research, structured in two stages, *Exploratory Phase* and *Plan of Action*; all the steps observed the ethical precepts of a research with human beings. In the Exploratory Phase, between April and September of 2016, in two stages, data collection was performed with the means of stratified sampling, in all eight UPA administered by the Municipality of Curitiba, besides a structured checklist based on the PNSP protocols, regarding patient identification, risk of fall, risk of pressure injury, medication administration, risk of infection and surgical risk. Data on 377 patients was analyzed by the means of descriptive statistics. This phase ended with a workshop aimed at presenting to all UPA professionals the current situational diagnosis, and at defining the topics for a Plan of Action. Such plan was developed during four workshops, in October and November of 2016, in which all of the most relevant issues were discussed, with the purpose of elaborating improvement actions. These actions were based on: 1) the results of the Exploratory Phase, 2) the organizational context of the UPAs, and 3) actions established by the PNSP. As a preliminary result, it should be noted that, in the Exploratory Phase, important safety-related gaps were identified, such as lack of systematized and safe identification of patients, and absence of assessment in cases of risk of falling and development of pressure injury. It was observed that 52.8% of the parenteral solutions in use were not identified, and that only 29.4% of patients had their allergic conditions investigated. However, in 80.6% of all assistance points it was possible to find alcoholic solutions for hand hygiene. The Action Plan resulted in participatory actions, directed to the reality of the field of research and based on the PNSP, regarding patient identification and administration of high vigilance drugs. It can be concluded that there are important weaknesses in relation to safe care in the investigated UPAs; however, the involvement of health professionals contributed to build up safety actions based on the assistance context, encouraging a continual improvement in the quality of assistance.

Keywords: Patient Safety; Emergency Medical Services; Quality of Health Care; Emergency Nursing

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PORTE DAS UPA.....	25
QUADRO 2 – EIXOS E ÁREAS DE ATENDIMENTO DAS UPA.....	28
QUADRO 3 – ETAPAS DA METODOLOGIA DA PESQUISA AÇÃO.....	35
QUADRO 4 – CRONOGRAMA PARA COLETA DE DADOS NAS UPA.....	39
QUADRO 5 – MÉTODO PARA APLICAÇÃO DO <i>CHECKLIST</i> A PACIENTES DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO. CURITIBA – PARANÁ, 2016.....	40
QUADRO 6 – CONDIÇÃO ALÉRGICA INFORMADA E REGISTRO EM PRONTUÁRIO. CURITIBA-PARANÁ, 2016.....	48
QUADRO 7 – SÍNTESE DAS OFICINAS. CURITIBA – PARANÁ, 2016.....	51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CÁLCULO AMOSTRAL POR UPA E SETOR PARA COLETA DE DADOS	37
TABELA 2 – PACIENTES AMOSTRADOS POR DATA E SETOR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. CURITIBA – PARANÁ, 2016	44
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA – PARANÁ, 2016	45
TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES POR SETOR DE ATENDIMENTO E FAIXA ETÁRIA. CURITIBA – PARANÁ, 2016	46
TABELA 5 – INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA – PARANÁ, 2016	46
TABELA 6 – RISCO DE QUEDA DE ACORDO COM SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA – PARANÁ, 2016	48
TABELA 7 – RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO DE ACORDO COM SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA – PARANÁ, 2016	49
TABELA 8 – PRESENÇA DE LESÃO POR PRESSÃO DE ACORDO COM SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016	50
TABELA 9 – PROFISSÃO DOS PARTICIPANTES POR OFICIINA. CURITIBA – PARANÁ, 2016	50
TABELA 10 – NÚMERO DE PARTICIPANTES POR UPA NAS OFICINAS. CURITIBA – PARANÁ, 2016	51
TABELA 11 – RESULTADO DA AVALIAÇÃO DAS OFICINAS. CURITIBA – PARANÁ, 2016	53

LISTA DE SIGLAS

FEAES	- Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde
JCAHO	- <i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</i>
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PMC	- Prefeitura Municipal de Curitiba
PNAU	- Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNSP	- Programa Nacional para a Segurança do Paciente
SAMU	- Serviço Móvel de Urgência e Emergência
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UPA	- Unidades de Pronto Atendimento 24 horas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	JUSTIFICATIVA.....	17
1.2	OBJETIVOS	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	18
2.2	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	22
2.1.1	Políticas de Urgência e Emergência.....	22
2.2.2	Implantação das UPA	24
2.2.3	Atribuições e funcionamento das UPA	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	29
3.1	PESQUISA AÇÃO	29
3.2	OFICINA.....	32
3.2.1	Tema e análise da demanda	33
3.2.2	Foco e temas geradores.....	33
3.2.3	Condução da oficina.....	33
4	MÉTODO	35
4.1	FASE EXPLORATÓRIA	35
4.1.1	Local da pesquisa e cálculo amostral	36
4.1.2	Participantes da pesquisa e coleta de dados	38
4.2	PLANO DE AÇÃO	40
4.2.1	Grupo de trabalho.....	40
4.2.2	Oficinas.....	41
4.2.2.1	Avaliação	42
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
5	RESULTADOS	44
5.1	FASE EXPLORATÓRIA	44
5.2	PLANO DE AÇÃO	50
5.2.1	Caracterização dos participantes das oficinas.....	50
5.2.2	Oficinas.....	51
5.2.2.1	Avaliação das oficinas pelos participantes	52
6	DISCUSSÃO	54
6.1	FASE EXPLORATÓRIA	54

6.1.1	Perfil dos participantes atendidos.....	54
6.1.2	Indicadores de Segurança do Paciente	57
6.1.2.1	Identificação do Paciente.....	57
6.1.2.2	Administração de Medicamentos.....	58
6.1.2.3	Risco de Queda.....	61
6.1.2.4	Risco de Infecção	63
6.1.2.5	Risco de Lesão por Pressão.....	64
6.1.2.6	Risco Cirúrgico	65
6.2	PLANO DE AÇÃO	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	DOS PACIENTES	86
	APÊNDICE 2 - CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS	88
	APÊNDICE 3 - CARTAZ AFIXADO NOS MURAIAS DAS UPAS	
	CONVIDANDO PARA AS OFICINAS.....	89
	APÊNDICE 4 - CARTA CONVITE ÀS COORDENAÇÕES LOCAIS DAS	
	UPA.....	90
	APÊNDICE 5 - JOGO DA SEGURANÇA DO PACIENTE	91
	APÊNDICE 6 - PLANEJAMENTO DAS OFICINAS.....	92
	APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS OFICINAS	97
	APÊNDICE 8 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	98
	APÊNDICE 9 - RESULTADOS DAS OFICINAS.....	100
	APÊNDICE 10 - RELATÓRIO DA SEGUNDA OFICINA ENTREGUE AOS	
	PARTICIPANTES.....	109
	APÊNDICE 11 - AÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	111
	APÊNDICE 12 - PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS.....	113
	ANEXO 1 - CHECKLIST	118
	ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM	
	PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	120
	ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM	
	PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA ...	127

1 INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência dos serviços de saúde prestados à população é amplamente discutida contribuindo para iniciativas que visam seu aprimoramento. (ANVISA, 2013). Um dos precursores dessa área, Avedis Donabedian, conceituou qualidade com sendo o reconhecimento da obtenção de maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, gerando um atendimento confiável, seguro e no tempo exato às suas necessidades. (DONABEDIAN, 1986). Apesar de existirem outros conceitos para definir qualidade optou-se pela utilização deste neste estudo.

Agregado à qualidade está o preceito de segurança do paciente, definida como a redução ao mínimo possível de risco de dano desnecessário durante a prestação da assistência à saúde. O dano é compreendido como comprometimento de qualquer estrutura ou função corporal podendo causar lesão, sofrimento ou morte, sendo esse de ordem física, social ou psicológica. Um outro conceito importante é o de incidente, compreendido como evento ou situação que atingiu o paciente, causando ou não o dano. Porém, quando o incidente causa dano, decorrente de um cuidado à saúde, é denominado evento adverso. (OMS, 2011).

A ocorrência de um evento adverso implica em assistência insegura, podendo acarretar em prolongamento da internação, com conseqüente aumento de custos para a instituição e, em algumas vezes, tem o óbito como desfecho. (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesta perspectiva, questões de segurança e qualidade são temas afins uma vez que falhas, neste processo, culminam em problemas na qualidade. (ANVISA, 2013). O contrário também pode ser verdadeiro, ou seja, falta de qualidade pode contribuir e, até mesmo, determinar cuidado inseguro nos diferentes níveis de complexidade.

O Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, realizou em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde que teve entre seus objetivos explorar as características de saúde da população brasileira. Segundo dados, cerca de 70% dos entrevistados haviam procurado estabelecimentos públicos de saúde para atendimento médico nos 12 meses anteriores. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram apontadas por 47,9% das pessoas como a principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Depois das UBS, os serviços mais procurados foram as Unidades de Pronto Atendimento ou

Emergências de Hospital Público (11,3%). Neste mesmo período, cerca de 28% da população possuía plano privado de saúde, porém apenas 20,6% procuraram atendimento em consultórios e clínicas particulares e 4,9% buscaram emergências privadas. (BRASIL, 2015b).

Baseado nos resultados percebe-se que a maioria da população brasileira é assistida pelo SUS. (BRASIL, 2015b). Este consolidou-se após a Constituição de 1988, com a Lei 8080 de 1990, e compreende um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”. (BRASIL, 1990, p. 2). Contudo, a iniciativa privada também pode fazer parte do SUS, de maneira complementar.

O Sistema é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos seus usuários. Sua lógica é assegurar a todos os cidadãos os serviços de saúde amparado nas diretrizes de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990). No SUS as unidades de pronto-atendimento 24 horas (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades de saúde (básicas ou estratégia de saúde da família), Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU) e a rede hospitalar. As UPA funcionam ininterruptamente, todos os dias da semana, realizando o acolhimento dos pacientes, intervindo em sua condição clínica e direcionando seu atendimento aos demais pontos das redes de atenção às urgências. (BRASIL, 2017).

A partir do estabelecimento do Programa Nacional para a Segurança do Paciente - PNSP, que tem como objetivo contribuir com a melhoria do cuidado nos estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013b), os Sistemas de Vigilância Sanitária Municipais incluíram, nos roteiros de inspeção, a avaliação de ações básicas de segurança. Estas possibilitam a identificação de danos em potencial, baseadas em parâmetros técnico-científicos que buscam a proteção da saúde individual e coletiva da população. Também é possível planejar ações corretivas a partir das não conformidades encontradas durante as inspeções, contribuindo com a melhoria na qualidade e segurança do paciente nas instituições. (BRASIL, 2014a).

Historicamente as ações para a segurança do paciente estão, sobretudo, direcionadas à assistência hospitalar em detrimento de outros setores, como a atenção primária ou unidades de pronto atendimento, fato explicado pela maior complexidade da assistência hospitalar. No entanto, há necessidade dos serviços de

pronto atendimento desenvolverem ações que visem à redução da ocorrência de eventos adversos. (BRASIL, 2014b). Uma das recomendações do painel de especialistas convocado pela *The National Patient Safety Foundation* (Fundação Nacional de Segurança do Paciente), nos Estados Unidos, é que haja investimento em segurança do paciente em todo universo da assistência à saúde, pois, de acordo com a referida Fundação, muito pouco se sabe sobre a epidemiologia da segurança do paciente nos ambientes extra hospitalares. (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Considerando a violência urbana no Brasil e o caráter de atendimento ininterrupto, a crescente procura da população por assistência nas UPA tem aumentado, e a assistência prestada nessas unidades torna-se, progressivamente, mais complexa. Essas unidades, frequentemente, assistem pacientes vítimas de acidentes de trânsito, violência por arma branca e arma de fogo, vítimas de infarto e acidente vascular cerebral, entre outros agravos à saúde. (BRASIL, 2011). Embora toda a assistência demande ações básicas para garantir a segurança do paciente, a complexidade soma-se às ações inseguras, resultando em maior risco à vida. Evidencia-se, a relevância da adoção de estratégias de promoção da segurança também nessas organizações de assistência.

O município de Curitiba conta com nove UPA e realizou, entre abril de 2015 e março de 2016, em média, 106 mil consultas médicas mensais. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2016a). Estas unidades estão distribuídas em nove distritos sanitários e são denominadas: UPA Fazendinha, UPA Cidade Industrial de Curitiba, UPA Campo Comprido, UPA Boa Vista, UPA Cajuru, UPA Pinheirinho, UPA Sítio Cercado, UPA Boqueirão e UPA Matriz¹.

Os profissionais de enfermagem, que atuam na área assistencial, trabalham em turnos de 12 horas, totalizando 30 horas de trabalho semanal. Sendo assim, existem três equipes diferentes durante o dia e três durante a noite, em regime estatutário. A Coordenação de enfermagem e Coordenação Local de Saúde são cargos administrativos com carga horária semanal de 40 horas. Os profissionais médicos, contratados da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde

¹ A UPA Matriz, localizada nas dependências do Hospital de Clínicas da UFPR, encerrou suas atividades em 29/04/2017, voltando a ser administrada pelo Hospital de Clínicas, como pronto atendimento. E em 22/05/2017 houve a inauguração da UPA Tatuquara, sob administração da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAES).

(FEAES), entidade pública de direito privado que integra a administração indireta da Prefeitura Municipal de Curitiba, possuem carga horária diversa e de acordo com o contrato. As UPA também contam com auxiliares administrativos no almoxarifado, com turno de trabalho semanal de 36 horas e algumas unidades dispõem de farmacêutico com carga horária semanal de 30 horas. (CURITIBA, 2011a, 2011b, 2014).

O atendimento nas UPA é caracterizado como de urgência e emergência a pacientes por procura direta, pelo SAMU e pelas UBS. Ao chegar à unidade o paciente é direcionado ao atendimento por um auxiliar de enfermagem, de acordo com o motivo pelo qual se encontra na unidade. Este pode ser encaminhado à classificação de risco quando o objetivo é realizar uma consulta e deste para os setores emergência, internamento e observação. Quando o paciente é admitido via SAMU, é encaminhado ao eixo vermelho para avaliação médica e direcionamento por este profissional.

1.1 JUSTIFICATIVA

Considerando a relevância do tema, o fato de ser enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba e atuante em UPA, e aluna do Programa de Mestrado Profissional, o qual demanda pesquisa de intervenção na prática profissional, tenho como objeto de estudo a segurança do paciente atendido nas UPA da capital paranaense. Considero importante investigar se a assistência nas UPA contempla ações para a segurança do paciente, de acordo com o PNSP, e desenvolver ações que contribuam para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada, por meio de pesquisa acadêmica. Tenho a seguinte questão norteadora: Quais ações contribuem para a segurança do paciente durante o atendimento em Unidade de Pronto Atendimento do Município de Curitiba - PR?

1.2 OBJETIVOS

Para responder à questão norteadora tem-se como objetivos: realizar o diagnóstico situacional com vistas à segurança do paciente nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR; e elaborar ações para a segurança do paciente no contexto das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é composta por aspectos da segurança do paciente e organização das UPA.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do paciente é uma temática contemporaneamente discutida nos diversos níveis de atenção à saúde. E, apesar de ter ressurgido como tema relevante em pesquisas e ações globais do final do século XX, é abordado desde a época antiga. Na Babilônia, o Código de Hammurabi continha instruções de que o médico poderia ser responsabilizado caso houvesse algum dano ao paciente, deixando de considerar a premissa de que as falhas ocorriam de acordo com a vontade divina. (TRINDADE; LAGE, 2014).

Uma das primeiras referências à segurança do paciente é encontrada nos escritos de Hipócrates com a máxima *Primum non nocere*, ou seja, primeiro não cause o dano. (BRASIL, 2014a). No século XIX, Florence Nightingale realizou importantes feitos no que diz respeito à redução de infecções e mortes de soldados durante a guerra da Criméia, por meio de ações simples de higiene, destacou que a organização e estrutura dos ambientes influenciam na saúde dos pacientes. (NIGHTINGALE, 1984).

Contemporaneamente à percussora da enfermagem moderna, Ignaz Semmelweis também contribuiu para a redução de infecções na medida em que tornou obrigatória a lavagem das mãos entre estudantes e médicos em uma maternidade na qual era responsável. (BEST; NEUHAUSER, 2004). Percebeu-se redução importante da taxa de mortalidade após essa medida, porém seu feito só foi reconhecido após sua morte, com os trabalhos de Pasteur, Kock e Lister. (TRINDADE; LAGE, 2014).

Ernest Codman, um cirurgião de Boston – Estados Unidos, em 1911 estudou casos de pacientes que incluíam falhas ocorridas no tratamento. Porém, foi em 1918, com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), pelo Colégio Americano de Cirurgiões, e a publicação *Diseases of Medical Progress*, atestando a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas. Essas passaram a ser reconhecidas como o resultado de um

procedimento ou ocorrência prejudicial, e não como consequência natural da doença. (WACHTER, 2013).

Contudo, o marco contemporâneo da importância e riscos relacionados à assistência à saúde foi a publicação, em 1999, do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos intitulado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. Esta revelou a alta mortalidade relacionada à falha na segurança nos ambientes de saúde, e sua relação com o custo para as instituições. (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Os dados apresentados mobilizaram uma série de iniciativas em prol da segurança do paciente. Entre essas destaca-se a criação da *World Alliance for Patient Safety*, em 2004 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que propôs organizar conceitos e definições sobre segurança do paciente e estabelecer medidas para reduzir riscos e eventos adversos. (WHO, 2004).

O Programa *Global Patient Safety Challenges* da OMS propõe-se a lançar um desafio a cada dois anos com vistas a firmar seu compromisso com ações educativas e preventivas. O primeiro desafio foi lançado em 2005 com o tema higiene de mãos, o segundo, lançado em 2007, aborda a segurança em cirurgias (WHO, 2008), e o terceiro desafio, recentemente lançado (2017) tem como tema o uso seguro de medicamentos. (WHO, 2017).

Embora de importância indiscutível, não somente a segurança do paciente está em risco quando falhas na qualidade da assistência resultam em eventos adversos, como também a saúde financeira das instituições é prejudicada. Um estudo publicado no Brasil, que teve por objetivo estimar o gasto das instituições conveniadas ao SUS com pacientes internados devido a eventos adversos evitáveis e não evitáveis (PORTO et al., 2010) mostrou aumento de 200% nos custos hospitalares e tempo médio de permanência adicional de aproximadamente 28 dias.

Mendes e colaboradores (2009) ressaltam a evitabilidade de eventos adversos em estudo realizado no Brasil, o qual mostrou que na população pesquisada, 7,6% sofreram eventos adversos, sendo aproximadamente 66% evitáveis.

Reconhecendo a relevância do tema, o MS brasileiro instituiu, em abril de 2013, o PNSP, o qual tem por meta contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos do território nacional. (BRASIL, 2013b). Complementarmente a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 instituiu ações para segurança nos serviços de saúde excluindo, naquele momento, consultórios

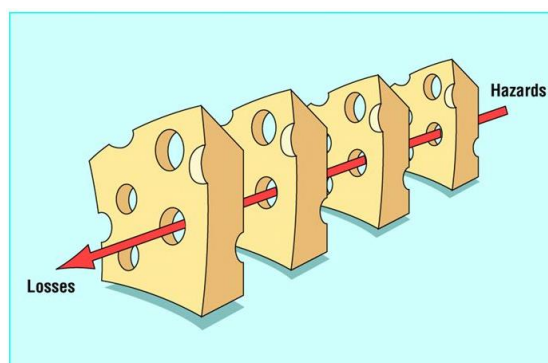
individualizados, laboratórios clínicos, serviços móveis e serviços de atenção domiciliar. (BRASIL, 2013a).

Visando sistematizar as ações de acordo com as principais e mais frequentes situações de risco às quais os usuários de serviços de saúde estão expostos, as Portarias 1377/2013 (BRASIL, 2013c) e 2095/2013 (BRASIL, 2013d) apresentam os Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente. A primeira institui diretrizes para a prática de higiene das mãos, prevenção de lesão por pressão e cirurgia segura. A segunda Portaria institui protocolos de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e identificação do paciente. Essas estabelecem passos para promover a segurança e evitar a ocorrência de erros decorrentes da assistência e traduzem as seis metas internacionais de segurança do paciente publicados pela OMS e *Joint Commission International*. (JCI, 2014).

Erro é definido como “falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”. (OMS, 2011, p.15). Esta definição foi baseada nos preceitos de James Reason, estudioso para o qual o erro ocorre, basicamente, por questões relacionadas à natureza humana, como desatenção ou esquecimento; ou à fatores sistêmicos relativos às organizações de saúde, as quais necessitam reconhecer e adotar ações com vistas à prevenção de novos eventos e correção dos problemas evidenciados. (REASON, 2000).

A Teoria do Erro de Reason (2000) é embasada no modelo do queijo suíço, que demonstra a possível evitabilidade por meio de mecanismos e barreiras que impeçam que erros atinjam o paciente. Cada barreira é comparada às fatias do queijo suíço, para que o erro aconteça é necessário que as várias barreiras falhem, permitindo que o erro atinja o paciente, como ilustrado na FIGURA 1. (REASON, 2000).

FIGURA 1 – MODELO DO QUEIJO SUIÇO DE JAMES REASON



FONTE: REASON (2000)

Sendo assim, a ocorrência de um evento adverso pode se dar por uma série de fatores, que não só o individual, corroborando com a visão sistêmica trazida por James Reason (2000). Porém, o profissional envolvido em um erro, de acordo com Duarte e colaboradores (2015), está sujeito às sanções éticas cabíveis, o que gera desgaste e estresse emocional, destacando-se, cada vez mais, a necessidade de investimentos em práticas seguras de assistência à saúde. Essas práticas são preconizadas por organizações internacionais, claramente estabelecidas no Brasil, por meio do PNSP, e direcionadas a todos os serviços de saúde. No contexto desta pesquisa destacam-se as Unidades de Pronto-Atendimento, componente da rede de atenção às urgências e emergências no país.

Serviços de urgência e emergência atendem grande parte da demanda no Brasil, por meio de procura espontânea ou encaminhamento médico, e são considerados a linha de frente do atendimento. A procura por estes locais tem se tornado cada vez maior, com longas filas de espera e pacientes aguardando internamento, exames e diagnóstico. Com isso, a superlotação é inevitável, o que causa intenso sofrimento, inclusive aos profissionais de saúde, muitas vezes responsáveis por eventos adversos neste ambiente. (BRASIL, 2014a).

Outros fatores, como desmotivação, recursos humanos insuficientes, falta de uma adequada sistematização da assistência de enfermagem, delegação de atividades sem a devida supervisão, sobrecarga de trabalho, interrupção constante das atividades, também são fatores estressores e que comprometem a segurança do cuidado prestado. (OLIVEIRA et al., 2014; WEIGL et al., 2015). A interrupção constante das atividades foi evidenciada por revisão integrativa realizada por Monteiro, Avelar e Pedreira (2015). Nesta pesquisa, foram analisados 29 artigos, nos quais todos evidenciaram a interrupção como fator prejudicial no processo cognitivo do enfermeiro, podendo levar a erros e comprometendo a segurança do paciente. As interrupções mais frequentes relacionadas à equipe de enfermagem ocorreram durante as atividades de cuidado direto, sobretudo com terapia medicamentosa e registro documental, proveniente tanto da própria equipe de saúde quanto de familiares, telefone ou outros. (MONTEIRO, AVELAR e PEDREIRA; 2015).

Neste contexto é necessário promover ações para a prevenção da ocorrência de eventos adversos, contribuindo para a redução de gastos do sistema de saúde, e promoção da qualidade da assistência pautada nas diretrizes de segurança e bem-estar dos trabalhadores.

2.2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1.1 Políticas de Urgência e Emergência

As políticas para atenção às urgências no Brasil, segundo Machado, Salvador e O'Dwyer (2011), desenvolveram-se em três momentos principais: de 1998 a 2002 por meio das primeiras iniciativas de regulamentação; de 2003 a 2008 com a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e priorização do SAMU, e a partir do final de 2008, com a implantação das UPA.

Inicialmente, as portarias voltadas à questão da organização das políticas de urgência e emergência estavam mais fortemente relacionadas à organização de sistemas de referência hospitalares, de forma hierarquizada, como fica evidente na Portaria n. 2923/1998 que instituiu o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 1998), e na Portaria n. 479/1999 que criou mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência. Esta última Portaria define os tipos de hospitais em I, II e III, bem como o nível de assistência que cada um deles presta à população dentro do sistema de referência de atendimento. (BRASIL, 1999a).

Discussões também começaram a surgir no âmbito da regulação médica, sendo publicada a primeira portaria (Portaria n. 824/1999) voltada para o atendimento pré-hospitalar móvel. (BRASIL, 1999b). Em seguida a Portaria n. 814/2001 revogou esta primeira e normatizou o serviço pré-hospitalar existente. (BRASIL, 2001). Ou seja, até aquele momento não havia forma regulamentada de transporte de pacientes e fluxo definido de atendimento.

Em 2002, foi publicada a Portaria n. 2048/2002 (revogando a Portaria n. 841/2001), que regulamentou, de forma mais consistente, o Sistema de Urgência e Emergência. Esta define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços pré-hospitalar fixos, unidades não hospitalares (24 horas), pré-hospitalar móvel e unidades hospitalares. Neste sentido, o paciente passou a ser melhor direcionado dentro do sistema de saúde e a procura de vagas passou a se dar via telefônica antes do deslocamento do paciente, com referências pactuadas. (BRASIL, 2002).

Além de reforçar questões já mencionadas em portarias anteriores, a Portaria n. 2048/2002 enfatiza a necessidade de prestar o cuidado de forma resolutiva e com qualidade, no que diz respeito às urgências ao usuário do sistema de saúde. Para tanto, este documento apresentou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que envolveu como temas: Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e criou os Núcleos de Educação em Urgências e propôs a inclusão do tema nas grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área. (BRASIL, 2002).

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser estruturado a partir das necessidades da população, os planos devem ser estabelecidos de forma regionalizada conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002. Então, deve-se avaliar os territórios, populações, particularidades, dificuldades, condições, com a finalidade de estabelecer políticas públicas que sejam orientadas pela equidade. (BRASIL, 2002). As diferentes formas de atendimento previstas neste momento, apontavam a possibilidade de resolução do problema do sistema de saúde, que naquele período, era a questão da estrutura e superlotação de unidades hospitalares. (KONDER, 2016).

É importante salientar que a triagem com classificação de risco está regulamentada desde 2002, porém de fato só aconteceu mais tarde, quando as unidades não hospitalares 24h passaram a ser denominadas UPA, a partir de 2008 com a Portaria 2.922 hoje revogada. (BRASIL, 2008).

De acordo com Konder (2016), a Portaria n. 2048 de 2002 foi muito importante na reorganização dos Sistemas de Urgência e Emergência, uma vez que tirou o foco hospitalocêntrico, adotado até então, e passou a se preocupar com a integração dos serviços de saúde.

Todo esse processo culminou na PNAU, de 2003, fundamentada segundo os princípios do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação social, com a estruturação da assistência desde as UBS e equipe de saúde da família, passando pelo atendimento pré-hospitalar móvel, pela assistência hospitalar até a recuperação e reabilitação. (BRASIL, 2003a).

O primeiro componente da PNAU implantado foi o SAMU (BRASIL, 2003b). A Portaria de instituição do SAMU, n. 1864/2003, define seu financiamento, custeio,

número de bases de acordo com o porte populacional, baseado na NOAS 01/2002, bem como o tipo de equipe (suporte básico, avançado, central de regulação). Esta também prevê a educação continuada da equipe e apresentação de indicadores de desempenho do serviço, com base no que é esperado. Essa escolha foi realizada devido às questões relativas ao número crescente de atendimentos de vítimas de trauma e violência, e poucos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel para atender à demanda. (BRASIL, 2003b). Segundo O'Dwyer (2010), o SAMU também atua como observatório da rede e consegue obter um monitoramento em tempo real de todo o seu funcionamento.

2.2.2 Implantação das UPA

Apesar de a Portaria n. 2048 de 2002 já tratar de um componente pré-hospitalar fixo, a UPA veio consolidar-se efetivamente a partir de 2008, quando passou a ser motivo de destaque dentro da PNAU, com sua implantação a nível nacional. As UPA passaram a ser prioridade para o governo federal que disponibilizou recursos para sua implantação nos Estados. (BRASIL, 2008).

As UPA 24h são definidas como "...estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBS, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências". (BRASIL, 2011, p.2). Essas unidades funcionam 24h por dia ininterruptamente, todos os dias da semana, realizando o acolhimento dos pacientes, intervindo em sua condição clínica e direcionando seu atendimento aos demais pontos de atenção das redes de atenção à saúde (serviços da atenção básica ou especializada, internação hospitalar). (BRASIL, 2011). Estas definições estão presentes também nas primeiras Portarias, já revogadas (Portaria n. 2922/2008, Portaria n. 1020/2009). (BRASIL, 2008) (BRASIL, 2009a).

O perfil de morbimortalidade da população brasileira, a expansão do SAMU, a PNAU e a pactuação de diretrizes para financiamento de ações para rede de urgência e emergência são algumas das justificativas para a necessidade de implantação e surgimento das UPA. Estas devem estar estrategicamente localizadas de modo a articularem-se com os demais componentes das redes de atenção às urgências, utilizando-se do acolhimento e classificação de risco, promovendo atendimento ágil e resolutivo à população. (BRASIL, 2011).

Como componente da rede de atenção às urgências, as UPA tem entre suas competências manter um sistema de articulação de referência e contra referência com a UBS, saúde da família, SAMU, hospitais, unidades de apoio diagnóstico, de forma ordenada, com o auxílio das centrais de regulação. (BRASIL, 2011); e é importante meio de acesso do paciente ao sistema de saúde. Silva e Santos (2014) colocam que tanto as UPA quanto o SAMU são a forma real que as pessoas têm de acessar esse sistema, por que possuem um fluxo definido de atendimento.

O atendimento prestado aos pacientes que procuram os serviços das UPA abrange todas as faixas etárias para atendimento de clínica médica, atendimento inicial nos casos cirúrgicos e traumatológicos, dando a devida atenção e encaminhamento aos serviços da rede de atenção à urgência e emergência. (BRASIL, 2011).

Em 2013 foi lançada a Portaria n. 342 de 2013, que reforça as diretrizes que já haviam sido estabelecidas nas portarias anteriores e, além disso, traz questões relacionadas à Rede de Atenção à Urgência e Emergência, ao financiamento das UPA Novas e UPA Ampliadas. Essas unidades são também classificadas segundo o porte: Porte I, Porte II e Porte III, definido de acordo com a população sob sua abrangência, conforme o QUADRO 1. (BRASIL, 2013e).

QUADRO 1 - PORTE DAS UPA

Porte da UPA	População (habitantes)	Área Física (m ²)	Nº Atendimentos Médicos em 24h	Nº mínimo de médicos por plantão	Nº mínimo de leitos de observação
I	50.000 a 100.000	700	Até 150	2	7
II	100.001 a 200.000	1000	Até 300	4	11
III	200.001 a 300.000	1300	Até 450	6	15

FONTE: Adaptado de BRASIL (2013e).

O Estado do Paraná, de acordo com informações publicadas em 2015 pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, até setembro de 2012, contava com UPA localizadas em sete municípios (Apucarana, Cascavel, Castro, Curitiba, Foz do Iguaçu, Maringá e Sarandi), de todos os portes (I, II e III). (BRASIL, 2015a).

Atualmente, segundo informações disponibilizadas no site SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica), o Estado do Paraná conta com 36 UPA sem

funcionamento, destas nove de Porte I, 14 Porte II e 13 de Porte III. Em Curitiba das oito UPA de administração direta do Município sete (CIC, Fazendinha, Sítio Cercado, Boqueirão, Boa Vista, Cajuru, Campo Comprido) são de Porte III e uma (Pinheirinho) é de Porte II. Dados que demonstram o grande volume de atendimentos realizados nestas unidades e nos diversos pontos da cidade. (SAGE, 2017).

2.2.3 Atribuições e Funcionamento das UPA

A Política Nacional de Humanização (PNH) estabeleceu diretrizes para atenção à saúde dos pacientes atendidos nas UPA, dentro das redes de atenção à saúde. Esta acerva a necessidade da realização do acolhimento do paciente como algo que não seja restrito ao atender com boa vontade, mas que, baseie-se em ações e posturas que tragam, de fato, resolutividade às necessidades para as quais o paciente buscou o serviço de saúde. (BRASIL, 2009b).

Considerando que as UPA atuam segundo as diretrizes da PNH nas redes de atenção às urgências, estas possuem as seguintes atribuições/competências (BRASIL, 2011):

- prestar atendimento diagnóstico e terapêutico 24 horas por dia, todos os dias da semana;
- acolher pacientes e familiares que buscarem atendimento;
- realizar acolhimento com classificação de risco;
- utilizar protocolos para classificação de risco, atendimento clínico, administrativos, realizando atualização sempre que necessário;
- articular-se com os demais pontos das redes de atenção à saúde (UBS, unidades de saúde da família, SAMU, hospitais e apoios diagnósticos e terapêuticos, centrais reguladoras);
- possuir equipe compatível com seu porte;
- funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU;
- realizar consulta médica em casos de menor gravidade, em regime de pronto atendimento;
- realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- manter pacientes em observação por até 24 horas para estabilização diagnóstica ou clínica;

- encaminhar para internação, via central de leitos, os casos não resolvidos após 24 horas;
- referenciar e contra referenciar para a rede de atenção à saúde o paciente aos demais pontos de atenção à rede, de acordo com sua necessidade;
- solicitar retaguarda ao SAMU sempre que a ultrapassar a capacidade instalada.

Compreendendo que o serviço de emergência possui grande demanda de atendimento, e se constitui no local de porta de entrada dos pacientes ao serviço de saúde, o MS, através da PNH, coloca a necessidade da realização do acolhimento com classificação de risco, para organizar o processo de trabalho neste ponto de atenção da rede, e, deste modo, deixando para trás o modelo de atendimento que se dava por ordem de chegada, garantindo prioridade no atendimento dos casos mais graves. (BRASIL, 2009b). Nas UPA a classificação de risco é realizada pelo profissional enfermeiro, que a compreendem como um importante aliado na organização do serviço, pois faz com que se dispense atenção de forma mais rápida e eficaz àqueles pacientes com maior gravidade. (NASCIMENTO et al., 2011; SOUZA, C. C. et al., 2014).

Na SMS de Curitiba utiliza-se protocolo de Manchester, que tem por finalidade classificar o risco para o paciente que busca atendimento na UPA. A classificação é realizada por enfermeiros treinados, e estruturada em 52 fluxogramas que apresentam a queixa principal correlacionados com sinais e sintomas. Para cada sintoma existe um nível de prioridade a ser respeitado, identificado por cores: Emergente (vermelho) devendo ser atendido de imediato, Muito Urgente (laranja) podendo ser atendido em até 10 minutos, Urgente (amarelo) em até 60 minutos, Pouco Urgente (verde) em até 120 minutos e Não Urgente (azul) em até 240 minutos. (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WILDLE, 2010).

Ainda com o objetivo de organizar o atendimento as UPA estão organizadas fisicamente conforme eixos de atendimento (eixo vermelho e eixo azul), e cada eixo possui sua área, de acordo com a clínica do paciente, em uma estrutura que coloca em evidência seu risco, conforme o QUADRO 2. (BRASIL, 2009b).

QUADRO 2 - EIXOS E ÁREAS DE ATENDIMENTO DAS UPA

Eixo Vermelho: pacientes graves com risco de morte	Área Vermelha – sala de emergência e procedimentos especiais invasivos
	Área Amarela – sala para pacientes já estabilizados, porém que requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos)
	Área Verde – área composta pelas salas de observação a ser dividida por sexo e idade, conforme a demanda.
Eixo Azul: pacientes aparentemente não graves, mas que buscam atendimento no serviço de emergência	Plano 1 – local para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. Sua principal diretriz é acolher o usuário do serviço.
	Plano 2 – área para atendimento médico, com consultórios que priorizem a individualidade do usuário.
	Plano 3 - áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante estar próximo aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe.

FONTE: Adaptado de BRASIL (2009b).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este capítulo contempla a fundamentação teórica que serviu de base para a realização da pesquisa.

3.1 PESQUISA AÇÃO

A pesquisa ação, segundo Thiollent (2011), é um tipo de pesquisa na qual o pesquisador e os participantes estão envolvidos com a resolução de alguma situação ou problema coletivo. Ou seja, é necessário que as pessoas implicadas no problema a ser solucionado estejam inseridas na pesquisa. De acordo com Monteiro e colaboradores (2010), é uma metodologia empregada quando o objetivo é modificar a realidade encontrada, e é desenvolvida com ajuda das pessoas que fazem parte do contexto a ser pesquisado, por meio da participação em reuniões, oficinas e seminários. Nessas ocasiões vão se elucidando os problemas e direcionando as ações para suas resoluções, em conjunto. É uma pesquisa de cunho participativo e, sobretudo, com ações planejadas, objetivando que o resultado final melhora de ações desenvolvidas na prática dos participantes do estudo.

Para que o resultado da pesquisa ação seja satisfatório é importante o envolvimento das pessoas, em detrimento da realização da atividade por um só indivíduo. Uma vez que o processo de trabalho é realizado coletivamente, é importante o envolvimento da maioria nas decisões e adequações dos processos de trabalho. (TRIPP, 2005). Thiollent (2011) ressalta que a pesquisa ação é favorável quando os pesquisadores querem saber o que as pessoas envolvidas no processo têm a dizer, e não limitam suas investigações aos aspectos acadêmicos, atuando na realidade observada.

Nesta metodologia estudiosos propõem modelos de como estruturá-la distintamente: como ciclo de investigação-ação e como modelo de fases flexíveis. De uma forma ou de outra é importante ressaltar que se trata de uma pesquisa flexível no sentido de que suas fases não são engessadas. Mas, essas se comunicam durante a execução, o que permite interação mediante os resultados progressivamente encontrados, visto que o processo se dá em forma de construção. (MONTEIRO et al., 2010).

Um dos modelos propostos é o ciclo de investigação-ação, que se baseia em ciclos de melhoria. Neste, a investigação corresponde à identificação de um problema e suas soluções, e a ação é a intervenção propriamente dita. Para que o ciclo funcione existem etapas a serem cumpridas: Planejar – definição de metas; Agir - execução do planejamento; Descrever - verificação se as metas foram alcançadas, e Avaliar - avaliação da ação. (TRIPP, 2005).

Outra forma de organizar a pesquisa ação é por fases, também flexíveis, devendo-se respeitar o ponto de partida e de chegada para que o método seja válido. Sendo assim, seu início acontece com a fase exploratória e encerra-se com a divulgação externa. (THIOLLENT, 2011). É um processo composto por 12 fases, abaixo relacionadas e brevemente descritas, de acordo com Thiollent (2011):

1) Fase exploratória: consiste em realizar o diagnóstico da realidade do campo de pesquisa, levantamento de problemas e informações iniciais; e estabelecimento dos principais objetivos da pesquisa.

2) Tema da pesquisa: em geral é escolhido pela equipe de pesquisadores e os elementos ativos na situação a ser trabalhada. Porém, também pode ser escolhido em decorrência da urgência do problema encontrado e necessidade de intervenção no mesmo. É importante que exista o interesse do tema escolhido tanto do pesquisador quanto dos integrantes da pesquisa. Nesta etapa, escolhe-se um marco referencial que norteará a pesquisa.

3) Colocação dos problemas: discussão da relevância científica e prática do tema pesquisado, realizando análise e delimitação da situação inicial; delineamento da situação final; identificação dos problemas a serem resolvidos no percurso, entre o início e fim da pesquisa e planejamento; execução e avaliação das ações.

4) O lugar da teoria: a pesquisa ação deve ser orientada por um referencial teórico adaptado ao que se pesquisa, com a função de direcionar e atribuir rigor científico. Importante atentar para que a linguagem utilizada com os participantes, em seu desenvolvimento, seja acessível e permita a compreensão de todos.

5) Hipóteses: são suposições que o pesquisador formula a respeito de possíveis soluções para um problema de pesquisa. É a partir de sua formulação que o pesquisador identifica algumas informações que lhe são necessárias, evita a dispersão do foco das observações e seleciona dados, entre outros.

6) Seminários: são fundamentais para a discussão e tomada de decisão sobre o processo que se está investigando; devem ser formados pela equipe de

pesquisadores e membros dos grupos implicados no problema observado. O seminário tem a função de elaborar ações, acompanhar e avaliar os resultados; todos os encontros devem ser registrados em atas.

7) Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: pode ser discutível, com controle estatístico ou com critérios intencionais.

8) Coleta de dados: as principais técnicas usadas para a coleta de dados são a entrevista, aplicação de questionário, diários de campo e observação participante. Tudo quanto é encontrado durante a fase de coleta de dados é levado para o seminário, as pessoas responsáveis pela coleta são treinadas para buscar, durante as observações, informações que são importantes para o andamento da pesquisa.

9) Aprendizagem: as ações que são investigadas durante a pesquisa produzem conhecimento, produção e circulação de informação entre os participantes. Há troca de experiências entre esses e os pesquisadores durante os seminários ou grupos de estudos, que também podem ser incrementados com a colaboração de especialistas no assunto pesquisado.

10) Saber formal e saber informal: parte-se do princípio de que as melhores soluções para os problemas colocados sejam provenientes do melhor nível de interação entre o saber formal (pesquisador) e o saber informal (participantes). Quanto melhor for esta interação, melhor o processo de construção do conhecimento.

11) Plano de ação: consiste na definição dos atores ou unidades de intervenção, relação entre eles, a liderança, objetivos da ação, continuidade da ação, como assegurar a participação e como incorporar as sugestões, e como avaliar os resultados.

12) Divulgação externa: é o momento de dar retorno da informação aos grupos implicados, e também divulgação dos resultados em conferências, congressos e publicações.

Estas fases se integram durante o processo de pesquisa e são maleáveis. É importante que os pesquisadores, junto com os participantes, possam, a qualquer momento, ir e voltar pelas fases, se for necessário, de acordo com as circunstâncias encontradas. Isso torna o processo de desenvolvimento da pesquisa bastante dinâmico e interessante.

Nesta pesquisa, a fase de seminários foi denominada oficina, sobre a qual trataremos com referencial específico.

3.2 OFICINA

A oficina é uma das formas de trabalho em grupo, utilizadas na área da saúde, independentemente do número de encontros realizados, que segundo Afonso e Coutinho (2013) tem uma questão central como foco e busca envolver os participantes integralmente no pensar, sentir e agir. A oficina se caracteriza por permitir a comunicação e autonomia dos participantes, comprometendo-os e promovendo mudanças em seu dia a dia. (AFONSO e COUTINHO, 2013). O objetivo da oficina, segundo Spink, Menegon e Medrado (2014) é buscar o máximo possível de ideias divergentes dentro do grupo de discussão acerca de um mesmo assunto.

Para o planejamento da oficina é necessário ter claro o seu enquadre, composto pelo tipo de participantes, local, horário, recursos disponíveis, e número de encontros. Ou seja, exige o planejamento do que for preciso para realizar a oficina de modo a facilitar a interação dos participantes, troca de experiências e privacidade necessária. Também o local deve permitir que o trabalho seja executado sem maiores problemas, fazendo adaptações quando necessário. (AFONSO et al., 2013).

Existem duas formas de planejamento da oficina proposto por Afonso e colaboradores (2013): o planejamento global que consiste em organizá-la de modo a visualizar o trabalho como um todo, mas pode haver o risco de maior rigidez com relação às mudanças; e o planejamento passo a passo que é estruturado prospectivamente, podendo ser mais criativo, porém permitindo uma visão fragmentada do tema trabalhado.

Os autores recomendam que cada encontro seja estruturado em três momentos básicos: um momento inicial, em torno de 10 minutos, com o objetivo de preparar o grupo para o trabalho do dia; um momento intermediário, que será o mais extenso e destinado ao desenvolvimento do foco, e um terceiro momento de sistematização e avaliação do trabalho. (AFONSO et al., 2013).

Nesta pesquisa foi utilizado o planejamento global e, portanto, foi preciso estar atento às necessidades de revê-lo, sempre que necessário, a partir da demanda do grupo, escutando com atenção seus anseios e sugestões. (AFONSO et al., 2013). Deste modo, o planejamento dos encontros, embora estabelecido com detalhes no início, teve caráter preliminar, flexível e reajustável, de acordo como a dinâmica, sugestões dos participantes e necessidades no desenvolvimento das atividades.

Há recomendação de que o grupo não tenha mais do que 12 participantes ou que não tenha muita rotatividade de membros, porém, um grupo heterogêneo pode ser importante para estimular a criatividade e auxiliar a trabalhar com as diferenças. (AFONSO; COUTINHO, 2013).

3.2.1 Tema e análise da demanda

O tema a ser proposto na oficina deve ser proveniente de uma demanda gerada pelos próprios participantes do grupo, ou por necessidades previamente identificadas pelo coordenador, e também dialogada e negociada entre as partes. Porém, é importante despertar o interesse dos participantes e o aceite do tema para que as questões desenvolvidas e discutidas contribuam com o seu cotidiano. (AFONSO et al., 2013).

3.2.2 Foco e temas geradores

Denomina-se “foco” o tema geral da oficina, que deve ser bem definido para que o grupo sinta-se motivado durante os encontros. Os temas geradores auxiliam o grupo na discussão sobre o foco escolhido, podendo haver um ou mais temas geradores, dependendo do assunto a ser trabalhado. Também é possível trabalhar com um mesmo tema em mais de um encontro, se for necessário. Estes devem fazer parte do cotidiano dos envolvidos no grupo, e podem também ser sugeridos por eles. (AFONSO et al., 2013).

É importante utilizar frases acolhedoras, motivando a participação, evitando palavras negativas ou que remetam à negatividade. Recomenda-se abordar, inicialmente, assuntos mais gerais e depois assuntos mais delicados os quais, eventualmente, possam gerar maior polêmica ou ansiedade no grupo. (AFONSO et al., 2013).

3.2.3 Condução da oficina

O coordenador da oficina deve estar atento ao grupo como um todo, com a finalidade de mediar estas relações; este auxilia nos processos de aprendizagem e pode, muitas vezes, sugerir, mas não impor. (AFONSO, 2013).

A oficina tem cunho educativo, pois o coordenador deve incentivar o grupo na busca de informações, exposição de opiniões, experiências e compartilhamento destas; esclarecimento de dúvidas; assim como fomentar a discussão acerca dos temas previstos para a oficina, ajudar o grupo a refletir com base na experiência e acompanhar a aprendizagem. (AFONSO, 2013).

O papel do coordenador é acolher e respeitar os participantes, incentivando sua participação; sensibilizar o grupo para questões a serem trabalhadas; incentivar depoimentos sobre a experiência dos participantes, fomentando a reflexão crítica sobre eles; promover uma comunicação dinâmica e aceitar as manifestações emocionais dos participantes, trabalhando sua relação com o foco da oficina. (AFONSO, 2013).

É fundamental que a proposta da oficina não seja imposta, e seja a mais clara possível, para que o grupo cresça com confiança e credibilidade. (AFONSO, 2013).

Avaliar a oficina é uma etapa importante para verificar se esta conseguiu, de fato, atingir o foco. (AFONSO, 2013). Também os resultados da avaliação oferecem instrumentos para o planejamento das próximas oficinas.

4 MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como pesquisa-ação e, como tal, foi planejado de modo que um grupo de trabalho, coordenado pelo pesquisador, discuta e planeje ações de intervenção, de forma participativa, e com vistas a solucionar uma situação problema, identificada a partir de um diagnóstico situacional. As fases desta pesquisa seguem o preconizado por Thiollent (2011), e as ações correspondentes a cada etapa realizadas nesta pesquisa estão apresentadas no QUADRO 3 e descritas nas sessões Fase exploratória e Plano de ação.

A pesquisa teve como participantes pacientes em atendimento nas UPA e profissionais de saúde atuantes nas UPA, que tem os critérios de inclusão e exclusão descritos nas sessões Fase exploratória e Plano de ação.

QUADRO 3 – ETAPAS DA METODOLOGIA DA PESQUISA AÇÃO

Etapa	Operacionalização
Fase exploratória	Diagnóstico situacional realizado nas UPA pelo pesquisador e 1ª Oficina
Tema da pesquisa	Segurança do paciente definido pelo pesquisador e subtemas definidos pelo grupo.
Colocação dos problemas	Apresentação do diagnóstico situacional pela pesquisadora na primeira oficina e discussão pelo grupo.
O lugar da teoria	Explicação dos preceitos da segurança do paciente e discussão dos subtemas e preceitos do PNSP.
Hipóteses	Possibilidade de elaboração do plano de ação baseado nos subtemas e preceitos do PNSP.
Seminários	Oficinas: de 2 a 5 com grupo de profissionais/trabalho
Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa	Cálculo amostral para diagnóstico situacional; Seleção de dois subtemas.
Coleta de dados	Diário de campo das discussões e deliberações das oficinas.
Aprendizagem	Produto das oficinas.
Saber formal e saber informal	Representado pelas contribuições do grupo operativo nas oficinas.
Plano de ação	Desenvolvido pelo grupo durante as oficinas
Divulgação externa	Resultado da dissertação

FONTE: Adaptado de THIOLENT (2011).

4.1 FASE EXPLORATÓRIA

Considerando o objetivo da pesquisa “realizar o diagnóstico situacional com vistas à segurança do paciente”, a fase exploratória incluiu a investigação das condições de segurança e a apresentação e discussão dos resultados com um grupo

de trabalho multiprofissional para o estabelecimento das prioridades a serem contempladas no plano de ação.

Para o diagnóstico situacional foram estabelecidos os locais da pesquisa, participantes, organização, metodologia da coleta de dados e definição de prioridades.

4.1.1 Local da pesquisa e cálculo amostral

A pesquisa foi desenvolvida nas oito UPA do Município de Curitiba-Paraná administradas pela SMS. Estas unidades estão localizadas nos distritos sanitários Portão, Cidade Industrial de Curitiba, Santa Felicidade, Boa Vista, Cajuru, Pinheirinho, Bairro Novo e Boqueirão. A UPA localizada no distrito Matriz, que é administrada pela FEAES, não fez parte da pesquisa².

O quantitativo de enfermeiros varia de 14 a 19 profissionais por UPA, totalizando 114, e de auxiliares de enfermagem varia de 83 a 109 por UPA, totalizando 680 profissionais. O número de médicos nas UPA varia de 36 a 60 médicos, num total de 330 profissionais.

Para o cálculo amostral considerou-se o tamanho da população (N), a proporção de avaliação positiva em relação à segurança do paciente (p), a margem de erro (E = 0,05) e o nível de confiança (z = 1,96), utilizando-se a fórmula a seguir, por Bolfarine e Bussab (2005):

$$n = \frac{Np(1-p)z^2}{p(1-p)z^2 + (N-1)E^2}$$

O tamanho da população (N=21.562) correspondeu ao número médio de atendimentos mensais entre todas as UPA (TABELA 1), relativo ao período de abril de 2015 a março de 2016, e por setor de atendimento em cada unidade. Como inexistia informação prévia sobre a situação das UPA com relação à segurança do paciente, utilizou-se o valor de p=0,5 e o nível de confiança de 95%. Sendo assim, o tamanho amostral foi de 377 pacientes.

² A UPA Matriz, localizada junto ao Hospital de Clínicas da UFPR encerrou suas atividades em 29/04/2017, voltando o serviço a ser administrado pelo Hospital de Clínicas, como pronto atendimento. Em 22/05/2017 houve a inauguração da UPA Tatuquara, sob administração da FEAES.

TABELA 1 – CÁLCULO AMOSTRAL POR UPA E SETOR PARA COLETA DE DADOS

UPA	Setores	Média*	Média (%)	Amostra por UPA (n)	Amostra por setor (n)
Boa Vista	Emergência	985,5	38,16	45	17
	Internamento	755,3	29,24		13
	Observação	842	32,60		15
Boa Vista Total		2582,8	11,98		
Boqueirão	Emergência	1046,3	35,88	50	18
	Internamento	481,4	16,51		8
	Observação	1388,4	47,61		24
Boqueirão Total		2916,1	13,52		
Cajuru	Emergência	1655,8	35,84	81	29
	Internamento	407,1	8,81		7
	Observação	2556,7	55,35		45
Cajuru Total		4619,5	21,42		
Campo Comprido	Emergência	1081,3	39,13	49	19
	Internamento	489,7	17,72		9
	Observação	1192,3	43,15		21
Campo Comprido Total		2763,2	12,81		
Cidade Industrial	Emergência	894,4	32,56	49	16
	Internamento	322,3	11,74		6
	Observação	1529,9	55,70		27
Cidade Industrial Total		2746,7	12,74		
Fazendinha	Emergência	936,4	52,63	31	16
	Internamento	291,8	16,40		5
	Observação	551,0	30,97		10
Fazendinha Total		1779,1	8,25		
Pinheirinho	Emergência	817,0	39,16	36	14
	Internamento	392,9	18,83		7
	Observação	876,3	42,01		15
Pinheirinho Total		2086,3	9,68		
Sítio Cercado	Emergência	1024,6	49,52	36	18
	Internamento	335,3	16,20		6
	Observação	709,1	34,27		12
Sítio Cercado Total		2068,9	9,59		
TOTAL GERAL		21562,5	100,00	377	377

FONTE: Adaptado de PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA (2016a; 2016b).

NOTA: *Média mensal de atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-Paraná, entre abril de 2015 e março de 2016.

Nesta pesquisa utilizamos o termo emergência para designar o atendimento de paciente sob cuidados nas áreas vermelha, amarela e plano 3 do eixo azul, pois em algumas destas unidades a sala de procedimento localiza-se no eixo vermelho, a qual muitas vezes é utilizada para internamento, como suporte à área amarela. Os pacientes da área verde foram subdivididos em observação (local destinado para medicações rápidas e coleta de exames laboratoriais) e internamento.

A partir disso, considerando que cada UPA possui um volume diferenciado de atendimento, foi realizada amostragem estratificada proporcional em dois estágios. (BOLFARINE; BUSSAB, 2005); o primeiro para definir o peso amostral de cada UPA, no qual a realização do cálculo foi baseada na média de atendimento total (N) e na

média de atendimento de cada UPA. A partir disso, o segundo estágio foi utilizado para determinar o número de pacientes a ser amostrado, por setor (TABELA 1).

4.1.2 Participantes da pesquisa e coleta de dados

Considerando que correspondem aos participantes os pacientes em atendimento nas UPA da pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, em atendimento nos setores de emergência, internamento e observação adulto, em dia e horário aprazados para a coleta de dados na referida UPA, em condições de ser observado; e até atingir o número estimado pelo cálculo amostral.

Foram critérios de exclusão o impedimento da continuidade da observação decorrente de situação de emergência ou qualquer outra que impossibilitasse a observação dos princípios éticos em pesquisa, e que impedisse a continuidade da coleta dos dados em momento posterior ao do impedimento.

A abordagem dos pacientes ou acompanhantes aconteceu no local de seu atendimento, considerando o objetivo de observar as condições de segurança às quais este estava submetido durante a assistência. Os pacientes (ou seus representantes legais) foram esclarecidos sobre a pesquisa, o método de coleta de dados e o tempo estimado de 10 minutos para a observação. Em seguida a pesquisadora entregou, lendo quando necessário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aqueles que aceitaram participar assinaram o referido termo, em duas vias (APÊNDICE 1), sendo que a primeira via foi entregue ao participante e a segunda via ficou sob guarda da pesquisadora.

O estabelecimento dos turnos para a coleta de dados se deu por sorteio. Foi escrito o nome de cada UPA em um pedaço de papel de iguais proporções, dobrado e colocado em um recipiente. Em seguida esses foram retirados, um a um, e o nome correspondente à UPA foi ordenadamente transcrito em quadro previamente elaborado, o qual já continha os turnos e horários de coleta, na sequência Manhã, Tarde e Noite, sendo repetidos nesta mesma ordem até que fossem contempladas todas as UPA (QUADRO 4).

QUADRO 4 - CRONOGRAMA PARA COLETA DE DADOS NAS UPA

UPA	Turno	Horário
Pinheirinho	Manhã	08:00 às 12:30
CIC	Tarde	13:30 às 18:00
Boa Vista	Noite	19:00 às 23:30
Sítio Cercado	Manhã	19:00 às 23:30
Cajuru	Tarde	13:30 às 18:00
Boqueirão	Noite	08:00 às 12:30
Fazendinha	Manhã	08:00 às 12:30
Campo Comprido	Tarde	13:30 às 18:00

FONTES: O autor (2016).

Definidos os turnos de coleta e cálculo amostral, a pesquisadora realizou contato com cada um dos Coordenadoras Locais das UPA com a finalidade de explicitar o planejamento da pesquisa, bem como o agendamento do seu início. O período da coleta de dados compreendeu de 01/04/2016 a 19/09/2016 e o início da coleta de dados em cada UPA se deu por conveniência.

Os horários de início e término da coleta e o período de quatro horas e trinta minutos foram estabelecidos por conveniência; os dias de coleta foram estabelecidos de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e do serviço. As visitas a cada UPA foram repetidas até completar a amostra estabelecida e em dias intencionalmente definidos, de acordo com a escala de plantão das três equipes de enfermagem atuantes (A, B e C), no respectivo período (manhã, tarde e noite).

A coleta de dados foi norteadada por *checklist* (ANEXO 1) elaborado e validado por Amaya e colaboradores (2016). Este instrumento contempla ações básicas para a segurança do paciente em atendimento de emergência, de acordo com os protocolos instituídos no PNSP: identificação do paciente, administração de medicamentos, risco de quedas, risco de infecção, risco de úlcera por pressão, e risco cirúrgico. Sempre que necessário o paciente ou acompanhante foi solicitado a fornecer informação para o completo preenchimento do instrumento. O método de aplicação do *checklist* está descrito no QUADRO 5.

Os dados coletados alimentaram planilha do programa Excel, por dupla digitação, verificação e correção de inconsistências. Os resultados são apresentados em números absolutos e relativos, e expressam as ações básicas de segurança, por UPA e setor, nos aspectos: Identificação do paciente, Administração de Medicamentos, Prevenção de Úlceras por Pressão, Prevenção de Quedas, Risco de Infecção e Risco Cirúrgico.

QUADRO 5 - MÉTODO PARA APLICAÇÃO DO *CHECKLIST* A PACIENTES DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Indicador	Método
Identificação do Paciente	- Observação da presença ou ausência de pulseira de identificação.
Administração de medicamentos	- Busca no prontuário eletrônico e/ou impresso de menções com relação ao histórico de alergia do paciente, na evolução e prescrição médicas disponíveis. - Observação das soluções conectadas ao paciente quanto à presença ou ausência de identificação. Neste item foi avaliada a presença do nome do paciente e do medicamento. Não houve avaliação com relação aos certos da medicação.
Risco de queda	- Observação de registro, em prontuário, leito e quadro senso da identificação ou sinalização do grau de risco para queda. - Pergunta ao paciente ou familiar se recebeu orientação com relação ao risco e os cuidados para evitar queda. - Observação para verificar se as grades do leito estavam elevadas. - Aplicado a escala de Morse.
Risco de Infecção	- Observação da presença de dispensadores/almotolias de álcool 70%. - Teste para verificar se os dispensadores ou almotolias possuíam álcool 70%.
Risco de Lesão por Pressão	- Observação de registro em prontuário, leito e quadro senso da identificação ou sinalização do grau de risco para lesão por pressão. - Observação de registro em prontuário das evoluções médicas, do enfermeiro e das anotações de enfermagem. - Pergunta ao familiar/paciente/equipe de enfermagem quanto à presença de lesões por pressão. - Aplicada a escala de Braden.
Risco Cirúrgico	- Observação do registro em prontuário da condição cirúrgica do paciente.

FONTE: O autor (2016).

4.2 PLANO DE AÇÃO

Ao término da aplicação do *checklist* nas UPA, foi constituído um grupo de trabalho e realizadas oficinas com o objetivo de apresentar os resultados da coleta de dados, definir prioridades e planejar ações, participativamente.

4.2.1 Grupo de trabalho

Este foi composto, além do pesquisador, no papel de coordenador, por profissionais de saúde e especialistas em segurança do paciente com o objetivo de auxiliar no estabelecimento de prioridades e ações baseadas no contexto assistencial e teórico. Para tanto foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser

profissional de saúde (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico, farmacêutico), atuante em UPA gerenciada pela SMS de Curitiba - Paraná e/ou profissionais com expertise em segurança do paciente.

Os especialistas foram captados com auxílio da técnica bola de neve, no qual um especialista indica outro e assim, sistematicamente, até obter o número de três participantes previamente estabelecidos pela pesquisadora. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para cada especialista foi enviado uma carta convite (APÊNDICE 2).

Os profissionais atuantes nas UPA foram captados por meio de convite utilizando-se como estratégias: contato direto, e-mail de divulgação às Coordenações Locais das UPA, e cartaz afixado em murais (APÊNDICE 3). Também foram enviadas cartas convite (APÊNDICE 4) para as Coordenações Locais de Saúde das UPA solicitando estímulo a sua participação e/ou indicação de potenciais participantes, com o intuito de que todas as categorias profissionais fossem representadas no grupo de trabalho. A partir dessas estratégias, e durante a fase exploratória, a pesquisadora realizou contato direto com diversos membros da equipe para convite à participação.

Como estratégia complementar à participação na pesquisa foi elaborado um jogo a ser completado, sequencialmente, e decorrente da presença nos encontros do grupo de trabalho (APÊNDICE 5).

Os participantes foram convidados a comparecer em data, período e local previamente estabelecidos pela pesquisadora, reiterados pelo grupo de trabalho na primeira oficina e durante as demais.

4.2.2 Oficinas

Foram planejadas cinco oficinas a serem realizadas no período de três meses, com datas pré-estabelecidas, mas com a possibilidade de mudanças, se necessário. A primeira foi estabelecida com o objetivo de integrar o grupo de trabalho, apresentar o tema segurança do paciente, bem como os resultados coletados e definir, participativamente, subtemas prioritários. Os encontros subsequentes tiveram por objetivo o planejamento de ações prioritárias de acordo com os subtemas definidos na primeira oficina.

O pesquisador foi o coordenador do grupo e exerceu, sobretudo, um papel de cooperador e mediador do processo de reflexão. Este deve permitir e, principalmente,

auxiliar o grupo para que as reflexões possam emergir das discussões ali geradas, auxiliando-os com situações nas quais possa comparar com sua própria experiência. Sendo assim, o coordenador não é aquele que detém o conhecimento, mas sim um mediador, levando informações, esclarecendo dúvidas e facilitando o processo de reflexão. (AFONSO; COUTINHO, 2013).

As oficinas foram planejadas e conduzidas de acordo com o proposto por Afonso e colaboradores (2013) e registradas em diário de campo por um relator, que também fez parte do grupo, com o auxílio de caderno e notebook. Optou-se por utilizar o planejamento global, considerando-se ter tema previamente definido (segurança do paciente); entretanto, a demanda do grupo foi considerada para que houvesse a oportunidade de ajustes. O planejamento inicial das cinco oficinas está apresentado no APÊNDICE 6.

Nos resultados das oficinas, os participantes foram identificados como P1, P2, consecutivamente, bem como as instituições (Instituição 1, Instituição 2, consecutivamente) com o objetivo de preservar sua identidade.

4.2.2.1 Avaliação

Ao final de cada oficina foi entregue aos participantes um instrumento (APÊNDICE 7) para que pudessem realizar a avaliação do encontro em relação à motivação pessoal, tempo de duração, interação, dinâmica e se havia ou não atingido o objetivo inicial, com escala de excelente à ruim. O instrumento continha também um espaço para sugestões dos participantes.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida inicialmente à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná conforme normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, órgão que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Sua aprovação foi obtida em 18 de dezembro de 2015, pelo parecer CEP/SD 1.376.139, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 50930415.3.0000.0102 (ANEXO 2).

Após sua aprovação foi encaminhada para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Curitiba, sob protocolo 05/2016, e sua aprovação

foi obtida em 05 de abril de 2016, por meio do parecer CEP/SCS-UFPR 1.478.366, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 50930415.3.3001.0101 (ANEXO 3).

Os participantes da fase exploratória e do plano de ação foram esclarecidos e formalizaram a participação por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE 1 e APÊNDICE 8).

Os *checklists* preenchidos na fase exploratória foram identificados com o nome da UPA e numeral ordinal por ordem cronológica de sua aplicação.

5 RESULTADOS

5.1 FASE EXPLORATÓRIA

Esta etapa correspondeu à realização do diagnóstico situacional e obedeceu ao planejamento inicial, sem necessidade de ajustes; foi observado o cálculo amostral para a coleta de dados e contempladas as três diferentes equipes de trabalho, dentro do turno previamente sorteado. Em algumas UPA houve a necessidade de cinco ou mais dias de coleta, para atingir o número amostral (TABELA 2).

TABELA 2 - PACIENTES AMOSTRADOS POR DATA E SETOR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

UPA	Data	Número de Pacientes amostrados por setor			Total
		Emergência	Observação	Internamento	
Boa Vista	06/09/16	04	02	04	10
	14/09/16	05	00	03	08
	15/09/16	02	04	03	09
	16/09/16	01	02	01	04
	19/09/16	05	07	02	14
	Total	17	15	13	45
Boqueirão	29/06/16	02	03	06	11
	06/07/16	06	05	02	13
	14/07/16	05	05	00	10
	19/07/16	05	11	00	16
	Total	18	24	08	50
Cajuru	14/07/16	03	06	02	11
	18/07/16	02	09	00	11
	02/08/16	03	08	02	13
	05/08/16	02	06	00	08
	08/08/16	05	04	01	10
	14/08/16	07	04	02	13
	25/08/16	07	08	00	15
	Total	29	45	07	81
Campo Comprido	01/04/16	04	07	04	15
	30/08/16	03	00	03	06
	01/09/16	02	03	00	05
	12/09/16	06	07	01	14
	16/09/16	04	04	01	09
	Total	19	21	09	49
Cidade Industrial	16/05/16	05	06	04	15
	30/05/16	04	08	02	14
	01/06/16	03	04	00	07
	23/06/16	02	05	00	07
	30/06/16	02	04	00	06
	Total	16	27	06	49
Fazendinha	16/05/16	06	04	05	15
	02/06/16	04	00	00	04
	28/06/16	03	03	00	06
	15/07/16	03	03	00	06
	Total	16	10	05	31

continua

TABELA 2 - PACIENTES AMOSTRADOS POR DATA E SETOR DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

UPA	Data	Número de Pacientes amostrados por setor			conclusão
		Emergência	Observação	Internamento	Total
Pinheirinho	17/05/16	04	02	03	09
	30/05/16	04	05	02	11
	23/06/16	04	02	01	07
	12/07/16	02	06	01	09
	Total	14	15	07	36
Sítio Cercado	08/08/16	01	03	05	09
	09/08/16	01	00	00	01
	25/08/16	02	03	01	06
	01/09/16	02	01	00	03
	02/09/16	02	01	00	03
	05/09/16	06	04	00	10
	09/09/16	04	00	00	04
	Total	18	12	06	36
Total		147	169	61	377

FONTE: O autor (2016).

Entre os pacientes participantes do estudo, a maioria foi do sexo feminino (59,1%) e idosos (54,6%); com relação ao setor de atendimento 44,8% encontravam-se na observação, 39% na emergência e 16,2% no internamento (TABELA 3).

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA- PARANÁ, 2016.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	223	59,1
Masculino	154	40,9
Total	377	100
Idade		
18 60	171	45,4
≥ 60	206	54,6
Total	377	100
Setor de Atendimento		
Emergência	147	39,0
Observação	169	44,8
Internamento	61	16,2
Total	377	100

FONTE: O autor (2016).

Ao relacionarmos a idade com o setor de atendimento percebe-se predomínio de adultos jovens em observação (67,84%) e idosos atendidos no setor emergência (50,97%), conforme dados apresentados na TABELA 4.

TABELA 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES POR SETOR DE ATENDIMENTO E FAIXA ETÁRIA. CURITIBA- PARANÁ, 2016.

Setor	Faixa etária (anos)	N	%
Observação	18 60	116	67,84%
Internamento		13	7,6%
Emergência		42	24,56%
Total		171	45,46%
Observação	≥ 60	53	25,73%
Internamento		48	23,30%
Emergência		105	50,97%
Total		206	54,64%
Total Geral		377	100%

FONTE: O autor (2016).

Os resultados da aplicação do *checklist* de acordo com os correspondentes indicadores de segurança, evidenciam fragilidades (TABELA 5).

De modo geral destaca-se que a totalidade dos pacientes não possuía pulseira de identificação e sinalização do risco de queda e de lesão por pressão. Sobre as condições de segurança na administração de medicamentos, destaca-se a falta de informação com relação à situação alérgica do paciente e falhas na identificação das soluções em uso (TABELA 5).

TABELA 5 - INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Indicador	Setor de Atendimento							
	Observação		Emergência		Internamento		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
continua								
Identificação do paciente								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	169	44,8	147	39,0	61	16,2	377	100
Não se Aplica	-	-	-	-	-	-	-	-
Administração de medicamentos								
<u>Paciente alérgico</u>								
Sim	3	1,8	7	4,8	0	0	10	2,6
Não	61	36,1	31	21,1	9	14,8	101	26,8
Não informa	105	62,1	109	74,1	52	85,2	266	70,6
<u>Alergia está identificada</u>								
Sim	2	1,2	5	3,40	0	0	7	1,9
Não	1	0,6	2	1,4	0	0	3	0,8
Não se aplica	166	98,2	140	95,2	61	100	367	97,3
<u>Infusões identificadas</u>								
Sim	17	10,1	64	43,5	41	67,2	122	32,4
Não	128	75,7	60	40,8	11	18,0	199	52,8
Não se aplica	24	14,2	23	15,6	9	14,8	56	14,8

TABELA 5 - INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE SEGUNDO SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Indicador	Setor de Atendimento						conclusão	
	Observação		Emergência		Internamento		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Risco de Queda								
<u>Sinalizado grau de risco</u>								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	169	100	147	100	61	100	377	100
<u>Orientações quanto ao risco</u>								
Sim	40	23,7	23	15,6	30	49,2	93	24,7
Não	129	76,3	124	84,4	31	50,8	284	75,3
<u>Elevação das grades do leito</u>								
Sim	-	-	107	72,8	30	49,2	137	36,3
Não	-	-	39	26,5	27	44,3	66	17,5
Não se aplica	169	100	1	0,7	4	6,6	174	46,2
Risco de Infecção								
<u>Disponível solução alcoólica</u>								
Sim	169	100	109	74,1	26	42,6	304	80,6
Não	-	-	38	25,9	35	57,4	73	19,4
Risco de Lesão por pressão								
<u>Risco para lesão</u>								
Sim	7	4,1	100	68	27	44,3	134	35,5
Não	162	95,9	47	32	34	55,7	243	64,5
<u>Sinalizado risco</u>								
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-
Não	169	100	147	100	61	100	377	100
<u>Paciente apresenta lesão</u>								
Sim	2	1,2	27	18,4	6	9,8	35	9,3
Não	167	98,8	120	81,6	55	90,2	342	90,7

FONTE: O autor (2016).

Observou-se alta disponibilidade de solução alcoólica para a higienização das mãos como ponto positivo na prevenção de infecções. Não consta nesta tabela a categoria **Risco Cirúrgico**, pois verificou-se a ausência de pacientes em cuidados nesta especialidade em decorrência da característica das unidades estudadas, as quais não executam intervenções de caráter cirúrgico. As unidades em questão fazem a elucidação diagnóstica e encaminham o paciente para o serviço de referência quando necessário (TABELA 5). Cabe ressaltar que o instrumento utilizado para a coleta de dados foi construído para o ambiente de pronto socorro, no qual há demanda de pacientes cirúrgicos, que não é o caso das UPA.

Ao perguntar para o paciente ou familiar sobre sua condição alérgica, foram identificados seis pacientes que referiram alergia, além daqueles mencionados na TABELA 5; entre esses, não havia esta informação no prontuário de cinco e um constava como não alérgico no registro médico (QUADRO 6).

QUADRO 6 - CONDIÇÃO ALÉRGICA INFORMADA E REGISTRO EM PRONTUÁRIO.
CURITIBA - PARANÁ, 2016

UPA	Alergia Informada pelo paciente/familiar	Investigação de alergia registrada no prontuário	Setor
Campo Comprido	Sulfa/Penicilina	Não registrado	Internamento
	Dipirona	Não registrado	Observação
Sítio Cercado	Amoxicilina	Não registrado	Emergência
	Sulfametoxazol	Não	Emergência
Boqueirão	Paracetamol	Não registrado	Observação
	Penicilina	Não registrado	Observação

FONTE: O autor (2016).

Com relação à identificação das soluções parenterais, verificou-se que em 52,8% (N=199) essas não estavam identificadas, sendo o setor de observação o que apresentou maior déficit 75,7% (N=128). Os pacientes que tiveram este item marcados como *Não se aplica* se referem aos que não tinham infusão no momento da observação (TABELA 5).

Com relação ao **Risco de queda**, verificou-se que as UPA não realizam avaliação e sinalização deste risco. Durante a coleta de dados a pesquisadora aplicou a escala de Morse a todos os pacientes. Essa escala consta no verso do instrumento utilizado (ANEXO 1). Assim, conforme TABELA 6, verificou-se que no setor observação 56,8% dos pacientes não apresentavam risco para quedas; em contrapartida, nos setores de emergência e internamento a maioria dos pacientes tinha risco para queda, representando 91,8% e 95,1% da amostra, respectivamente, sendo significativo o alto risco para queda, com 67,3% e 63,9%, respectivamente.

TABELA 6 - RISCO DE QUEDA DE ACORDO COM SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Risco*	Observação		Emergência		Internamento		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem Risco	96	56,8	12	8,2	3	4,9	111	29,5
Com Risco	73	43,2	135	91,8	58	95,1	266	70,6
Baixo Risco	42	24,9	36	24,5	19	31,2	97	25,7
Alto Risco	31	18,3	99	67,3	39	63,9	169	44,8
Total	169	44,8	147	39	61	16,2	377	100

FONTE: O autor (2016).

NOTA: *De acordo com a escala de Morse: Sem Risco – até 24 pontos; Baixo Risco – de 25 a 44 pontos; Alto Risco – maior ou igual a 45 pontos.

A maioria 75,3% (N=284) quando questionada (paciente ou familiar), respondeu não ter recebido orientação quanto ao risco de queda ou cuidados preventivos, avaliando os três setores. Separadamente, no setor emergência 84,4%

responderam não ter recebido orientação, seguido de 76,3% da observação e 50,8% do internamento (TABELA 5).

Verificou-se que no setor emergência 72,8% (N=107) tinham as grades do leito elevadas, já no internamento essa frequência foi de 49,2% (N=30). Os pacientes da observação ficam acomodados em poltronas ou cadeiras, o que não permitiu a avaliação da presença do dispositivo grade (TABELA 5).

Na categoria **Risco de Infecção** foi verificado a presença de álcool 70% no ponto da assistência ao paciente, atingindo 100% (N=169) na observação e 80,6% (N=304) levando em consideração os três setores de atendimento (TABELA 5).

Sobre o **Risco de Lesão por pressão**, nas unidades avaliadas não é realizada avaliação deste risco. Sendo assim, para responder ao primeiro item desta categoria foi aplicado a escala de Braden aos pacientes. Conforme TABELA 7, identificou-se que 64,5% (N=243) não apresentavam risco, sendo este número expressivo na observação com 95,9% (N=162) sem risco, seguido do internamento com 55,7% (N=34).

Diferentemente, na emergência, 68% (N=100) dos pacientes avaliados possuíam risco de desenvolver lesão por pressão, em sua maioria risco elevado, 49% (N=72). No internamento 44,3% (N=27) da amostra, apresentou risco de desenvolver lesão por pressão.

TABELA 7 - RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO DE ACORDO COM SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Risco*	Observação		Emergência		Internamento		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem Risco	162	95,8	47	32	34	55,7	243	64,5
Com Risco	7	4,1	100	68	27	44,3	134	35,5
Baixo Risco	4	2,4	10	6,8	4	6,6	18	4,8
Alto Risco	2	1,2	18	12,2	6	9,8	26	6,9
Risco elevado	1	0,6	72	49	17	27,9	90	23,8
Total	169	44,8	147	39	61	16,2	377	100

FONTE: O autor (2016).

NOTA: *De acordo com a escala de Braden: Sem Risco – de 23 a 19 pontos; Com Risco: Risco Leve – de 18 a 15 pontos; Risco Moderado de 14 a 13 pontos; Risco elevado – menor ou igual a 12 pontos.

Entre os pacientes observados, 90,7% (N=342) não apresentavam lesões, porém, 18,4% (N=27) dos atendidos no setor de emergência apresentava lesão (TABELA 8). Contudo, não foi investigado se previamente ou não à admissão na UPA.

TABELA 8: PRESENÇA DE LESÃO POR PRESSÃO DE ACORDO COM SETOR DE ATENDIMENTO. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Presença de Lesão por Pressão	Observação		Emergência		Internamento		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	2	1,2	27	18,4	6	9,8	35	9,3
Não	167	98,8	120	81,6	55	90,2	342	90,7
Total	169	44,8	147	39	61	16,2	377	100

FONTE: O autor (2016).

5.2 PLANO DE AÇÃO - OFICINAS

5.2.1 Caracterização dos participantes das oficinas

As oficinas contaram com participantes enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, nutricionista e médico (TABELA 9), sendo a Coordenação Local um cargo preenchido por enfermeiros.

TABELA 9 – PROFISSÃO DOS PARTICIPANTES POR OFICINA. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Participantes	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Enfermeiro*	19	09	06	07	06
Auxiliar de Enfermagem	03	01	02	01	01
Médico	01	01	00	01	01
Farmacêutico	00	00	00	00	02
Nutricionista**	01	00	00	00	00
Total	22	11	08	09	10

FONTE: O autor (2016).

NOTA: *Enfermeiro: Coordenadores locais, enfermeiros das UPA e enfermeiros da Vigilância Sanitária.

**Nutricionista: nutricionista da Vigilância Sanitária

A média de tempo de vínculo dos profissionais participantes, na SMS, foi de 6,3 anos, variando de 4 a 24 anos, e o tempo médio na UPA foi de 4 anos.

Os auxiliares de enfermagem eram graduados em enfermagem e um possuía pós-graduação. Entre os demais, todos eram pós-graduados, à exceção de um; uma das enfermeiras cursava mestrado e outra era também graduada em Pedagogia.

Sobre a representatividade das UPA durante as oficinas houve participação de pelo menos um representante de cada UPA na primeira oficina (TABELA 10).

TABELA 10: NÚMERO DE PARTICIPANTES POR UPA NAS OFICINAS. CURITIBA – PARANÁ, 2016.

UPA	OFICINAS				
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Cidade Industrial	2	2	0	2	2
Sítio Cercado	2	2	1	1	1
Campo Comprido	3	2	1	1	2
Cajuru	2	0	0	0	1
Boqueirão	1	3	1	2	0
Fazendinha	2	0	0	0	0
Departamento de Urgência e Emergência	1	0	1	0	1
Pinheirinho	1	0	0	0	0
Boa Vista	1	0	0	0	0

FONTE: o autor (2016).

NOTA: Nesta tabela estão inseridos apenas os participantes que representam as UPA.

5.2.2 Oficinas

Os resultados referentes às oficinas estão resumidos no QUADRO 7, e no APÊNDICE 9 estão descritas detalhadamente.

QUADRO 7 – SÍNTESE DAS OFICINAS. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

continua

Oficina	Participantes	Atividades	Resultados
1ª	19 enfermeiros (09 Coordenadores locais; 05 assistenciais; 02 da Vigilância Sanitária; 02 especialistas em segurança do paciente; 01 relator; 03 auxiliares de enfermagem; 01 médico; 01 nutricionista da Vigilância Sanitária	- Palestra sobre segurança do paciente. - Apresentação do resultado da coleta de dados nas UPA. - Discussão em grupo sobre quais protocolos são considerados prioritários pelos participantes para serem desenvolvidos nas próximas oficinas.	- Despertou interesse do grupo para a temática. - Definição dos protocolos de segurança a serem desenvolvidos nas próximas oficinas: identificação do paciente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
2ª	09 enfermeiros (03 Coordenadores locais; 03 assistenciais; 02 especialistas em segurança do paciente; 01 relator); 01 auxiliar de enfermagem; 01 médico.	- Leitura e discussão do Protocolo de Identificação do Paciente. - Leitura e discussão de artigos sobre Identificação do Paciente em instituições de Saúde.	- Elaboração de ações para a identificação do paciente atendido em UPA.
3ª	06 enfermeiros (Coordenadores locais; 01 da Vigilância Sanitária; 01 especialista em segurança do paciente; 01 relator); 02 auxiliares de enfermagem;	- Leitura, discussão e adequação das ações elaboradas na oficina anterior.	- Elaboração e validação de ações para a identificação do paciente atendido em UPA.

QUADRO 7 – SÍNTESE DAS OFICINAS. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

(continua)

Oficina	Participantes	Atividades	Resultados
4ª	07 enfermeiros (04 Coordenadores locais; 01 da Vigilância Sanitária; 01 especialista em segurança do paciente; 01 relator); 01 auxiliar de enfermagem; 01 médico.	- Feedback de pendências da oficina anterior. - Apresentação do resultado da coleta de dados nas UPA. - Leitura e discussão do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; - Leitura e discussão do Boletim do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos: “Nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes: como evitar os erros?” - Leitura: “Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial – listas atualizadas 2015”	- Levantamento de problemas com relação à administração de medicamentos nas UPA. - Definição que será realizado um protocolo de diluição de medicamentos para as UPA.
5ª	06 enfermeiros (03 Coordenadores locais; 01 da Vigilância Sanitária; 01 especialista em segurança do paciente; 01 relator) 01 auxiliar de enfermagem; 01 médico; 02 farmacêuticas	- Entregue uma cópia de um protocolo de diluição já existente na Secretaria Municipal de Saúde para revisão.	- Revisão do protocolo de diluição existente na Secretaria Municipal de Saúde, com foco nos medicamentos de alta vigilância.

FONTE: O autor (2016).

5.2.2.1 Avaliação das oficinas pelos participantes

Ao final de cada oficina era entregue aos participantes um instrumento (APÊNDICE 7) no qual realizavam a avaliação da mesma. Ao final de todas as oficinas foram recolhidas 48 avaliações.

Destas, todas tiveram como resposta aos itens constantes *Bom* ou *Excelente*, sendo a resposta *Excelente* com porcentagem igual ou maior que 75% para todas os itens, conforme pode ser observado na TABELA 10.

No campo sugestões, que era livre para que os participantes pudessem escrever o que achassem necessário, apareceram mensagens de incentivo e agradecimento: “Continuar para 2017”, “Obrigada”, “Parabéns, encontro muito

produtivo”, “Acredito que fará a diferença na prática e incentivará este processo nas UPA”, entre outras.

TABELA 11 - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DAS OFICINAS. CURITIBA - PARANÁ, 2016.

Avaliação da Oficina	Excelente		Bom		Regular		Ruim		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sua Motivação para participar do encontro	42	87,5	6	12,5	0	0	0	0	48	100
Tempo do encontro	37	77,1	11	22,9	0	0	0	0	48	100
Interação entre os participantes	38	79,2	10	20,8	0	0	0	0	48	100
Dinâmica de condução do encontro	36	75,0	12	25,0	0	0	0	0	48	100
Contribuição deste encontro para definir ações para	38	79,2	10	20,8	0	0	0	0	48	100

FONTE: O autor (2016)

6 DISCUSSÃO

6.1 FASE EXPLORATÓRIA

6.1.1 Perfil dos pacientes atendidos

Nesta pesquisa foi identificada a predominância do sexo feminino entre os pacientes atendidos nas UPA, o que vem ao encontro com outros estudos brasileiros que traçaram um perfil dos pacientes em unidades de pronto atendimento. (DINIZ et al., 2014; FERRARI et al., 2014; GARCIA; REIS, 2014). Esse fato possivelmente está relacionado à questão de que as mulheres, em geral, buscam mais os serviços de saúde do que os homens, pois o cuidado, na maioria das vezes, está culturalmente relacionado ao gênero feminino, cabendo ao gênero masculino as questões referentes à força e invulnerabilidade. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; ALVES et al., 2011). Também se infere maior vínculo trabalhista entre os homens, dificultando a procura por serviços médicos.

Com relação à idade dos pacientes, pesquisa realizada em UPA do Paraná demonstrou que a faixa etária predominante nos atendimentos foi de 20 a 39 anos (UCHIMURA et al., 2015), igualmente em UPA no Rio de Janeiro com 58,1% da demanda nesta faixa etária (FERRARI et al., 2014). Esses resultados divergem dos encontrados na presente pesquisa, onde a maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária acima de 60 anos. Essa divergência pode ser justificada, entre outras questões, porque os estudos de Uchimura e colaboradores (2015) e Ferrari e colaboradores (2014), levaram em conta o atendimento de uma forma geral, e a presente pesquisa tratou de pacientes que adentraram ao eixo vermelho, ou seja, necessitaram de algum tipo de intervenção de emergência. Notoriamente a demanda por atendimento no eixo azul é bastante grande, e muitas vezes, não há necessidade de intervenções emergenciais.

Considera-se que a maioria de idosos pode estar associado aos motivos pelos quais os idosos buscam as UPA. Sabe-se que, entre outros, buscam as unidades de emergência pela garantia de atendimento imediato, no horário que desejam sem a necessidade de agendamento prévio, diverso do que ocorre em unidades da atenção primária. (RISSARDO et al., 2016). Ainda, a população idosa é mais dependente de acompanhantes, e maior necessidade de busca por atendimento mais ágil, prestado

em UPA, quando comparado a unidades básicas, as quais demandam agendamento e disponibilidade de médico. Adiciona-se a essas ponderações o crescimento da população idosa no mundo, e inclusive na capital paranaense.

Curitiba possuía, no ano 2000, 133.619 habitantes na faixa etária idosa, o que representava 8,4% da população. Já em 2010 os idosos passaram a representar 11,3% da população. (CURITIBA, 2017). De acordo com dados do DATASUS, em 2009, em Curitiba, 10,4% da população era idosa, em 2012 esse número subiu para 11,3%. Ainda segundo esta mesma fonte, no período de abril de 2015 a março de 2016 foram registrados em Curitiba 147.459 internamentos em caráter de urgência, o que corresponde a 21,26% dos internamentos na capital neste período. (BRASIL, 2017, 2017b).

Dos atendimentos realizados, de acordo com os setores, observa-se (TABELA 3) predomínio de pacientes na observação, setor no qual é realizada intervenção medicamentosa, exames e local onde pacientes aguardam internamento. Contudo, esta pesquisa não teve por objetivo identificar os motivos da permanência dos pacientes nos setores, como tal, essas informações não estão disponíveis. Estes resultados são semelhantes aos encontrados em um estudo realizado em UPA do Rio de Janeiro, que demonstra atendimento de casos clínicos agudos, de baixa complexidade. (KONDER; O'DWYER, 2016).

Muitos destes pacientes poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos em UBS, conforme é definido, desde 2002, no regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, que coloca a Atenção Básica como um componente pré-hospitalar responsável pelo acolhimento de pacientes com quadros agudos de menor complexidade por até 08 horas. (BRASIL, 2002). Diniz e colaboradores (2014), demonstraram que a demanda clínica foi composta por pacientes que poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na atenção básica. No entanto, não é possível afirmar, com este estudo, que os pacientes que se encontravam neste setor compreendiam apenas casos de baixa complexidade, pois não foi realizado este tipo de acompanhamento.

Observou-se que 39% dos pacientes eram atendidos no setor de emergência, resultado que vai ao encontro dos preceitos da PNAU, que é ofertar tratamento imediato às urgências clínicas, cirúrgicas, pediátricas, gineco-obstétricas e relacionadas às causas externas. (BRASIL, 2011).

Na TABELA 4 pode-se observar que entre a população idosa, a maioria encontrava-se no setor de emergência, demonstrando possível maior complexidade dos problemas apresentados pelos idosos atendidos durante o período da pesquisa. Estudo realizado em Porto Alegre mostrou que 79% dos idosos atendidos nos serviços de emergência foram classificados, pelo protocolo de Manchester, como amarelo, o que mostrou a necessidade do atendimento de urgência e também a procura destes pelo serviço por situações de agravamento de seus problemas crônicos de saúde. (SERBIM; GONÇALVES; PASKULIN, 2013).

Em serviços de emergência, pacientes pediátricos e idosos se enquadram no grupo de risco para a ocorrência de eventos adversos. (STANG et al., 2013). Considerando que a maior demanda de atendimento desta pesquisa foi de pacientes idosos, e que o envelhecimento populacional é tendência mundial, fomenta-se a relevância da utilização de protocolos direcionadores para a execução da prática profissional. O emprego de protocolos de segurança favorece a promoção de ações seguras e redução dos possíveis incidentes e eventos adversos em serviços de urgência e emergência, sobretudo em população suscetível. Entre outros, as quedas e lesões por pressão, erros com medicação pelo uso de polifarmácia, além de outros decorrentes da não identificação do paciente que muitas vezes encontra-se confuso, com problemas de audição e visão, fatores agravantes no contexto da segurança. Ressalta-se assim, a importância de fomentar o cuidado seguro, com destaque para esta faixa etária.

O setor de internamento se destina à elucidação diagnóstica, estabilização clínica ou transferência para internações em serviços hospitalares, e representou 16,2% dos casos atendidos, com predomínio de idosos. Como se trata de uma UPA, o tempo de permanência dos usuários não deve ultrapassar 24 horas (BRASIL, 2013e), contudo, estudos prévios que avaliaram a gestão da rede de urgências do Estado do Paraná e do Estado do Rio de Janeiro apontaram tempo de permanência superior, fato justificado pela insuficiência de vagas na atenção terciária. (DINIZ et al., 2014; KONDER; O'DWYER, 2016). Entretanto, estudo realizado em Porto Alegre - RS também demonstrou permanência média de cinco dias até a transferência. (PICCOLI et al., 2013). A ausência de vagas é também identificada em estudo realizado com profissionais e gestores de UPA de outros municípios brasileiros. (BRASIL, 2015a). Maior permanência pré internação agrava o risco de lesões por pressão, sobretudo em idosos, considerando-se as condições não ideais de

acomodação, em maca, por longa permanência nas UPA, as quais não se destinam à hospitalização.

6.1.2 Indicadores de Segurança do Paciente

Uma das estratégias utilizadas com vistas às práticas seguras nos estabelecimentos de saúde é o emprego de protocolos básicos para a segurança do paciente, aprovados por portarias ministeriais brasileiras, que devem ser utilizados por instituições de saúde de todo o território nacional. (BRASIL 2013c, 2013d).

A discussão dos resultados dos indicadores de segurança está organizada em categorias e apoiados nos dados da TABELA 5.

6.1.2.1 Identificação do Paciente

Os resultados demonstram que todos os pacientes estavam sem identificação, o que contraria o preconizado pela primeira meta internacional de segurança do paciente e protocolo ministerial. (JCI, 2014; BRASIL, 2013f). É importante salientar que nas UPA desta pesquisa não existe método sistemático para a identificação do paciente, a qual, segundo o MS brasileiro (BRASIL, 2013f), deve ser realizada em pulseira branca, com no mínimo dois identificadores.

Entretanto, durante o período da pesquisa, foi possível observar iniciativas na tentativa de realizar a identificação, utilizando-se, de modo não sistematizado, cartaz afixado sobre o leito do paciente com o nome e data de nascimento. Essa prática, muito embora possa auxiliar na identificação, não é segura, pois esta deve estar no paciente, e não no leito. (BRASIL, 2013f). A identificação no leito ou sobre o leito pode ser utilizada como coadjuvante, não como única forma de identificação, pois é passível de falhas, tais como soltura do identificador, transferência do paciente de leito sem correspondente mudança da identificação, troca do leito entre os pacientes de modo intencional, ou não, entre outros fatores.

Estudos semelhantes demonstram não haver sistematização institucional para identificação dos pacientes em unidades não hospitalares de atendimento, como as UPA, o que é reconhecido pelos profissionais como potencial importante para a ocorrência de eventos adversos, e como item necessário a ser implementado no

serviço. (SANTOS, 2015; BRITO, 2015). Fato esse que reflete uma fragilidade da segurança do paciente nestes ambientes.

O prontuário, ou ficha de atendimento, embora seja uma das formas de identificar o paciente, não pode ser a única forma nestas unidades, pois as particularidades do atendimento em UPA, tais como grande demanda e alteração no nível de consciência, são fatores que predispõem à ocorrência de erros em decorrência de identificação incompleta ou inadequada. O uso do protocolo de identificação assegura que o cuidado seja prestado ao paciente para o qual se destina, evitando possíveis incidentes e erros. (BRASIL, 2013f). Sendo assim, a adequada identificação, desde a admissão do paciente, é importante para que a ocorrência de incidentes seja evitada (SMITH et al., 2011), e constitui barreira elementar de prevenção do erro individual ou sistêmico.

Outra prática comumente realizada em UPA é a realização de coletas de sangue para exames laboratoriais, com a finalidade de elucidação diagnóstica. Usualmente a identificação do nome do paciente é realizada de forma manual nas etiquetas fornecidas pelo laboratório. De forma geral, a identificação é falha, pois conta-se com a clareza e legibilidade na caligrafia, com o espaço disponível, e nem sempre suficiente, na etiqueta, o que muitas vezes impede a inserção de outros identificadores, além do nome. Um estudo tailandês demonstrou que a identificação das amostras com códigos de barras auxilia na redução de erros nestes casos. (NING et al., 2016). Essa é uma forma segura e passível de uso na pulseira de identificação, prontuários, etiquetas de medicação e requisições; embora ainda incipiente nos serviços de saúde de nosso país, em especial na atenção básica nas UPA.

6.1.2.2 Administração de medicamentos

Nesta categoria identificou-se falta de informação com relação à situação alérgica do paciente em 70,6% da amostra, o que é preocupante ao considerarmos a possibilidade de pacientes alérgicos a determinados medicamentos que podem ser administrados durante o período de permanência na UPA. O processo de dispensação, preparo e administração de medicamentos deve ser aprimorado neste sentido, contando com a investigação de alergias.

Outro item importante é inserir o paciente/familiar no processo de cuidado, indagando sobre seu histórico antes do procedimento, evitando que lhe seja

administrado a medicação ao qual ele é alérgico. (PARANAGUÁ; BEZERRA; SILVA, 2015). Também se discute a importância do registro e a identificação da condição alérgica no prontuário do paciente, na prescrição médica e por meio do uso de pulseira de cor diversa à de identificação. Dos pacientes atendidos e entre os 10(2,6%) que relataram a condição alérgica nesta pesquisa, três (0,8%) não tinham identificação ou destaque na prescrição para alertar a equipe de saúde, conforme preconiza o MS. (BRASIL, 2013f).

Além da avaliação realizada com os itens constantes no *checklist*, a pesquisadora questionou aos pacientes ou familiares a respeito da presença ou ausência de alergias, com o objetivo de identificar outros casos além dos sinalizados no prontuário. Assim, foram identificados seis pacientes que referiram alergia, as quais não estavam informadas no prontuário (QUADRO 6); em um destes casos o prontuário identificava o paciente como não alérgico. Esse fato reforça a necessidade de inserção do paciente/familiar no processo de cuidado.

Sabe-se que a administração inadvertida de medicamentos alergênicos pode trazer sérias complicações aos pacientes, com agravamento de seu estado de saúde, podendo causar inclusive o óbito. Dessa forma, o registro do relato de alergia na prescrição médica subsidia os cuidados de enfermagem fazendo uma barreira ao erro nas etapas de dispensação, de preparo e de administração de medicamento alergênico. (BRASIL, 2013f).

A maioria dos pacientes recebia soluções intravenosas durante o atendimento (85,2%, N=321). Porém, 52,8% (N=199) não havia identificação das soluções, fato que pode contribuir para a ocorrência de erros na administração de medicamentos, uma vez que a identificação do fármaco é básica e essencial para as práticas seguras no preparo e administração de medicamentos. (BRASIL, 2013f).

Destaca-se, nesta inconformidade, o setor observação, com 75,7% (N=128) das soluções sem identificação. É importante ressaltar que não foi avaliada a qualidade da identificação, mas a simples presença. Infere-se que dos fatores contribuintes ao fato, a curta permanência dos pacientes neste setor, no qual são realizadas as medicações com alta na sequência, resulta em grande rotatividade de pacientes. Soma-se ao risco a sobrecarga de trabalho, interrupções durante o processo de preparo das medicações e desatenção, que também são fatores que influenciam para a ocorrência de eventos adversos (SANTI et al., 2014), fatores não identificados nesta pesquisa.

Porém, a identificação das soluções parenterais, compostas ou não, é um preceito elementar e imprescindível na formação dos profissionais de enfermagem, de qualquer nível. Chama a atenção estes resultados, não havendo justificativa plausível a ser apresentada pelos pesquisadores, que não a falta de rotina desta identificação nas UPA. Salienta-se que a ausência de identificação nas soluções possivelmente dificulta a ação rápida dos profissionais em casos de reações alérgicas, uma vez que necessitarão recorrer ao prontuário para tomada de decisão assertiva.

Dentre as medicações administradas em UPA, muitas são consideradas de alta vigilância, dessa forma, necessitam de rigor para sua administração de forma segura. (BRASIL, 2013f; JCI, 2014). Neste contexto, na emergência, local de uso mais frequente de fármacos de alta vigilância, e uso concomitante de múltiplas drogas, aproximadamente 41% das soluções instaladas não estavam identificadas, fato preocupante, pois neste setor também estão os pacientes com maior gravidade.

Em contrapartida, evidenciou-se que no setor de internamento 67,2% das soluções estavam identificadas, inferindo-se que o serviço entende a necessidade desta rotina, porém não a realiza de forma sistemática. A maior permanência dos pacientes e semelhança do setor com as rotinas hospitalares habituais possivelmente contribuíram para a identificação das soluções.

Um estudo realizado no ambiente hospitalar identificou que os erros na administração de medicamentos por via intravenosa estavam relacionados à falta de conferência da medicação e de pacientes, totalizando 96,73% e 70,57% dos casos, entre 367 doses administradas. (SILVA; CAMERINI, 2012). Deste modo, pode-se afirmar também que a administração segura de medicamentos está intimamente relacionada ao processo de identificação do paciente, pois esta faz parte dos nove certos que devem ser observados quando da administração de medicamentos: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; documentação certa (registro certo); ação certa, forma certa e resposta certa. (ELLIOTT; LIU, 2010). São itens que não garantem a inexistência de erros, mas cada passo desse é uma barreira para evitar sua ocorrência, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente na administração de medicamentos. (BRASIL, 2013f).

Nesta pesquisa, a falta de identificação das soluções e dos pacientes exacerba o risco de eventos e remete à dificuldade das UPA em cumprir a terceira meta internacional que se refere à administração segura de medicamentos. (JCI, 2014).

6.1.2.3 Risco de Queda

A avaliação do risco de queda não é rotina nas UPA em questão, porém devemos considerar que um dos fatores deste risco é a idade superior a 65 anos. (BRASIL, 2013f). Uma vez que nesta pesquisa a faixa etária predominante foi de idosos, reitera-se a importância da adoção de protocolos para avaliar o risco de queda no momento da admissão do paciente, com uso de instrumento adequado e desenvolvimento de ações de acordo com o grau de risco apresentado. (BRASIL, 2013f).

A aplicação da escala de Morse, durante a pesquisa, permitiu elucidar os dados referentes a esta questão. Ficou evidenciado que no setor observação a maior parte dos pacientes não tinha risco para queda, o que pode ser explicado, entre outras questões, da faixa etária abaixo dos 60 anos, e ser um local no qual os pacientes ficam acomodados em cadeiras ou poltronas, o que sugere maior mobilidade.

Neste local 76,3% dos pacientes responderam não ter recebido orientação quando ao risco de quedas. Estudo realizado em um hospital do sudeste do Brasil mostrou que 18% das notificações por queda foi decorrente de quedas de poltronas, ficando atrás apenas das quedas de própria altura que somaram 64,2% das ocorrências. (MENEQUIN; AYRES; BUENO, 2014). Por se tratar na maioria de adultos jovens, neste setor, infere-se haver influência sobre a pouca orientação por acreditarem não ser necessária, nestes casos.

No setor emergência e internamento a maioria dos pacientes apresentou alto risco para queda. Segundo Remor, Cruz e Urbanetto (2014), pacientes com maior escore de risco tem maior chance de sofrer uma queda. Estes setores também concentravam a maioria de pacientes idosos, demonstrando a importância do desenvolvimento de ações voltadas à prevenção deste agravo. Estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que 57% dos pacientes que sofreram alguma queda, no ambiente hospitalar, tinham mais de 60 anos. (COSTA et al., 2011). Na emergência 84% (N=124) referiram não ter recebido orientação sobre o risco de queda; talvez o fato de permanecerem sem acompanhante e apresentarem maior gravidade na condição de saúde, podem não ter dado condições para que pudessem responder a esta pergunta adequadamente. Já no internamento esse número foi de 50,8% (N=31) da amostra.

Pacientes que se encontram em instituições hospitalares, seja em observação para resolução de algum agravo agudo, ou internados, estão, em sua maioria, fragilizados por sua condição de saúde e necessitam de auxílio e orientação por parte da equipe para realização das atividades que lhes são habituais, como levantar-se para ir ao banheiro, caminhar, tomar banho. Esse auxílio também pode ser realizado pelo familiar, quando orientado para tal função. Desse modo, a equipe de enfermagem deve estar preparada para fornecer estas orientações aos familiares e pacientes, evitando a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar. (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014). Essas condições são semelhantes em outros serviços de saúde, os quais também devem se adequar às recomendações para prevenir esses eventos.

Danos decorrentes de quedas geram problemas não só para os pacientes, como também para a equipe de saúde, e tem se tornado rotina nas instituições. (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014). Reduzir lesões decorrentes de quedas deve ser um compromisso da equipe de saúde com finalidade de evitar o dano. A orientação sobre o risco, bem como cuidados que o paciente e/ou familiar devem ter durante a permanência nas instituições são de fundamental importância para que se atinja o idealizado na sexta meta internacional. (BRASIL, 2013f; JCI, 2014).

Apesar de no setor emergência haver pouca orientação com relação ao risco de quedas, verificou-se que 72,8% dos leitos tinham as grades elevadas, o que demonstra o cuidado da equipe, com relação a este agravo neste setor. Este achado vai ao encontro de um estudo realizado em um hospital do sul do Brasil que coloca a manutenção das grades no leito como sendo o cuidado mais prescrito pelos enfermeiros para pacientes com risco para queda. (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014). Porém, havendo grades, essas devem ser mantidas elevadas na totalidade dos casos, considerando-se as condições dos pacientes, a altura e a pequena largura dos leitos.

Já no setor internamento o quantitativo de leitos com grades elevadas foi o mesmo dos que receberam orientação com relação ao risco de quedas (49,2%). Fato que traz preocupação uma vez que os pacientes estão condicionados a várias situações que geram risco: idade, uso de medicamentos, presença de vários obstáculos (mesa de cabeceira, escada de apoio, cadeira). Estudos destacam que a maioria das quedas hospitalares ocorre no quarto, seguida do banheiro (ABREU et al., 2012; CORREA et al., 2012), fato que merece atenção por parte das instituições no sentido de prevenção deste agravo.

A manutenção das grades no leito é uma orientação do protocolo de prevenção de quedas do MS, pois indivíduos que são acomodados em macas, segundo o protocolo, possuem alto risco para quedas, independente dos fatores que possam contribuir para a ocorrência do incidente. (BRASIL, 2013f).

Entre as camas ou macas que não tinham suas grades elevadas, foi possível verificar que algumas se encontravam estragadas, sem grades ou simplesmente abaixadas. Contudo, compreendemos que manter as grades do leito elevadas, além da equipe de saúde, depende de questões administrativas que permeiam este cenário. Os pacientes da observação ficam acomodados em poltronas ou cadeiras, o que não permitiu a avaliação da presença do dispositivo grade.

6.1.2.4 Risco de Infecção

A disponibilidade de álcool 70% para higienização das mãos no ponto da assistência³ ao paciente foi verificada em 80,6% dos setores, destacando-se o setor observação, no qual obteve-se 100% de disponibilidade de solução alcoólica.

A redução de infecções nos ambientes que prestam cuidado à saúde está também relacionada à correta higienização das mãos e à presença de solução alcoólica. (BRASIL, 2013f). Disponibilizar solução alcoólica nos pontos de assistência é reconhecido pela OMS como padrão ouro para a higienização das mãos, no que se refere à redução de microrganismos e facilidade de seu uso. (BRASIL, 2013f). Estas medidas preventivas estão também relacionadas à quinta meta internacional da OMS. (JCI, 2014).

No entanto, apesar de ser bastante difundida a prática da higienização das mãos, sabe-se que é frequente a baixa adesão e falhas neste processo, não somente em decorrência da presença, ou não, de solução alcoólica, como também de questões relacionadas à estrutura física e local do provimento das soluções, que contribuem no comprometimento da segurança do paciente. (BORGES et al., 2012; BATHKE et al., 2013; PRADO; HARTMANN; TEIXEIRA FILHO, 2013).

³ Ponto da assistência: local onde se encontram três elementos fundamentais: o paciente, o profissional de saúde e a assistência do paciente. A solução alcoólica deve estar próxima sem a necessidade de o profissional se deslocar para busca-la. Soluções de bolso, afixadas no leito ou cabeceira e em bandejas preenchem este requisito. (OMS, 2008).

A rotina da emergência muitas vezes faz com que os profissionais pulem etapas deste processo, no intuito de realizar mais rapidamente suas atividades, e poucos deles higienizarão as mãos adequadamente se tiverem que se deslocar do local onde estiverem prestando assistência por falta de insumos, como o álcool 70%, por exemplo. Por isso, sua disponibilidade é considerada como fundamental pela OMS (BRASIL, 2013f) e foi frequentemente disponibilizada nas UPA desta pesquisa, que consistiu em ponto positivo para a segurança do paciente.

6.1.2.5 Risco de Lesão por Pressão

Nas unidades avaliadas evidenciou-se não haver verificação sistemática do risco para ocorrência de lesão por pressão. Para evidenciar o risco foi aplicada a escala de Braden pela pesquisadora.

A maioria dos pacientes apresentava-se sem risco (64,5%, N=243), chamando atenção o setor observação no qual se obteve 95,8% da amostra sem risco para lesão. Neste local encontram-se, em sua maioria, pacientes jovens e independentes fatores relacionados ao baixo risco de desenvolvimento de lesões por pressão.

Diferentemente, no setor emergência, 68% (N=100) dos pacientes avaliados apresentaram risco de desenvolver lesão por pressão e também maior prevalência de lesões prévias (18,4%, n=27). Setores que abrigam pacientes críticos, sabidamente tem alta incidência de lesões por pressão (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; BORGHARDT et al., 2015), as quais aumentam proporcionalmente com a combinação de fatores de risco, como idade avançada e restrição no leito. (BRASIL, 2013f).

A identificação do paciente acerca do risco para desenvolver lesão por pressão, com auxílio de escala validada e associada à avaliação clínica do enfermeiro, permite que medidas preventivas sejam adotadas de imediato. (BRASIL, 2013f). Desse modo, é essencial a avaliação do risco, a sinalização do grau de risco e emprego de protocolos que direcionam ações para redução da sua incidência. (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

É importante ressaltar que por se tratar de UPA, pacientes admitidos no setor emergência, em sua maioria, ficam acomodados em macas, situação que predispõe ao aparecimento de lesão por pressão e colabora na piora das lesões já instaladas.

No setor internamento a maioria dos pacientes apresentou-se sem risco para o desenvolvimento de lesão por pressão. Porém 44,3% (N=27) apresentavam esse

risco, considerando-se a maioria de idosos, o que ressalta a importância na adoção de medidas com o objetivo de prevenir o aparecimento desses eventos, ou o agravamento das lesões já existentes.

6.1.2.6 Risco Cirúrgico

Durante o período de realização da pesquisa verificou-se a ausência de pacientes em cuidados nesta especialidade, em decorrência da característica das unidades estudadas, as quais não executam intervenções de caráter cirúrgico. Ademais, procedimentos que se assemelham a procedimentos cirúrgicos, tais como drenagem torácica, inserção de cateter central, que são realizados, eventualmente, nestas unidades não foram observados no período.

Sugere-se uma adaptação do Protocolo de Cirurgia Segura (BRASIL, 2013f), para a realização destes procedimentos em UPA, o que representa melhoria dos processos e qualidade na assistência.

6.2 PLANO DE AÇÃO

Participaram das oficinas, considerando os cinco encontros, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médico, farmacêuticos e nutricionista. Um grupo de atuação multiprofissional agrega conhecimento à prática que se pretende transformar, promovendo um cuidado baseado na clínica de forma mais ampla. Inserir a equipe multiprofissional no cuidado promove o acolhimento do paciente e vai ao encontro das diretrizes do MS. (BRASIL, 2009b). Deste modo, a participação de diferentes categorias profissionais para discutir estratégia de melhorias na segurança do paciente em UPA contribuiu pela diversificação na formação e atuação laboral.

A profissional nutricionista esteve presente na primeira oficina em decorrência da participação de um representante da vigilância sanitária na palestra sobre o tema segurança do paciente. Destaca-se não haver este profissional na composição das equipes das UPA. Os farmacêuticos participaram na oficina específica, referente à administração segura de medicamentos, apesar de o convite ter sido estendido para a participação em todas as oficinas.

Os participantes tinham em média quatro anos de atuação em UPA. A experiência é importante, ainda que não fosse um pré-requisito, pois o profissional

mais experiente traz informações mais consistentes acerca do objeto de estudo, com relação à sua prática profissional. Infere-se que maior tempo de atuação permite maior vivência de situações e auxilia no desenvolvimento do trabalho proposto.

Uma questão que chamou atenção foi a formação profissional dos participantes. Dos que preencheram a ficha cadastral (18), apenas um não possuía formação adicional. Infere-se que a qualificação profissional do grupo demonstra o interesse no desenvolvimento pessoal e profissional; e possivelmente contribuiu para motivar a participação nesta pesquisa.

Foi possível perceber a integração entre o ensino e o serviço, durante o período das oficinas, corroborando com os achados da pesquisa de Torres e Lelis (2010). Alguns participantes demonstraram interesse em conhecer o programa de pós-graduação da universidade e também o grupo de pesquisa do qual a pesquisadora participa. Essa articulação é muito importante, pois os serviços necessitam de ações pautadas em bases sólidas, que ancoradas por uma instituição de ensino favorecem o processo de mudança, oferecendo à população atenção à saúde de qualidade.

A escolha de oficinas para este trabalho se deu por permitir interação e intervenção psicossocial. (AFONSO e COUTINHO, 2013). A principal proposta foi a construção de um material elaborado com a participação dos profissionais que atuam nas UPA, inserindo-os no processo de construção para que se sentissem corresponsáveis. Para tanto, o número de encontros, e o intervalo entre eles, foi pensado de modo a não sobrecarregar os profissionais, uma vez que contávamos com o interesse individual em contrapartida de impossibilidade de liberação dos seus horários de trabalho para esta atividade.

A primeira oficina teve representatividade de todas as UPA, notou-se bastante motivação por parte dos participantes, estavam ansiosos por conhecer os resultados da pesquisa realizada. Nos encontros seguintes houve menor participação, porém, manteve-se praticamente o mesmo grupo, o que demonstra coesão e continuidade do processo de trabalho participativo. As UPA Fazendinha, Pinheirinho e Boa Vista não tiveram representantes de nenhuma categoria profissional durante as demais oficinas. Já a UPA Sítio Cercado e Campo Comprido tiveram representantes em todas as oficinas.

A menor participação nos encontros subsequentes pode ser explicada pelo fato de que os participantes não tiveram liberação de seus horários de trabalho por ocasião

dos encontros; destaca-se também que o local de realização, apesar de ser central, pode ter dificultado o acesso para algumas pessoas.

Com relação à identificação do paciente percebeu-se a preocupação dos profissionais, pois, a demanda diária é muito grande e a única forma existente de identificação é a ficha e o prontuário do paciente. Em se tratando de serviço de emergência, no qual o paciente nem sempre tem um nível de consciência satisfatório para responder sobre seus dados, identificar corretamente o paciente, no intuito de evitar a troca de pacientes, prestando o cuidado de forma mais segura, é fundamental.

Identificar o paciente já na classificação de risco é assertivo e vai ao encontro da literatura que relata ser importante a identificação do paciente desde a sua admissão. (SMITH et al., 2011). Isso é relevante, pois, após a classificação de risco, o paciente passa para consulta médica e então por procedimentos que lhe são necessários.

A identificação foi considerada pelo grupo como uso de etiqueta branca impressa e afixada à pulseira da classificação de risco, tendo como identificadores: nome, nome social, nome da mãe e data de nascimento, como diretriz na elaboração do protocolo, e de acordo com o preconizado pelo MS (BRASIL, 2013f), o qual indica o uso de pulseira com, pelo menos, dois identificadores, devendo permanecer com o paciente durante todo o tempo que o mesmo esteja em atendimento.

Manter a pulseira de classificação de risco no paciente durante seu atendimento, já utilizada nas UPA, permite saber que o mesmo já recebeu atendimento por um profissional e está classificado de acordo com o risco que apresenta no momento. É também uma das formas de organizar o serviço. (FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012).

A classificação de risco, como demonstrado no estudo de Duro e colaboradores (2014) é também uma ferramenta importante para a segurança do paciente, uma vez que esses são avaliados quanto ao risco quando chegam ao serviço. A partir da classificação dá-se prioridade àqueles que necessitam de atendimento imediato, evitando que pacientes graves aguardem por atendimento durante muito tempo. A classificação é vista, também, como ferramenta de gerenciamento do trabalho no serviço de emergência. (SOUZA, C. C. et al., 2014). Agregar à identificação de risco a identificação do paciente foi, na visão do grupo, uma ação possível e adequada para o momento.

Outra preocupação do grupo foi com relação ao paciente “Não identificado”, pois muitas vezes, são atendidos pacientes que chegam desacordados, sem documento e sem familiar. Para estes, foi criada uma forma própria para realizar a identificação até que seja identificado corretamente, por seus documentos ou pelo serviço de Papiloscopia da Polícia Civil, que é acionado nestes casos pela equipe de enfermagem, pois a UPA não dispõe de serviço social.

Ficaram também definidos os locais do corpo para afixar a pulseira de identificação, uma vez que, em se tratando de um serviço de saúde é possível receber pacientes vítimas de traumas, queimaduras ou outras lesões, que impeçam a colocação da identificação sempre no mesmo local. Sendo assim, convencionou-se que a primeira escolha é o membro superior esquerdo, se não possível, o direito. Na impossibilidade destes a escolha é para o membro inferior esquerdo e depois o membro inferior direito.

Nas oficinas referentes à administração segura de medicamentos houve bastante discussão, compreendeu-se que para este trabalho os encontros representaram apenas o início do processo, considerando a complexidade e densidade do assunto, além de envolver muitos atores. Recentemente a SMS passou por adequação do sistema de prescrição para o prontuário eletrônico. Embora as prescrições médicas sejam realizadas via sistema, existem várias inconsistências a serem corrigidas e a equipe como um todo está se adaptando ao novo processo.

Contudo, percebeu-se o desejo do grupo em discutir as questões referentes à administração segura de medicamentos, pois percebermos existir grande fragilidade neste processo de trabalho, evidenciado tanto pelos depoimentos nas oficinas, quanto pelo resultado da pesquisa realizada nas UPA.

Sem dúvida, os erros com relação à administração de medicamentos estão entre as maiores preocupações das instituições de saúde e, sabidamente, acontecem corriqueiramente nas instituições de saúde. (SILVA; CAMERINI, 2012; SOUZA, P. et al., 2014; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014). Entre os erros mais comuns em medicação estão os de omissão (não conferência da medicação), de horário, de técnica de administração e erros de dose. (SILVA; CAMERINI, 2012; TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

O estudo de Teixeira e Cassiani (2014), com análise de causa raiz de erros de administração de medicamentos, identificou que 32,6% decorrem de problemas de gestão, como número reduzido de profissionais habilitados da área (de enfermagem

e da farmácia), ausência de rotina estabelecida e treinamento, e ausência de prescrição eletrônica. Em nossa pesquisa percebemos a preocupação dos profissionais, principalmente no que diz respeito à presença de profissionais habilitados para realização da separação e distribuição de medicamentos nas UPA. Algumas unidades possuem farmácia satélite, que auxilia na distribuição dos medicamentos internamente, porém, o profissional que realiza esta tarefa não é treinado e não tem formação específica para tal. Situação essa que pode incorrer em erros de dispensação de medicamentos.

Outros fatores citados no estudo de Teixeira e Cassiani (2014) também refletem a realidade das UPA estudadas, são elas: não conferência da identificação do paciente na administração de medicamentos, sobrecarga de trabalho, e interrupções durante o preparo dos medicamentos.

Houve interesse por parte do grupo em focalizar, naquele momento, os medicamentos de alta vigilância, por trazerem ao paciente um risco maior quando do erro na administração destes fármacos. Estudo de Roque e Melo (2012) demonstrou que os eventos adversos mais comuns estavam relacionados com a administração de insulina, antiagregante plaquetário, digitálico, contraste e diurético, pertencentes ao grupo de alta vigilância.

O contato do grupo com o material do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP (2015), Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial – listas atualizadas, durante a oficina, auxiliou na compreensão deste tema e na escolha por esta classe de medicamentos.

Como a SMS já possui um protocolo de diluição de medicamentos, a sugestão do grupo foi revisá-lo, utilizando o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013f) como base, com o olhar voltado para a segurança do paciente.

Durante as oficinas os profissionais referiram encontrar muitas inconsistências no que diz respeito à diluição de medicamentos, como o tipo de solução a ser diluído, volume e tempo de infusão; há muitas dúvidas que nem sempre são esclarecidas. Eles acreditam que tendo um padrão ficará mais fácil para todos, pois tanto o médico na hora da prescrição, quanto a enfermagem na hora do preparo e administração deverão seguir a mesma diretriz. Estudo de Marini, Pinheiro e Rocha (2016), demonstrou a existência de vários erros relacionados ao processo de diluição de medicamentos, ressaltando a importância e a necessidade da padronização,

conforme sugere o protocolo do MS (BRASIL, 2013f), com o objetivo de minimizar os erros.

Ainda assim, não foi possível revisar todos os medicamentos utilizados na UPA, e considerados de alta vigilância. Compreende-se também que a atividade realizada com o grupo foi o início de um exercício que deve ter continuidade com o objetivo de finalização, pois, são necessários mais encontros e discussão multiprofissional considerando a complexidade e amplitude desse subtema.

Com relação à avaliação foi possível perceber que os profissionais encontravam-se motivados para o tema, subtemas definidos pelo grupo e encontros subsequentes. O fato de terem participado da escolha dos subtemas a serem trabalhados pode ter sido uma das razões que favoreceu a motivação, participação e entrosamento do grupo.

Também é possível, de acordo com os resultados apresentados na TABELA 10, verificar que as oficinas contribuíram para a conclusão de um dos objetivos da pesquisa, a de elaborar ações para segurança do paciente nas UPA, uma vez que todos os participantes consideraram como excelente ou boa a contribuição dos encontros para definição das ações para identificação do paciente e administração segura de medicamentos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo realizar o diagnóstico situacional com vistas à segurança do paciente nas UPA de Curitiba-PR e elaborar ações para a segurança do paciente neste contexto. Para atingir o primeiro objetivo investigou-se adesão a ações básicas para segurança do paciente, norteadas por *checklist* elaborado e validado a partir dos protocolos básicos propostos pelo MS brasileiro; para a execução do segundo objetivo foram realizadas cinco oficinas com profissionais de saúde que atuam nas UPA.

Percebe-se com esta pesquisa que inserir o tema segurança do paciente no ambiente da emergência é um desafio para as instituições, sobretudo, para aquelas não hospitalares, como é o caso das UPA. Porém, observa-se pelo contexto nacional e mundial, que é cada vez mais urgente que esta interação aconteça para que o cuidado à saúde seja prestado de forma segura à população.

Na fase exploratória foi possível identificar importantes fragilidades em relação à identificação do paciente, o processo de medicação, e na identificação do risco e prevenção de quedas e lesões por pressão. Como ponto positivo observou-se a importante ação de disponibilizar solução alcoólica para a higienização das mãos, fundamental à prevenção de infecções.

Esses resultados foram apresentados a líderes e profissionais de saúde atuantes nas UPA, e definidos dois subitens, os quais foram trabalhados em oficinas, das quais resultaram no desenvolvimento de estratégias para a identificação do paciente e na revisão do protocolo de diluição de medicamentos potencialmente perigosos para as UPA.

Reconhecer as fragilidades dos serviços de saúde em questão, com relação à segurança do paciente, foi fundamental para o segundo momento da pesquisa que se deu com os profissionais que atuam nestes serviços. Compreendemos que este é um primeiro passo para a estruturação dos protocolos de segurança do paciente nas UPA da capital paranaense. O envolvimento dos profissionais neste processo é de extrema importância, uma vez que são estes que realizam diretamente a assistência e tem conhecimento da realidade estudada. Assim como, esses também necessitam da fundamentação teórica, complementada durante a realização das oficinas, agregando uma a outra, favorecendo o processo de construção e mudança da realidade

observada. Deste modo, a pesquisa-ação realizada contribuiu para o ciclo de melhoria no tema.

Como limitações deste estudo apontamos a pequena participação dos profissionais e não representatividade de todas as UPA, possivelmente associados ao fato de que durante as oficinas não houve dispensa do horário de trabalho. Ainda que houvesse uma conversa anterior com a SMS a respeito da dispensa de profissionais para participar das oficinas a mesma não foi possível. Isso influenciou também no perfil dos participantes, quando a maioria dos enfermeiros participantes, por exemplo, foram coordenadores, por terem maior flexibilidade de horário. Também, as oficinas foram concentradas em um único local, que apesar de ser central pode ter dificultado o acesso à algumas pessoas.

Mais do que o cumprimento da legislação vigente desde 2013 acerca da segurança do paciente, entendemos a importância deste tema para as instituições de saúde, a academia e os pacientes usuários dos serviços. Uma assistência segura implica em menos danos e em maior qualidade do atendimento prestado.

Espera-se que o produto desta pesquisa seja utilizado pelo município, uma vez que foi construído participativamente, pautado na legislação vigente, recomendações do MS, conhecimento dos profissionais sobre a particularidade do serviço, e igualmente possa subsidiar outras pesquisas ou iniciativas que busquem a segurança dos pacientes nestes cenários.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, 7telas, May/June 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a23v20n3.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.
- AFONSO, M. L. M. Como conduzir uma oficina. In: AFONSO, M. L. M. et al. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 283-309.
- AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. et al. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 59-84.
- AFONSO, M. L. M. et al. (Org.). Como construir uma proposta de oficina. In: _____. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 133-230.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- AMAYA, M. R. et. al. Construction and content validation of checklist for patient safety in emergency care. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, esp, e68778, 2016. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/68778/41287>>. Acesso em: 07 maio 2017.
- ALVES, R. F. et. al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.13, n.3, p.152-166, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n3/v13n3a12.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- BATHKE J. et al. Infrastructure and adherence to hand hygiene: challenges to patient safety. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.34, n.2, p.78-85, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/en_v34n2a10.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.
- BEST, M.; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **Qual Saf Health Care**, v.13, p. 233-234, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743827/pdf/v013p00233.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2017.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. de O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.
- BORGHARDT, A. T. et al. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo,

v.23, n.1, p.28-35, Jan./Feb. 2015. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf>>. Acesso em:
18 mar. 2017.

BORGES, L. F. de A. e. et al. Low compliance to handwashing program and high nosocomial infection in a Brazilian hospital. **Interdicip Perspect Infect Dis**, v. 2012, p. 579-681, 2012. Disponível em:
<<https://www.hindawi.com/journals/ipid/2012/579681/>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em:
<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.923, de 09 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 1998. Seção 1, p. 92. Disponível em:
<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/>. Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 479, de 15 de abril de 1999a. Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergências; estabelece a classificação/tipos de hospitais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 1999. Seção 1, p.79. Disponível em:
<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/>. Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 824, de 24 de junho de 1999b. Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar; institui a regulação médica, funções e competências dos profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar, socorrista, telefonista) e programa de capacitação, institui os tipos de ambulância e equipamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 1999. p. 13. Disponível em:
<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/>. Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 814, de 01 de junho de 2001. Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências há existentes, bem como dos que viessem a ser criados no país, propõe a equipe de saúde (“coordenador”). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 2001. Seção I, p. 149. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0814_01_06_2001.html>. Acesso em: 13 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção I, p. 32. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 07 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003a. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2003. Seção I, p. 56. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 07 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 1864, de 29 de setembro de 2003b. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2003. Seção I, p. 57. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em: 07 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 dez. 2008. Seção I, p. 66. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. _____. Portaria n. 1020, de 13 de maio de 2009a. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locoregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 maio 2009. Seção I, p. 59. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009_comp.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2017.

_____. _____. Portaria n. 1601, de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA e o conjunto de serviços de urgência 24h da rede de atenção às urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção I, p. 70. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. _____. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013a. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. Seção 1, p. 32-33. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. _____. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013b. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abril 2013. Seção 1, p. 43-44. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 27 ago. 2015.

_____. _____. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013c. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolo para Cirurgia Segura; Protocolo para a Prática de Higiene de Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 julho 2013. Seção 1, p. 47. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. _____. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013d. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolos de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 setembro 2013. Seção 1, p. 47. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. _____. Portaria n. 342, de 4 de março de 2013e. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2013. Seção I, p. 47. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. _____. Protocolos básicos de segurança do paciente. Portal da Saúde. Brasília, 2013f. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/index.php?option=com_content&view=article&id=28202&catid=1243&Itemid=187>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. _____. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

_____. _____. Portaria n. 354, de 10 de março de 2014b. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 2014. Seção I, p. 53. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html>. Acesso em: 28 jan. 2017.

_____. _____. Portaria n. 10, de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jan. 2017. Seção I, p. 34. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/04.01.2017_II.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**. Brasília: CONASS, 2015a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf>. Acesso em: 28 out. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades de federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. _____. DATASUS. Informações de Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. _____. DATASUS. Informações de Saúde. **Demográficas e sócioeconômicas**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRITO, M. de F. P. **Avaliação do processo de identificação do paciente em serviços de saúde**. 2015. 227f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012016-110042/pt-br.php>. Acesso em: 14 mar. 2017.

CERVO, A. S. et al. **Manual de diluição de medicamentos injetáveis**. Santa Maria: Hospital Universitário de Santa Maria, 2015.

CORREA, A. D. et al. The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.67-74, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a09.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

COSTA, S. G. R. F. da. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto

Alegre, v.32, n.4, p. 676-681, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a06>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

CURITIBA. Lei nº 13.902, de 09 de dezembro de 2011. Altera dispositivos da Lei nº11.000, de 3 de junho de 2004, na parte referente à jornada de trabalho dos cargos de enfermeiro, técnico em enfermagem, técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário e auxiliar de enfermagem, e da lei nº 13.657, de 14 de dezembro de 2010, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Curitiba, PR, 13 dez. 2011. Disponível em: <<http://leismunicipa.is/phcne>>. Acesso em 17 jun. 2016.

_____. Decreto nº 2.018, de 16 de dezembro de 2011. Torna público o regulamento de recursos humanos da fundação estatal de atenção especializada em saúde de Curitiba – FEAES – Curitiba. **Diário Oficial do Município**, Curitiba, PR, 16 jan. 2012. Disponível em: <<http://leismunicipa.is/mhkpj>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

_____. Lei nº 14.429, de 30 de abril de 2014. Altera dispositivos da Lei nº 11.000, de 3 de junho de 2004, na parte referente à jornada de trabalho dos servidores públicos municipais titulares dos cargos de farmacêutico-bioquímico, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, biólogo, citotécnico, técnico em confecção de lentes de óculos, técnico em patologia clínica, químico, técnico em saneamento e médico veterinário, e da Lei nº 13.657, de 14 de dezembro de 2010, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Curitiba, PR, 30 abr. 2014. Disponível em: <<http://leismunicipa.is/adsct>>. Acesso em: 17 de jun. de 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Departamento de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Perfil de saúde do idoso em Curitiba**. Curitiba, 2017.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Eletr. Enf**, v. 16, n.2, p.312-320, abr./jun. 2014. Disponível em:<<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/21700/0>>. Acesso em: 29 dez. 2016

DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. **Assurance and Utilization Review**. v.1, n.1 p. 6-12, Feb. 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=retrieve&list_uids=2980877&dopt=citation>. Acesso em: 10 fev. 2017.

DUARTE, S. da C. M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Rev Bras Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 144-154, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

DURO, C. L. M. et al. Perception of nurses regarding risk classification in emergency care units. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 447-454, May/June. 2014. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1551/pdf_1>. Acesso em: 23 mar. 2017.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal of Nursing**, v.19, n.5, p.300-305, 2010. Disponível em:

<<http://publicationslist.org/data/m.elliott/ref-2/Nine%20medication%20rights.pdf>>
Acesso em: 14 dez. 2016.

FERNANDES, F. S. L.; LIMA, B. de S.; RIBEIRO, M. N. Welcoming with risk classification in the hospital São Paulo's emergency department. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. special 2, p. 164-168, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/26.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

FERRARI, R. et al. Perfil da demanda dos usuários da clínica da família e da UPA em área com 100 % de cobertura de atenção primária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.05, n.2, p.525-541, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22781>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Rev Bras Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 67, n.2, p.261-267, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do.; ARAÚJO, F. C. de. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.3, p.565-574, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

HOSPITAL SÍRIO LIBANES. **Guia farmacêutico 2014/2015**. 8.ed. Hospital Sírio Libanês, 2014.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). **Nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes: como evitar os erros?** Boletim ISPM Brasil, v.3, n.6, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V3N1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial** – listas atualizadas, 2015. Boletim ISMP Brasil, v.4, n.3, set. 2015. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V3N1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International accreditation standards for hospitals**. Joint Commission International, 2014. Disponível em: <<https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. A report of the Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2000.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n.59, p. 879-892, 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150519.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

LUZIA, M. de F.; ALMEIDA, M. de A.; LUCENA, A. de F. Nursing care mapping for patients at risk of falls in the nursing interventions classification. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.4, p.632-639, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/0080-6234-reeusp-48-04-632.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Mobile emergency care service: analysis of brazilian policy. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/en_2335.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MACKWAY- JONES, K.; MARSDEN, J.; WILDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco**: classificação de risco de urgência e emergência. Tradução de: GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. 1 ed. Brasília, 2010. Título original: Emergency Triage/Manchester Triage Group.

MARINI, D. C.; PINHEIRO, J. T.; ROCHA, C. S. Avaliação dos erros de diluição de medicamentos de administração intravenosa em ambiente hospitalar para o desenvolvimento de um guia de diluição e administração dos mesmos. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, v.28, n.2, p.81-89, 2016. Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=1338>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MARTINS, H. S., et al. **Emergências clínicas: abordagem prática**. 10. ed. rev. e atual. São Paulo: Manole, 2015.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279–284, June. 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

MENEGUIN, S.; AYRES, J. A.; BUENO, G. H. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.4, out./dez., p.784-791, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13554>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MONTEIRO, C; AVELAR, A. F. M; PEDREIRA, M. da L. G. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 169-179, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. Pesquisa-ação: contribuição para a prática investigativa do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 167-174, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n1/a23v31n1.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

NASCIMENTO, E. R. P. do et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enfer. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 84-88, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a09.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2017.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from harm**: accelerating patient safety improvement fifteen years after *To Err Is Human*. Boston (MA): National Patient Safety Foundation, 2015. Disponível em: <<http://www.npsf.org/?page=freefromharm>> Acesso em: 25 ago. 2016.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1984.

NING, H. C. et al. Reduction in hospital-wide clinical laboratory specimen identification errors following process interventions: a 10 years retrospective observational study. **PLoS One**, v.11, n.8, e0160821, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494020>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

O'DWYER. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5. p. 2395-2404, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p. 122-129, Jan./Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Guia para Implantação**: um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/guia-para-a-implementacao-da-estrategia-multimodal-da-oms-para-a-melhoria-da-higiene-das-maos>>. Acesso em: 29 set. 2014.

_____. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Relatório Técnico Final, Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://proqualis.net/relatorio/estrutura-conceitual-da-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

PARANAGUÁ, T. T. de B.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. de C. e. The occurrence of near misses and associated factors in the surgical clinic of a teaching hospital. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 121-128, Jan./Mar. 2015. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/37446/24858>. Acesso em: 08 jun. 2016.

PICCOLI, A. et al. Indicações para inserção do profissional fisioterapeuta em uma unidade de emergência. **ASSOBRAFIR Ciência**, v.4, n.1, p.33-41, abr. 2013. Disponível em:

<www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/download/13412/12758>. Acesso em: 21 fev. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, Lisboa, vol. temat., n.10, p. 74-80, 2010. Disponível em: <<https://proqualis.net/artigo/magnitude-financieira-dos-eventos-adversos-em-hospitais-no-brasil>>. Acesso em: 01 nov. 2015.

PRADO, M. F. do; HARTMANN, T. P.S; TEIXEIRA FILHO, L. A. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.220-226, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200003>. Acesso em: 17 mar. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Bussiness Intelligence. Disponível em: <<http://200.186.90.227:10080/MicroStrategy921/servlet/mstrWeb?Server=WEBAPP COA003&Project=CURITIBA+-++Saude+Completo&port=0&evt=2048001&src=mstrWeb.2048001&visMode=0&documentID=4C3EA5C211E1CF694CEF00802FA7B568¤tViewMedia=8&hiddenSections=dockTop>>. Acesso em: 05 maio 2016a.

_____. Portal E-Saúde. Disponível em: <<http://www.e-saude.curitiba.pr.gov.br/PortalSaude/portal.do?formAction=init&v=2>>. Acesso em: 04 maio 2016b.

REASON, J. Human error: model sand management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

REMOR, C. P.; CRUZ, C. B.; URBANETTO, J. de S. Analysis of fall risk factors in adults within the first 48 hours of hospitalization. **Rev Gaúcha Enferm**, v.35, n.4, p.28-34, Dec., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/1983-1447-rgenf-35-04-00028.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

RISSARDO, L. K. et al. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev Min Enferm.**, v.20, e: 971, 2016. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1107>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

ROGENSKI, M. N. B.; KURCGANT, P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, 07 telas, Mar./Apr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/16.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P. Avaliação dos eventos adversos e medicamentos no contexto hospitalar. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.121-127, jan./mar.

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100016&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA (SAGE). Unidade de Pronto Atendimento em funcionamento. Quadro UPA em funcionamento construída com recursos do MS. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

SANTI, T. et al. Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados. **Enferm. Glob**, v.13, n.35, p.160-171, jul. 2014. Disponível em: <scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/pt_administracion1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SANTOS, A. N. de S. **Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento as urgências e emergências: análise de riscos**. 2015. 111f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

SERBIM, A. K. GONÇALVES, A. V. F.; PASKULIN, L. M. G. Sociodemographics, health, and social support to senior users of emergency services. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n.1, p.55-63, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_07.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

SILVA, K. S. do N.; SANTOS, S. L. dos. Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e promoção da saúde: um olhar a partir do “sistema de objetos” e “sistemas de ações”. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 03, n. 02, p.224-246, 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistamseu/index.php/revista/article/download/89/139>. Acesso em: 02 fev. 2017.

SILVA, L. D. da; CAMERINI, F. G. Analysis the intravenous medication administration in sentinela network hospital. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v.21, n.3, p.633-641, Jul./Sep. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300019&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SMITH, A. F. et al. Wristbands as aids to reduce misidentification: na ethnographically guided task analysis. **Int J Qual Health Care**, v.23, n.5, p. 590-599, 2011. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/23/5/590/1865254/Wristbands-as-aids-to-reduce-misidentification-an>>. Acesso em: 31 out. 2016.

SOUZA, C. C. de. et al. Nurses' perception about risk classification in emergency services. **Invest Educ Enferm.**, v. 32, n.1, p.78-86, Jan./Apr. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229906>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

SOUZA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Services Research**, v.14, n.331, 2014. Available em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/311>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicol. Soc.**, v. 26, n.1, p. 32-42, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

STANG, A. S. et al. Adverse events related to emergency department care: a systematic review. **PloS One**, v. 8, n.9, e74214, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0059565/>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

TASE, T. H. et al. Patient identification in healthcare organizations: na emerging debate. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p.196-200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/en_a25v34n3.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. de B. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. **Acta Paul Enferm.**, v.27, n.2, p.100-107, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0100.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**.18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES, H. de C.; LELIS, R. B. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. **Cienc. enferm.**, v. 16, n.2, p. 107-113, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ghl/resource/en/lil-577094>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P. (org). *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2014.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n.3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Unidades de Pronto atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.107, p. 972-983, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WEIGL, M. et al. Work conditions, mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **BMJ Quality & Safety On Line First**, p. 1-10, 8 Sep. 2015. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/08/bmjqs-2014-003744>>. Acesso em: 12 set. 2015.

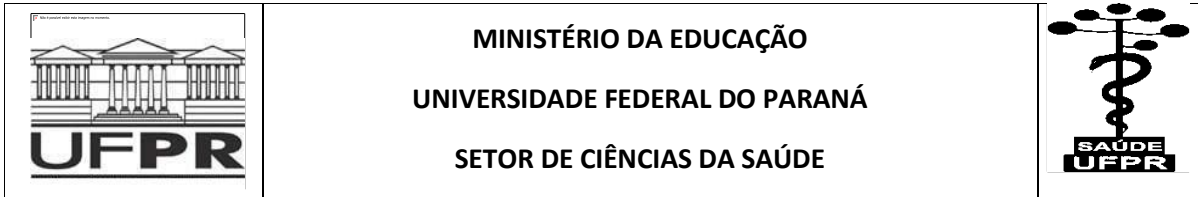
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World alliance for patient safety: forward programme 2005**. Oct. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. The Joint Commission. Joint Commission International. **Patient Safety Solutions Preamble**. 2007. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PreambleandSolutionsENGLISH.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

_____. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009**. First Edition. 25 jun. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. **WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm**. May 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>>. Acesso em: 29 maio 2017.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PACIENTES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Danieli Parreira da Silva Stalisz da Paixão, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a), paciente em atendimento nesta Unidade de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR, a participar de um estudo intitulado “As ações para a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência”. A segurança do paciente é um tema contemporâneo e relevante, sendo importante pesquisas científicas para o avanço da qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, sua participação é fundamental para a pesquisa.

a) O objetivo desta fase da pesquisa é realizar o diagnóstico situacional das ações de segurança do paciente utilizadas nas Unidades de Pronto Atendimento do Município de Curitiba. Ou seja, serão avaliados se a assistência de saúde que está sendo prestada ao (à) Senhor (a), neste atendimento, inclui ou não os cuidados para a sua segurança.

b) Caso o (a) Senhor (a) aceite participar da pesquisa, a pesquisadora fará observações, durante o seu atendimento, desta data, e registrará as informações em uma ficha, chamada de *Checklist*. A observação será feita uma única vez e levará aproximadamente 3 minutos. Não será necessário que você responda a nenhuma pergunta, ou realize outra ação.

c) Sua participação na pesquisa é única, no momento em que o (a) Senhor (a), estiver em atendimento. Não será necessário retornar à UPA por causa desta pesquisa.

d) É possível que o (a) Senhor (a) sinta-se desconfortável ou constrangido, principalmente porque estará sendo observado. Neste caso, o (a) Senhor (a) poderá falar para as pesquisadoras, que atuarão prontamente em prol da resolução do problema que gerou o desconforto ou constrangimento.

e) A participação na pesquisa é voluntária, ou seja, o (a) Senhor (a) não receberá nenhum tipo de bonificação em dinheiro, benefício imediato em seu tratamento de saúde, assim como não terá que arcar com nenhum custo, sendo estes previstos pelas pesquisadoras.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificar as ações com vistas à segurança do paciente durante o atendimento dos pacientes nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR. Esses resultados serão usados para planejar melhorias que possam contribuir para a qualidade da assistência e diminuir os riscos de danos à saúde.

Rubricas:

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal: _____

Pesquisadora Responsável: _____

Orientador _____

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 1376/139
 na data de 18/12/2015

g) As pesquisadoras Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Danieli Parreira da Silva Stalisz da Paixão, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas no Departamento de Enfermagem, 3º Andar, Bloco Didático II, situado à Avenida Professor Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, no das 8:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 16:00 horas, pelos endereços eletrônicos: elainedrehmercruz@gmail.com e d_enf@yahoo.com.br, e pelos telefones (41)3345-2714 e (41) 84168951, para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadoras principal e assistente/colaboradora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.

j) O material obtido será utilizado unicamente para a construção desta pesquisa, guardado pelas pesquisadoras pelo período de 5 anos e após este, será queimado.

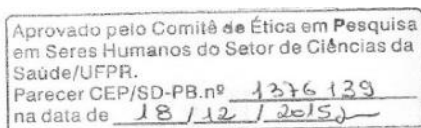
k) Quando os resultados forem publicados, se for necessário utilizar algum dado, seu nome não será publicado. Caso seja necessário, será utilizado um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) o Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2015.

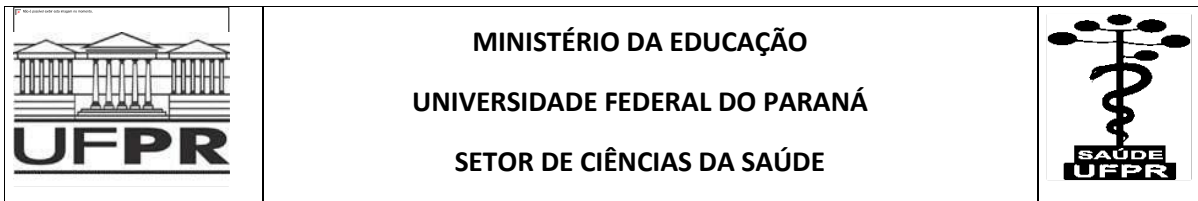


(Assinatura do Participante de pesquisa ou Responsável Legal)

Assinatura da Pesquisadora

Rubricas:
Participante da Pesquisa ou Responsável Legal: _____
Pesquisadora Responsável: _____
Orientador _____

APÊNDICE 2 – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS



Prezado Sr/a

Meu nome é Danieli Parreira Paixão, sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Mestrado Profissional – PPGENFMP da Universidade Federal do Paraná. O projeto de pesquisa a ser desenvolvido por mim sob orientação da Prof^a Dr^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz é intitulado “As ações para segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência”; e objetiva realizar o diagnóstico situacional com vistas à segurança do paciente nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR e elaborar ações para a segurança do paciente no contexto das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR.

Desta forma, venho por meio desta, solicitar sua participação na Oficina intitulada “Segurança do Paciente em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas”. Esta será composta por 07 encontros dos quais farão parte os profissionais de saúde das UPA de Curitiba. O objetivo de sua participação será o de auxiliar no processo de discussão e embasamento teórico na elaboração das ações para a segurança do paciente no contexto das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR.

O foco do encontro para o qual está sendo convidado é _____ (será colocado um breve resumo sobre o encontro e dinâmica utilizada).

Caso aceite participar da pesquisa solicitamos que compareça para no encontro que acontecerá dia _____ às _____ na sala de reuniões do Departamento de Urgência e Emergência de Curitiba – DUE, localizado na Rua Afílio Bório, 680, Alto da XV, na cidade de Curitiba-PR.

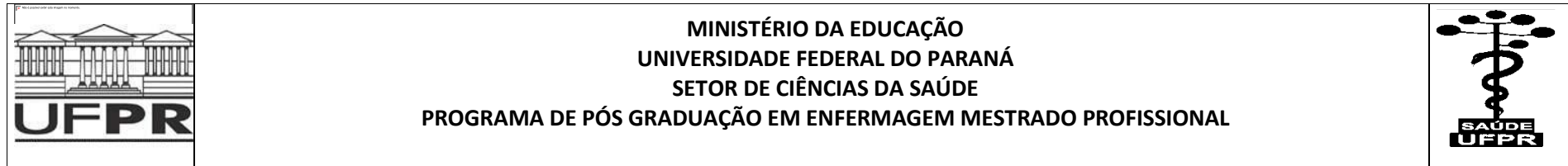
Agradecemos desde já a atenção e colaboração.

Atenciosamente.

Danieli Parreira S S Paixão – d_enf@yahoo.com.br

Elaine Drehmer de Almeida Cruz – elainedrehmercruz@gmail.com

APÊNDICE 3 – CARTAZ AFIXADO NOS MURAIIS DAS UPA CONVIDANDO PARA AS OFICINAS



CONVITE

Pesquisa: As ações para Segurança do Paciente nos serviços de Urgência e Emergência

Mestranda: Danieli Parreira S S Paixão

Orientadora: Dra Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Data: 20/09/2016

Hora: 09h -12h

Local: DUE - Rua Afílio Bório, 680, Alto da XV

Público Alvo: Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares de Enfermagem, Médicos e Farmacêuticos servidores das UPA de Curitiba.

Tema: 1º Encontro da Oficina “Segurança do Paciente em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas”. Será abordado o tema Segurança do Paciente e apresentado o resultado do diagnóstico situacional que foi realizado nas UPA, com o objetivo de definir com o grupo qual a prioridade a ser trabalhada nas UPA de Curitiba com relação ao tema Segurança do Paciente.

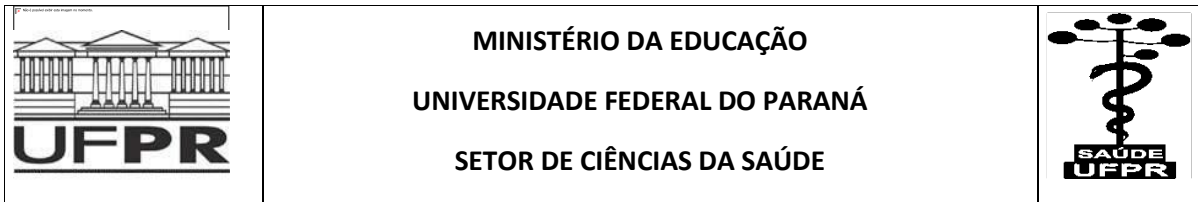
Sua presença é muito importante!!!!

Contato: Danieli - (41) 9146-2224

d_enf@yahoo.com.br



APÊNDICE 4 – CARTA CONVITE ÀS COORDENAÇÕES LOCAIS DAS UPA



Prezado Sr/a

Meu nome é Danieli Parreira S S Paixão, sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Mestrado Profissional – PPGENFMP da Universidade Federal do Paraná. O projeto de pesquisa a ser desenvolvido por mim sob orientação da ProfªDrª Elaine Drehmer de Almeida Cruz é intitulado “As ações para segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência”; e objetiva realizar o diagnóstico situacional com vistas à segurança do paciente nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR e elaborar ações para a segurança do paciente no contexto das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR.

Desta forma, venho por meio desta, solicitar sua participação e/ou de um profissional_____ no processo de realização da Oficina intitulada “Segurança do Paciente em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas”. Esta será composta por 07 encontros dos quais farão parte os profissionais de saúde das UPA de Curitiba e especialistas no tema segurança do paciente, com o objetivo de elaborar ações para a segurança do paciente no contexto das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas de Curitiba.

Caso aceite participar da pesquisa solicitamos que compareça para o primeiro encontro que acontecerá dia _____ às _____ na sala de reuniões do Departamento de Urgência e Emergência de Curitiba – DUE, localizado na Rua Atílio Bório, 680, Alto da XV, na cidade de Curitiba-PR.

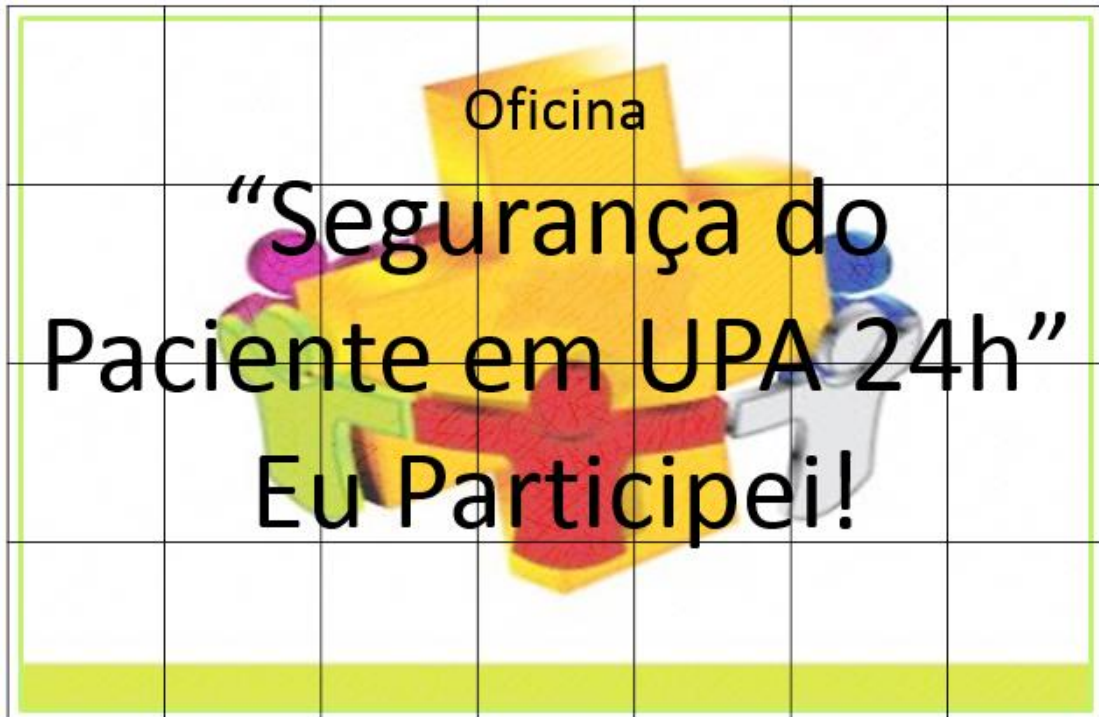
Agradecemos desde já a atenção e colaboração.

Atenciosamente.

Danieli Parreira S S Paixão – d_enf@yahoo.com.br

Elaine Drehmer de Almeida Cruz – elainedrehmercruz@gmail.com

APÊNDICE 5 – JOGO DA SEGURANÇA DO PACIENTE



Este consistiu em um álbum de figurinha, no qual em cada oficina os participantes ganhavam peças com a finalidade de completá-lo, podendo trocar as peças repetidas com os outros participantes. O participante que completasse o quebra-cabeças (ou seja, tivesse comparecido a todas as oficinas) foi contemplado com um brinde surpresa na última oficina.

BRINDE PARA OS GANHADORES DO JOGO DA SEGURANÇA DO PACIENTE



APÊNDICE 6 – PLANEJAMENTO DAS OFICINAS

1º OFICINA – PLANEJAMENTO – 20.09.2016

- Foco: Segurança do Paciente em UPA
- Temas geradores: Palestra sobre Segurança do Paciente; apresentação dos resultados da coleta de dados nas UPA.
- Objetivos:
 - Promover um contato inicial entre os participantes, integrando o grupo.
 - Sensibilizar os participantes para o Tema da Oficina: Segurança do Paciente em UPA.
 - Apresentar os resultados da coleta de dados nas UPA.
 - Definir os protocolos prioritários a serem desenvolvidos nas próximas oficinas.
- Procedimentos:
 - 09:00 - Dinâmica de Apresentação: Colocam-se todos em círculo, o primeiro participante diz seu nome e local onde trabalha, e assim sucessivamente até que todos tenham dito seu nome e local de atuação.
 - Realizado explicação sobre a pesquisa e entregue o TCLE aos participantes para leitura e assinatura.
 - Solicitado o preenchimento de uma ficha cadastral com o objetivo de realizar a posterior caracterização dos participantes:

FICHA CADASTRAL DOS PARTICIPANTES	
Nome: _____	Idade: _____
Lotação: _____	Cargo na SMS: _____
Tempo na SMS: _____	Tempo na UPA: _____
Possui outra formação profissional concluída ou em curso? Pós-Graduação? Qual?	

E-mail: _____	Telefone: _____

FONTE: O autor (2016).

09:30 -10:20 - Palestra de sensibilização sobre o tema Segurança do Paciente.

10:20 – 10:30 – Intervalo para café

10:30-11:00 - Apresentação dos resultados da pesquisa nas UPA.

11:00-11:30 - Discussão em pequenos grupos auxiliada pelos especialistas tendo como foco a questão: “Qual é a prioridade com relação à segurança do paciente nas UPA?”.

11:30 -11:50 - Apresentação por cada grupo do resultado de sua discussão no grande grupo e definição dos dois Protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente a ser trabalhado nas próximas oficinas.

- Avaliação e Encaminhamentos:

11:50-12:00 – Avaliação da Oficina por escrito e individualmente, em instrumento próprio.

- Informações, Jogo da Segurança do Paciente.
- Informar o dia e horário da segunda oficina.

2º OFICINA – PLANEJAMENTO – 04.10.2016

- Foco: Segurança do Paciente em UPA
- Temas geradores: Identificação do Paciente
- Objetivos:

- Sensibilizar os participantes para a importância da Identificação do Paciente em UPA 24horas.

- Elaborar estratégias para segurança do paciente relacionada à Identificação do Paciente.

- Procedimentos:

09-20-10:00 - Acolhida de novos participantes.

- Retomada dos assuntos da primeira oficina.

- Entregue uma cópia do Protocolo de Identificação do Paciente para leitura individual. Para aqueles que já haviam lido o Protocolo de Identificação, foi entregue o artigo “Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente” (TASE et al., 2013), com o objetivo de auxiliar na discussão posteriormente.

10:00-10:10 – Intervalo para café

10:10-11:30 - Discussão

Foi lançada a questão: Quais as ações a serem desenvolvidas nas UPA para implementar o protocolo de Identificação do Paciente?

11:00-11:30 - Discussão em pequenos grupos auxiliada pelos especialistas tendo como foco a questão: “Qual é a prioridade com relação à segurança do paciente nas UPA?”.

11:30 - Considerações finais

- Avaliação e Encaminhamentos:

11:50-12:00 - Avaliação da Oficina por escrito e individualmente, em instrumento próprio.

- Informações, Jogo da Segurança do Paciente.

- Informar o dia e horário da terceira oficina.

3º OFICINA – PLANEJAMENTO – 18.10.2016

- Foco: Segurança do Paciente em UPA

- Temas geradores: Identificação do Paciente

- Objetivos:

- Elaborar e validar estratégias para segurança do paciente relacionada à Identificação do Paciente.

- Procedimentos:

09:20-11:50 - Entrega de uma cópia do relatório (APÊNDICE 6) da oficina anterior para cada participante, e concomitante leitura, discussão, validação e adequação dos pontos necessários.

- Avaliação e Encaminhamentos:

11:50-12:00 – Avaliação da Oficina por escrito e individualmente, em instrumento próprio (QUADRO 05).

- Informações, Jogo da Segurança do Paciente.

- Informar o dia e horário da quarta oficina.

-Solicitação da leitura prévia do protocolo de Administração segura de medicamentos, se possível.

4º OFICINA – PLANEJAMENTO – 08.11.2016

- Foco: Segurança do Paciente em UPA

Temas geradores: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

- Objetivos:

- Elaborar estratégias para segurança do paciente relacionada à prescrição, uso e administração de medicamentos.

- Procedimentos:

09:00-09:20 - *Feedback* de algumas pendências a respeito do protocolo de Identificação do Paciente.

09:20-09:30 - Apresentação dos resultados da coleta de dados realizada nas UPA sobre administração de medicamentos.

09:30-10:00 - Leitura do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos com foco nas questões referentes ao avaliado durante a pesquisa nas UPA.

10:00-10:15 - Intervalo para café

10:15-11:30 – Discussão sobre as ações para segurança do paciente na prescrição, uso e administração de medicamentos.

- Avaliação e Encaminhamentos:

11:30-12:00 – Avaliação da Oficina por escrito e individualmente, em instrumento próprio.

- Informações, Jogo da Segurança do Paciente.

- Informar o dia e horário da quinta oficina.

5º OFICINA – PLANEJAMENTO – 29.11.2016

- Foco: Segurança do Paciente em UPA

Temas geradores: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

- Objetivos:

- Revisar material já existente na Secretaria Municipal de Saúde sobre a diluição de medicamentos.

- Procedimentos:

09:00-12:00 - Revisão do material já existente na Secretaria Municipal de Saúd sobre a diluição de medicamentos.

- Avaliação e Encaminhamentos:

12:00:12:10 – Avaliação da Oficina por escrito e individualmente, em instrumento próprio.

- Finalização e premiação, com um brinde para os ganhadores do Jogo da Segurança do Paciente.

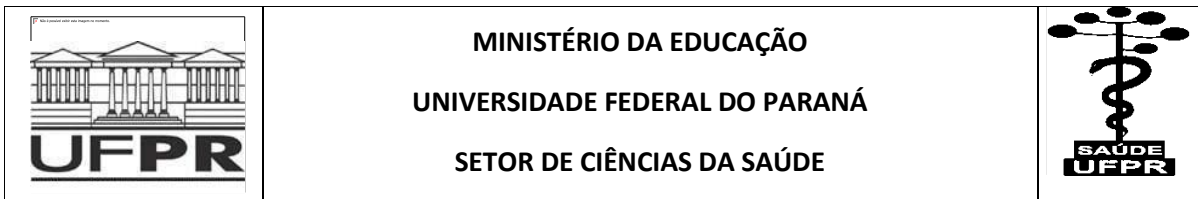
APÊNDICE 7 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS OFICINAS

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ENCONTRO _____

Avaliação da Oficina	Excelente	Bom	Regular	Ruim
Sua Motivação para participar do encontro				
Tempo do encontro				
Interação entre os participantes				
Dinâmica de condução do encontro				
Contribuição deste encontro para definir ações para _____.				

Sugestões:

APÊNDICE 8 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Danieli Parreira da Silva Stalisz da Paixão, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a), Profissional de Saúde atuante nesta Unidade de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR, a participar de um estudo intitulado “As ações para a segurança do paciente em serviços de urgência e emergência”. A segurança do paciente é um tema contemporâneo e relevante, sendo essencial pesquisas científicas para o avanço da qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, sua participação é fundamental para a pesquisa.

a) O objetivo desta fase da pesquisa é realizar oficinas de trabalho para a discussão e elaboração de um plano de ação com vistas à segurança do paciente direcionado para as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR, baseado nos Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente do Ministério da Saúde do Brasil, a partir do que foi elucidado na etapa de diagnóstico situacional.

b) Caso você aceite participar da pesquisa, será convidado a participar de oficinas de trabalho juntamente com profissionais de outras Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR para a elaboração do plano de ação. As atividades das oficinas serão registradas, pelas pesquisadoras, com auxílio de caderno e note book. Esses registros serão utilizados durante a pesquisa para melhor detalhamento das etapas posteriormente.

c) A proposta inicial é que ocorram 06 oficinas no total. Estas oficinas serão realizadas no DUE (Departamento de Urgência e Emergência), situado na Rua Atílio Bório, 680, Alto XV, na cidade de Curitiba - Paraná. Cada encontro terá a duração de 4 horas, em dias agendados e comunicados com antecedência, de acordo com cronograma previamente estabelecido.

d) É possível que o (a) Senhor (a) sinta algum desconforto ou constrangimento, uma vez que serão discutidos várias ideias durante as oficinas e expostos variados pontos de vista. Caso as pesquisadoras percebam, ou seja verbalizado pelo participante algum conflito ou sentimento de desconforto, essas atuarão prontamente em prol de sua resolução.

e) A participação na pesquisa é voluntária, ou seja, o (a) Senhor (a) não receberá nenhum tipo de bonificação em dinheiro, assim como não terá que arcar com nenhum custo, sendo estes previstos pelas pesquisadoras.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificar as ações com vistas à segurança do paciente que já acontecem nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR e a partir daí elaborar ações para a segurança do paciente no contexto das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR, proporcionando uma assistência com maior qualidade ao paciente, diminuindo o risco de danos à saúde.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 1376/2015
na data de 18/12/2015

Rubricas:

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal: _____
 Pesquisadora Responsável: _____
 Orientador _____

g) As pesquisadoras Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Danieli Parreira da Silva Stalitz da Paixão, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas no Departamento de Enfermagem, 3º Andar, Bloco Didático II, situado à Avenida Professor Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, no das 8:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 16:00 horas, pelos endereços eletrônicos: elainedrehmercruz@gmail.com e d_enf@yahoo.com.br, e pelos telefones (41)3345-2714 e (41) 84168951, para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadoras principal e assistente/colaboradora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.

j) O material obtido será utilizado unicamente para a construção desta pesquisa, guardado pelas pesquisadoras pelo período de 5 anos e após este, será queimado.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, papel sulfite, tinta de impressora, material impresso, caneta, lápis, serão providenciados pela pesquisadora e o (a) Senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Os gastos referentes ao deslocamento de sua residência ou local de trabalho até os locais das oficinas, e correspondentes ao valor de duas passagens de ônibus urbano, serão ressarcidos, em dinheiro, em moeda nacional, acondicionado em envelope nominal individual ao término de cada oficina ao participante.

m) Quando os resultados forem publicados, se for necessário utilizar algum dado, seu nome não será publicado, e sim utilizado um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) o Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2015.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1376/139
na data de 18/12/2015

(Assinatura do Participante de pesquisa)

Assinatura da Pesquisadora

Rubricas:

Participante da Pesquisa: _____

Pesquisadora Responsável: _____

Orientador _____

APÊNDICE 9 – RESULTADOS DAS OFICINAS

1ª OFICINA - RESULTADOS

A primeira oficina ocorreu em 20/09/2016, das 09:00 – 12:00, no DUE, com participação de: 19 enfermeiros (nove Coordenação Local das UPA, cinco assistenciais, dois da VISA, dois especialistas em segurança do paciente e um relator); três auxiliares de enfermagem; um médico e um nutricionista. Neste dia, dois participantes ausentaram-se antes do fim da oficina.

Inicialmente a coordenadora do grupo acolheu os participantes agradecendo a presença e motivando os mesmos a apresentar-se, dizendo o nome, local de atuação e atividade profissional. Observou-se perfil multiprofissional (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionista e médico), com atuação em UPA e Vigilância Sanitária.

Em seguida foi explicado o projeto de pesquisa, bem como seu objetivo geral, a fase em qual se encontrava e o objetivo das oficinas das quais iriam participar.

A Enfermeira da Vigilância Sanitária do Município de Curitiba, a convite da pesquisadora, fez uma explanação sobre a Segurança do Paciente, evidenciando a importância do tema, aspectos históricos, legislação vigente, taxonomia e impacto para as instituições de saúde. Durante sua explanação os participantes puderam contribuir com exemplos de sua prática profissional, associando com a teoria apresentada e estabelecendo relações da temática com a realidade das UPA. Notou-se entusiasmo pelo tema.

Durante a pausa para o café foi um momento informal para troca de experiências entre os participantes e melhor conhecimento mútuo.

Após o café a coordenadora do grupo apresentou o resultado da pesquisa realizada nas UPA, momento que era bastante esperado por todos. A apresentação foi realizada de forma geral, sem expor individualmente nenhuma unidade, pois todas as UPA possuem um perfil bastante semelhante, de acordo com os protocolos e as questões do *checklist*. Para cada categoria apresentada, uma reflexão sobre o processo de trabalho era gerada, o que mostrou-se muito produtivo.

Foi proposta então, a discussão em três pequenos grupos tendo como foco a questão: “Qual é a prioridade com relação à segurança do paciente nas UPA?”. Foi solicitado que estes elencassem dois protocolos que considerassem prioritários como resposta à mesma. Durante a discussão, os especialistas auxiliaram os grupos. Ao final desta, tivemos o seguinte resultado exposto pelos grupos:

- Grupo 1: 1º Identificação do paciente
 - 2º Administração de medicação
 - 3º Risco Cirúrgico – substituir por procedimentos
- Grupo 2: 1º Identificação do paciente
 - 2º Administração de medicação
- Grupo 3: 1º Identificação do paciente
 - 2º Administração de medicação

Sendo assim, ficou definido pelo grupo que os protocolos prioritários a serem trabalhos nas próximas oficinas seriam “Identificação do Paciente” e “Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos”.

Durante a discussão nos grupos a coordenadora entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes para ser lido e devolvido assinado até o final do encontro. Também foi entregue uma ficha para o cadastro dos participantes.

Para finalizar o encontro cada participante recebeu um jogo “Álbum de figurinha”, com a finalidade de completa-lo no decorrer das oficinas. O objetivo é conseguir figurinhas a cada oficina participada, e quem tiver participado de todas as oficinas irá completar o desenho do álbum, podendo também trocar as figuras repetidas com os outros participantes.

Foi realizada avaliação de forma individual e por escrito, pelos participantes e informado datas dos próximos encontros. Foi incentivado a participação de mais pessoas para o próximo encontro.

Solicitado para o próximo encontro a leitura prévia do Protocolo de Identificação do Paciente.

2ª OFICINA - RESULTADOS

A segunda oficina ocorreu em 04/10/2016, das 09:00 – 12:00, no DUE, com participação de: nove enfermeiros (três Coordenação Local das UPA; três assistenciais, dois especialistas em segurança do paciente; um relator); um auxiliar de enfermagem e um médico.

A oficina iniciou-se com a apresentação e acolhida dos participantes que estavam vindo pela primeira vez. A coordenadora realizou uma breve exposição do que havia sido realizado no encontro anterior. Em seguida foi entregue uma cópia do

Protocolo de Identificação do Paciente para leitura individual. Para aqueles que já haviam lido o Protocolo de Identificação, foi entregue o artigo “Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente” (TASE et al., 2013), com o objetivo de auxiliar na discussão posteriormente.

Iniciou-se a discussão, no grande grupo, com a questão: Quais as ações a serem desenvolvidas nas UPA para implementar o protocolo de Identificação do Paciente? Os participantes elencaram várias estratégias e comentários:

- Existe a necessidade de recursos financeiros/apoio da instituição para continuidade do processo.
- Foi sugerido que se realize um levantamento de custos, pelos participantes para a próxima oficina, e seis participantes se propuseram a trazer o método de diferentes realidades (cinco hospitais que fazem uso de identificação e da própria Secretaria Municipal de Saúde nas Unidades Básicas).
- Os dados que sustentam a necessidade da identificação do paciente é a pesquisa prévia realizada nas UPA.
- A identificação do paciente deve ser prevista para todos que estiverem em atendimento na UPA, visto a grande demanda e locais diferenciados de administração de medicamentos dentro da unidade (sala de injeção, sala de observação, sala de procedimento, salas de emergência e internamento).
- O paciente deve ser identificado na recepção, devendo-se atentar para como vai se realizar o processo de trabalho para a implantação do uso da pulseira. Sugestão: Impressão de etiqueta que se cola sobre uma pulseira branca da classificação de risco?
- É importante envolver a equipe neste processo, realizando uma sensibilização para a temática da segurança do paciente, pois envolve a cultura organizacional. Para tanto, trazer histórias reais, que se aproximem do cotidiano dos profissionais pode auxiliar neste sentido. A coordenadora do grupo colocou que durante a etapa de coleta de dados inclusive pode observar o interesse dos profissionais pela temática quando se trazia exemplos de vivências do dia a dia.
- Foi ressaltado que a OMS coloca a necessidade do paciente estar envolvido em sua própria saúde. Estar inserido no seu processo de cuidado.
- Coloca-se a questão de que se investe em alta tecnologia, esquecendo muitas vezes de investir no básico que são discussões como as ora realizadas.
- A pulseira do paciente deve conter os seguintes Identificadores: nome do paciente,

nome social, nome mãe e data de nascimento.

- Para o paciente “Não Identificado” no momento do atendimento os identificadores devem ser colocados da seguinte forma:

- Nome (neste campo colocar sexo, raça, característica - Exemplo: masculino, branco, tatuagem de caveira na panturrilha esquerda);
- Nome mãe (neste campo colocar o número da ocorrência do SAMU, ou o local no qual o paciente foi encontrado se vier por outros meios - Exemplo: ocorrência SAMU 111; encontrado no Condor do Água verde);
- Data de Nascimento: DD/MM/XX (neste campo colocar o dia e mês do atendimento e foi sugerido no campo ano colocar uma idade fixa aproximada de tal forma que até 2 anos: ano atual -02, de 2 a 12 anos: ano atual -10; de 12 a 59 anos: ano atual -30; de 60 até 100 anos ou mais: ano atual -60).

Para este último item foi solicitado que fosse pesquisado uma divisão de faixa etária para ser utilizada. Lembrando que esta identificação é provisória, devendo ser substituída tão logo se identifique o paciente corretamente.

- Locais para colocar a pulseira: 1ª Opção MSE; 2ª Opção MSD; 3ª Opção MIE; 4ª Opção MID

Alguns relatos também surgiram contando experiências profissionais importantes acerca deste tema.

Também foi falado, de um modo geral, a respeito das medicações na sala de observação, na qual muitas vezes chama-se um paciente e outro responde no lugar, e sem identificar o paciente não tem como saber exatamente quem é quem. Sendo um local propício para o acontecimento do erro. Sobre isso, uma das enfermeiras relatou:

“Ao chamar o paciente para a classificação de risco, quando o mesmo chega sempre pergunto: qual o seu nome completo? Porque várias vezes veio outro paciente no lugar... você chama João de Souza, vem o João da Silva... ou então você chama o João vem o Alberto.... acontece direto...”

Após esta discussão foi encerrada a oficina, concluindo com os participantes que a Identificação Segura do paciente garante a segurança de outros procedimentos (administração de medicamentos, realização de exames). Realizado a entrega das figurinhas do jogo e avaliação individual do encontro.

3ª OFICINA - RESULTADOS

A terceira oficina ocorreu dia 18/10/2016, das 09:00 – 12:00, no DUE, com participação de: seis enfermeiros (três Coordenação local das UPA; um da VISA; 01 especialista em segurança do paciente; 01 relator); 02 auxiliares de enfermagem.

O início do encontro se deu com a entrega uma cópia do relatório da oficina anterior para cada participante (APÊNDICE 10), que foi também enviado por *e-mail*, com a finalidade de realizar a leitura e a validação ou adequação dos pontos necessários.

Com relação ao levantamento de custos e experiências de outros locais sobre o uso de pulseiras de identificação do paciente, obteve-se as seguintes informações e encaminhamentos (para preservar a identidade dos participantes foi atribuído a eles a identificação P1, P2, consecutivamente):

- P1 informa que irá à Instituição 1 e pessoalmente conversará com o responsável para saber como funciona a identificação do paciente nesta instituição. Também irá trazer o tamanho das etiquetas que são utilizadas para impressão das etiquetas de exames nas UBS.
- P2 trouxe os modelos de pulseiras utilizados pela instituição 2, e explica que são por comodato. A impressora é da marca Biomedical.
- Com relação à impressora utilizada pelas UBS, a P6 informa que esta foi uma doação feita pelo Ministério da Saúde à Prefeitura de Curitiba, totalizando 303 impressoras. O município conta com 109 UBS. A P7 se propõe a verificar se existe a disponibilidade de alguma impressora para se realizar um teste nas UPA. A ideia inicial é que uma UPA seja piloto.
- A P6 trouxe um modelo de pulseira utilizado pela instituição 7, na qual se utiliza a etiqueta colada sobre a pulseira, no ambulatório, que seria parecido com o que pensamos em fazer, inclusive utiliza-se a mesma impressora das UBS. Este tipo de pulseira não tem longa durabilidade, porém, visto que são poucos os pacientes que permanecem por muito tempo dentro da UPA se formos pensar em toda a demanda seria o modelo mais próximo da nossa realidade e atende à necessidade de identificar o paciente de forma segura. A secretaria de saúde já possui as etiquetas que são utilizadas para a identificação de amostras laboratoriais nas UBS. É necessário verificar com a informática a possibilidade de utilizar para as UPA esse dispositivo.

- Foi alterado o local no qual deve acontecer a identificação do paciente. Este deve ser identificado na classificação de risco, pois muitas vezes o paciente dá seu nome na recepção e não vai para a classificação e também fica difícil para o profissional da recepção colocar a pulseira uma vez que a recepção é em sistema de guichê, não tem muito espaço. O ideal é que na hora que encerrar a classificação haja um ícone para a impressão de etiqueta e esta seja colada sobre a fita de acordo com a cor da classificação do paciente. Pode-se inserir na pulseira o horário que este paciente foi classificado que também é uma exigência da ouvidoria.
- Para os pacientes que chegam de SAMU, que entram direto na emergência sem passar pela classificação de risco, ou quando houver necessidade de reimpressão de etiqueta, deve haver uma impressora interligada aos computadores da emergência e internamento com esta finalidade.
- A P7 se propôs a ir com a P6 até o serviço de informática da PMC conversar sobre essas questões que envolvem o serviço para ver o que é viável neste sentido.
- P7 verificará a disponibilidade de pulseiras da classificação de risco para todas as UPA, pois algumas não estão utilizando as pulseiras na classificação.
- É necessário ver quem mais utiliza o e-saúde para saber se podemos alterar os dados que achamos importantes, como o nome social por exemplo.
- Sobre o envolvimento da equipe no processo de sensibilização para a temática de segurança do paciente, foi inserido a questão de enfatizar também que aqui está também envolvida a segurança para o profissional de saúde, porque se desenvolve ações seguras para ambos.
- Com relação às informações constantes na pulseira de identificação foi ressaltado que quando no cadastro definitivo não conste o nome social do paciente, este pode ser acrescentado manualmente, uma vez que a alteração do cadastro só é realizada na Unidade de Saúde.
- A coordenadora trouxe uma proposta de divisão de faixa etária para os pacientes não identificados, conforme havia sido solicitado na oficina anterior. Sendo assim, consideram-se crianças indivíduos de 0 a 12 anos 11m e 30 dias; adultos de 13 a 59anos 11m e 30 dias e idosos de 60 anos em diante. Baseado nesta divisão, no campo correspondente o servidor deveria colocar o ano atual -10 para crianças, -30 para adultos, -60 para idosos. O grupo avaliou e considerou ser muitas regras e difícil compreensão por parte de alguns profissionais, e não existe esta necessidade, uma vez que a busca de vagas não se limita à data de nascimento, mas ao contato e

evolução médica. Então, para o paciente “Não Identificado” no momento do atendimento ficaram definidos os seguintes identificadores:

- Nome (neste campo colocar sexo, raça, característica - Exemplo: masculino, branco, tatuagem de caveira na panturrilha esquerda);
- Nome mãe (neste campo colocar o número da ocorrência do SAMU, ou o local no qual o paciente foi encontrado se vier por outros meios - Exemplo: ocorrência SAMU 111; encontrado no Condor do Água verde);
- Data de Nascimento: DD/MM/XX (neste campo colocar o dia, mês e ano do atendimento). Lembrando que esta identificação é provisória, devendo ser substituída tão logo se identifique o paciente corretamente.

- Foi combinado com o grupo a data para a próxima oficina, pois no dia previamente agendado haverá recesso para os servidores. Sendo assim, ficou acordado que a próxima oficina será dia 08/11/16 às 09:00 no mesmo local.

4ª OFICINA - RESULTADOS

A quarta oficina ocorreu dia 08/11/2016, das 09:00 – 12:00, no DUE, com participação de: sete enfermeiros (quatro Coordenação local das UPA; um da VISA; um especialista em segurança do paciente; um relator); um auxiliar de enfermagem; um médico.

Realizado um feedback de algumas pendências a respeito do protocolo de Identificação do Paciente:

- Houve um retorno positivo por parte da informática sobre fazer um link da página da classificação de risco com a impressão da etiqueta de identificação do paciente.
- Foi verificado que não existe impressoras sobrando na Secretaria Municipal de Saúde, apesar de no diário oficial ter aparecido que são 303 impressoras de doação e temos 149 Unidades de saúde. Cada UBS utiliza uma impressora, segundo as informações conseguidas não há impressoras nem para substituição se alguma estragar. A P7 conversará com a responsável pela atenção primária, para verificar a questão das impressoras.
- O departamento de informática solicitou que fosse enviado um projeto explicando a necessidade da identificação do paciente nas UPA para ver a possibilidade de compra de uma impressora para teste.

- O nome social do paciente sai impresso no modelo de etiqueta existente no e-saúde.

Sendo assim, fica concluído o protocolo de identificação do paciente para ser utilizado nas UPA (APÊNDICE 11).

Em seguida foi apresentado pela pesquisadora os resultados da aplicação do *checklist* nas UPA para auxiliar no início da discussão sobre o protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

Foi entregue uma cópia do protocolo, bem como o Boletim do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos: “Nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes: como evitar os erros?” (ISMP, 2014) e “Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial – listas atualizadas 2015” (ISMP, 2015).

O início da discussão permeou as questões referentes ao protocolo e ao levantado na aplicação do *checklist*. Várias situações foram levantadas pelos participantes como importantes para implantação do protocolo de administração segura de medicamentos, tais como:

- O fortalecimento da farmácia satélite nas UPA, com profissionais da área neste posto de trabalho e não profissionais administrativos como ocorre atualmente em algumas UPA;
- Necessidade de sinalizar os medicamentos de alta vigilância no sistema;
- Necessidade de verificar junto à informática um contato para ser repassado pelas UPA as fragilidades do sistema quanto à segurança na prescrição de medicamentos, o que foi falado pelos próprios participantes de já existe na Secretaria Municipal de Saúde.
- Necessidade de padronização das diluições, pois cada profissional realiza/prescreve a diluição de uma forma.
- Necessidade que cada unidade resgate a questão da identificação de solução que ficou demonstrado como bastante frágil, durante a aplicação do *checklist*.

Como algumas destas questões envolvem situações que vão além da nossa governabilidade, ficou definido que a maior necessidade das UPA, neste momento, é realizar um protocolo com as diluições e vias de administração padrão para as UPA. Devem participar desta construção Enfermeiros, Auxiliares de enfermagem, Farmacêuticos e Médicos que atuam nas UPA.

5ª OFICINA - RESULTADOS

A quinta oficina ocorreu dia 29/11/2016, das 09:00 – 12:00, no DUE, com participação de: 06 enfermeiros (três da Coordenação local das UPA; um da VISA; um especialista em segurança do paciente; um relator); um auxiliar de enfermagem; um médico; duas farmacêuticas.

A discussão teve início com a apresentação de um material prévio que foi elaborado pelas farmacêuticas da SMS com o intuito de padronizar as diluições para as UPA. Sendo assim, este seria o momento para realizar a revisão deste material de modo a torna-lo claro e de acordo com o Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Como são vários os medicamentos, optou-se por revisar os medicamentos de alta vigilância.

Foi sugerido uma adequação na formatação original, de modo a separar as vias de administração e para cada via, sua diluição e tempo de administração.

Também foram alteradas as abreviaturas IV (intravenoso) para EV (endovenoso), conforme o Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, para que não haja confusão com a abreviatura IM (intramuscular).

Foi solicitado a inserção de uma legenda para as abreviaturas, que será inserida no final da página. Salienta-se que não foi possível revisar os medicamentos, foram revisados os que possuíam maior dúvidas e questionamentos por parte do grupo participante.

Ficou definido que a pesquisadora realizaria as adequações necessárias conforme o consenso do grupo e encaminharia o protocolo para a P5 (farmacêutica) para uma nova revisão (APÊNDICE 12).

APÊNDICE 10 - RELATÓRIO DA SEGUNDA OFICINA ENTREGUE AOS PARTICIPANTES

Relatório Segunda Oficina– Identificação do Paciente – 04/10/2016

– Realizada a leitura do Protocolo de Identificação do Paciente. Para aqueles que já haviam lido o Protocolo de Identificação, foi entregue o artigo “Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente”, com o objetivo de auxiliar na discussão posteriormente.

Foi lançada a questão: Quais as ações a serem desenvolvidas nas UPA para implementar o protocolo de Identificação do Paciente?

- Exposto a necessidade de recursos financeiros/apoio da instituição para continuidade do processo.
- Será realizado um levantamento de custos, pelos participantes, da seguinte forma:

P1	Instituição 1
P2	Instituição 2
P3	Instituição 3
P4	Instituição 4
P5	Instituição 5
P6	Instituição 6 Instituição 7

- Os dados que sustentem a necessidade da identificação é a pesquisa prévia realizada nas UPA.
- A identificação do paciente deve ser prevista para todos que estiverem em atendimento na UPA, visto a grande demanda e locais diferenciados de administração de medicamentos dentro da unidade (sala de injeção, sala de observação, sala de procedimento, salas de emergência e internamento).
- O paciente deve ser identificado na recepção, devendo-se atentar para como vai se realizar o processo de trabalho para a implantação do uso da pulseira. Impressão de etiqueta que se cola sobre uma pulseira branca da classificação de risco?
- É importante envolver a equipe neste processo, realizando uma sensibilização

para a temática da segurança do paciente, pois envolve a cultura organizacional. Para tanto, trazer histórias reais, que se aproximem do cotidiano dos profissionais pode auxiliar neste sentido.

- Foi ressaltado que a OMS coloca a necessidade do paciente estar envolvido em sua própria saúde. Estar inserido no seu processo de cuidado.
- Coloca-se a questão de que se investe em alta tecnologia, esquecendo muitas vezes de investir no básico que são discussões como as que estamos tendo agora.
- A pulseira do paciente deve conter os seguintes Identificadores:
 - Nome paciente: Nome social:
 - Nome mãe:
 - Data de nascimento:
- Para o paciente Não Identificado no momento do atendimento os identificadores devem ser os seguintes:
 - Nome:** (Neste campo colocar Sexo, Raça, Característica) Ex: Masculino, Branco, Tatuagem de caveira na panturrilha esquerda.
 - Nome mãe:** (Nº ocorrência SAMU, Local) Ex: Ocorrência SAMU 111; encontrado no Condor da Água Verde
 - Data de Nascimento:** DD/MM/XX (Dia e mês do atendimento; Ano – Levar classificações para discussão com o grupo)

Lembrando que esta identificação é provisória, devendo ser substituída tão logo se identifique o paciente corretamente.

Locais para colocar a pulseira: 1ª Opção MSE; 2ª Opção MSD; 3ª Opção MIE; 4ª Opção MID
- Identificação Segura do paciente garante a segurança de outros procedimentos (administração de medicamentos, realização de exames).

APÊNDICE 11 – AÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

AÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UPA

1 - A identificação do paciente deve ser prevista para todos que estiverem em atendimento na UPA, visto a grande demanda e locais diferenciados de administração de medicamentos dentro da unidade (sala de injeção, sala de observação, sala de procedimento, salas de emergência e internamento).

2 - O paciente deve ser identificado na classificação de risco, onde a impressão da etiqueta se dará a partir de um ícone próprio, e esta deverá ser colada sobre a fita de acordo com a cor da classificação do paciente.

3 - Inserir na pulseira o horário de classificação do paciente.

4 - Para os pacientes que chegam via SAMU, que entram direto na emergência sem passar pela classificação de risco, ou quando houver a necessidade de reimpressão de etiqueta, deve haver uma impressora interligada aos computadores da emergência e internamento com esta finalidade.

5 - A pulseira do paciente deve conter os seguintes identificadores: nome do paciente, nome social, nome mãe e data de nascimento.

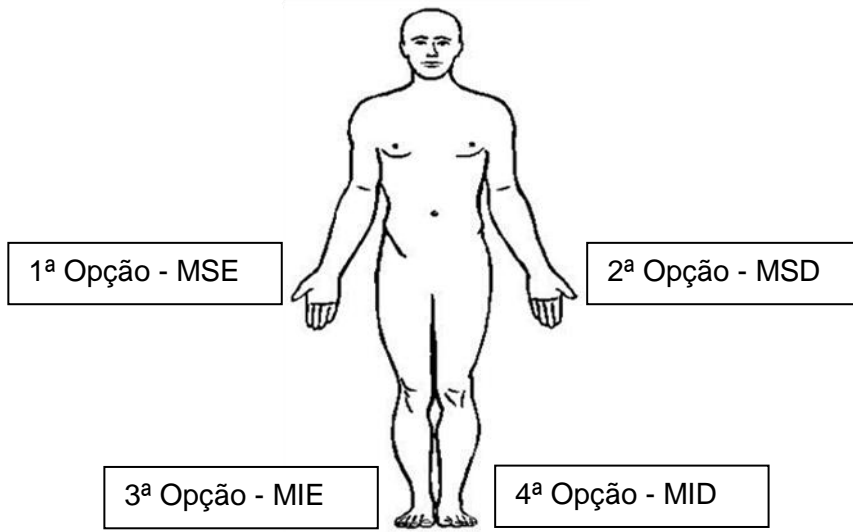
6 - Para o paciente “Não Identificado” no momento do atendimento os identificadores devem ser colocados da seguinte forma:

- Nome (neste campo colocar sexo, raça, característica – Exemplo: masculino, branco, tatuagem de caveira na panturrilha esquerda);
- Nome mãe (neste campo colocar o número da ocorrência do SAMU, ou o local no qual o paciente foi encontrado, se vier por outros meios - Exemplo: ocorrência SAMU 111; encontrado no Condor da Água Verde);
- Data de Nascimento: DD/MM/XX (neste campo colocar o dia e mês do atendimento)

*Atentar que esta identificação é provisória, devendo ser substituída tão logo se identificar o paciente corretamente.

*Deixar afixado na recepção em local visível de fácil acesso essas informações.

7 - Os locais escolhidos para colocar a pulseira devem ser determinados pela seguinte ordem:



APÊNDICE 12 – PROTOCOLO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO/ APRESENTAÇÃO	VA	RECONSTITUIÇÃO			DILUIÇÃO			CM/ DU	TEMPO DE INFUSÃO	INCOMPATIBILIDADES	RISCO EMINENTE/ PARTICULARIDADES
		Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade Reconstituído	Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade Diluído				
ADRENALINA/ EPINEFRINA Ampola 1mg/ml	EVD	NA	NA	NA	Sem diluição	-	Em TA (15° a 30° C) até 24h depois de aspirada em seringa	Indeterminada na RCP	<i>Bolus</i>	Aminofilina, ampicilina, benzilpenicilina potássica, bicarbonato de sódio, cloranfenicol, gluconato de cálcio, furosemida, noradrenalina, propranolol, vitamina C, NaCl Manter longe dos nitratos e sais de metais, ferro, cobre e zinco	Fotosensível. Infusão contínua, recomendado o uso de equipo fotosensível. Se houver alteração de cor ou presença de precipitado a solução não deve ser administrada
	EVI	NA	NA	NA	SG 5% SF 0.9% AD Ringer lactato	250 ml		DU: 5amp em 250 ml de soro (20µg/ml) Restrição de líquidos – 10 amp. em 90 ml de soro (100 µg/ml)	1 – 10 µg/min em BI		
	IM/ SC	NA	NA	NA	Sem diluição	-		0,3 a 0,5mg	A cada 20 minutos por 3 doses		
AMIODARONA Ampola 150mg/3ml	EVD	NA	NA	NA	ACM – na FV/TV sem pulso	-	24h TA	DU: 150mg podendo repetir 50mg/m l ou ACM	<i>Bolus</i>	Antagonistas beta adrenérgico, bloqueantes cálcicos, digoxina, diltiazem, fenitoína, varfarina	Bradycardia, reações no local da aplicação, flebite, infecção, modificação na pigmentação, diminuição abrupta da pressão sanguínea, principalmente com administração rápida. *Maior estabilidade se diluído em SG
	EVI	NA	NA	NA	*SG 5% SF 0,9%	-		CM: Acesso periférico: concentração <2mg/ml Acesso central: concentração ≥2mg/mL (máx: 6mg/ml) 5mg/Kg peso	1 mg/min em 6h e após 0,5 mg/min em 18 h		

LEGENDA

VA – Vias de Administração; CM- Concentração Máxima; DU- Diluição usual; IM – Intramuscular; EVD – Endovenosa direta; EVI – Endovenosa infusão; NA – Não se aplica; TA – Temperatura ambiente; SF – Solução Fisiológica; SG – Solução Glicosada; AD – Água destilada; ACM – A critério médico.

MEDICAMENTO/ APRESENTAÇÃO	VA	RECONSTITUIÇÃO			DILUIÇÃO			CM/ DU	TEMPO DE INFUSÃO	INCOMPATIBILIDADES	RISCO EMINENTE/ PARTICULARIDADES
		Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade Reconstituído	Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade Diluído				
CLORETO DE SUXAMETÔNIO Frasco- ampola 100 mg	EVD	SF 0,9% AD SG 5%	10ml	Uso imediato	-	-	-	1 a 2mg/Kg	<i>Bolus</i>	Bicarbonato de sódio, gluconato de cálcio, cloreto de cálcio, clorpromazina, ciprofloxacino, fitomenadiona, haloperidol, vitaminas do complexo B	Deve ser aplicado sob a supervisão médica direta, em local com recursos para atender emergências respiratórias. Também conhecido como succinilcolina. Pode ocorrer depressão
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% (1 ml = 2,5mEq KCl) Ampola 10ml	EV	NA	NA	NA	SF 0,9% SG 5%	500ml	24h TA	Via periférica= 40mEqL e Via central= 60mEqL	Ideal: 5 a 10mEq/h Máximo: 20 a 30mEq/h	Trifluoride de bromo; permanganato de potássio mais ácido sulfúrico	Deve ser diluído antes da administração. Recomenda-se o monitoramento do ECG para soluções com infusão acima de 10mEq/h em adultos
CLORETO DE SÓDIO 20% (1ml= 3,4mEq NaCl) Ampola 10ml	EVD EVI	NA	NA	NA	SF 0,9%/ SG 5%/ Ringer Lactato/ AD	250ml	24h TA	CM: 10mEqL/dia	-		
DESLANOSÍDEO Ampola 0,4mg/2ml	IM	NA	NA	NA	-	-	-	CM: 2mg/dia	-	-	Monitorar a frequência cardíaca
	EVD	NA	NA	NA	SF 0,9% SG 5% AD	Não requer			Lento		

LEGENDA

VA – Vias de Administração; CM- Concentração Máxima; DU- Diluição usual; IM – Intramuscular; EVD – Endovenosa direta; EVI – Endovenosa infusão; NA – Não se aplica; TA – Temperatura ambiente; SF – Solução Fisiológica; SG – Solução Glicosada; AD – Água destilada; ACM – A critério médico.

MEDICAMENTO/ APRESENTAÇÃO	VA	RECONSTITUIÇÃO			DILUIÇÃO			CM/ DU	TEMPO DE INFUSÃO	INCOMPATIBILIDADES	RISCO EMINENTE/ PARTICULARIDADES
		Diluyente	VOLUME do Diluyente	Tempo de Estabilidade Reconstituído	Diluyente	VOLUME do Diluyente	Tempo de Estabilidade Diluído				
FENTANIL Ampola 100µg/2ml	IM	NA	NA	NA	-	-	-	-	-	Azitromicina, Bicarbonato de Sódio, Tiopental, fluoruracil, heparina,. Fenobarbital, Fenitoína, Diazepam	A injeção rápida do medicamento pode causar apneia
	EVD	NA	NA	NA	-	Sem diluição	-	-	<i>Bollus</i> lento 3- 5 min (dose menor que 5mcg/kg)		
	EVI	NA	NA	NA	SF 0,9% SG 5% AD	80ml SF - 10 amp (10 µg/ml)	-	0,02 a 0,05 µg/kg/min	-		
HEPARINA EV Frasco ampola 25000 UI/5ml	EVD	NA	NA	NA	Sem diluição	-	-	CM: 2mg/dia	-	-	Inverter a bolsa a cada 4 horas, pelo menos 6 vezes, a fim de prevenir a aglomeração de heparina na solução
	EVI	NA	NA	NA	SF 0,9% SG 5%	198ml SF 0,9 ou SG 5% + 50 UI heparina 10.000 UI/198ml	24h	Nas doenças tromboem- bolíticas - Dose inicial: 5.000 - 10.000 UI	Nas doenças tromboem- bolíticas - após dose inicial: infusão contínua de 15 - 24 UI/Kg/h		
								Na síndrome coronariana aguda: 5.000 UI em <i>bolus</i> EV	Na síndrome coronariana aguda após dose inicial: 12 UI/Kg/h até 1.000 UI em infusão contínua por 48h		

LEGENDA

VA – Vias de Administração; CM- Concentração Máxima; DU- Diluição usual; IM – Intramuscular; EVD – Endovenosa direta; EVI – Endovenosa infusão; NA – Não se aplica; TA – Temperatura ambiente; SF – Solução Fisiológica; SG – Solução Glicosada; AD – Água destilada; ACM – A critério médico.

MEDICAMENTO/ APRESENTAÇÃO	VA	RECONSTITUIÇÃO			DILUIÇÃO			CM/ DU	TEMPO DE INFUSÃO	INCOMPATIBILIDADE S	RISCO EMINENTE/ PARTICULARIDADES
		Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade Reconstituído	Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade Diluído				
HEPARINA SC Ampola 5000 UI/ 0,25ml	SC	NA	NA	NA	NA	NA	24h TA	-	NA	-	Administrar somente SC Sem conservante Administrar no período pré-operatório (última dose pelo menos 8h antes da cirurgia) e após a cirurgia (reiniciar assim que possível, após 12 - 24h, se não houver sangramento ativo)
LIDOCAÍNA Ampola 20ml 2% (20mg/ml)	EVD	NA	NA	NA	Sem diluição	-	-	Ataque: 1mg/kg Manutenção: 1-4mg/min	NA	Anfotericina B, Sulfadiazina, Cefazolina, Fenitoína, Soluções alcalinas	Cautela em idosos, pacientes com problemas hepáticos e cardiovasculares Armazenar a 15-30°C
METOPROLOL Ampola 5mg/ 5ml	EVD	NA	NA	NA	-	Sem diluição	-	Dose máxima 15mg	Administrar 1 a 2mg/min com intervalo de 5 min entre cada ampola	-	Monitorar a frequência cardíaca

LEGENDA

VA – Vias de Administração; CM- Concentração Máxima; DU- Diluição usual; IM – Intramuscular; EVD – Endovenosa direta; EVI – Endovenosa infusão; NA – Não se aplica; TA – Temperatura ambiente; SF – Solução Fisiológica; SG – Solução Glicosada; AD – Água destilada; ACM – A critério médico.

MEDICAMENTO/ APRESENTAÇÃO	VA	RECONSTITUIÇÃO			DILUIÇÃO			CM/ DU	TEMPO DE INFUSÃO	INCOMPATIBILIDADES	RISCO EMINENTE/ PARTICULARIDADES
		Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade Reconstituído	Diluyente	Volume do Diluyente	Tempo de Estabilidade e Diluído				
MIDAZOLAM (5mg/ml) Ampola 15mg/ 3ml e 50mg/10ml	IM	NA	NA	NA	-	-	-	-	-	Albumina, aciclovir, ácido ascórbico, amoxicilina+clavulanato, ampicilina, aminofilina, anfote- ricina B e complexo lipídico, ampicilina+sulbactam, azitromicina, azatioprina, bicarbonato de sódio, ceftazidima, cefepime, clonidina, cefuroxima, dexametasona, diazepam, dimenidrinato, dobutamina, ertapeném, furosemida, fenobarbital, fenitoína, foscarnet, ganciclovir, gemtuzu- mab, hidralazina, hidro cortisona, imipenem, metotrexato, micafungina, omeprazol, piperacili- na+tazobactam, RL, sulfametoxazol+ trimetoprima, tiopental.	Manter paciente monitorado. Pode causar: hipotensão, apneia, dessaturação do sangue. Uso de infusão contínua em pacientes em ventilação mecânica Não sofre perda na hemodiálise Ajuste da dose em pacientes com insuficiência renal, hepática e idosos
	EVD	NA	NA	NA	SF 0,9% SG 5% Ringer lactato	10ml		-			
	EVI	NA	NA	NA	SF 0,9% SG 5% Ringer lactato	120ml SF 0,9%+ 150mg Midazolam (1mg/ml)	24h TA (em SF 0,9% e SG5%) e 4h (Ringer lactato)	0,1 a 0,3 mg/kg	-		

REFERÊNCIAS

MARTINS, H. S., et al. **Emergências clínicas**: abordagem prática. 10. ed. rev. e atual. São Paulo: Manole, 2015.

CERVO, A. S., et al. Manual de diluição de medicamentos injetáveis. Santa Maria: Hospital Universitário de Santa Maria, 2015.

HOSPITAL SÍRIO LIBANES. Guia farmacêutico 2014/2015. 8.ed. Hospital Sírio Libanês, 2014.

LEGENDA

VA – Vias de Administração; CM- Concentração Máxima; DU- Diluição usual; IM – Intramuscular; EVD – Endovenosa direta; EVI – Endovenosa infusão; NA – Não se aplica; TA – Temperatura ambiente; SF – Solução Fisiológica; SG – Solução Glicosada; AD – Água destilada; ACM – A critério médico.

ANEXO 1 - CHECKLIST
CHECKLIST PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Paciente: _____ Registro: _____

Box/leito: _____ Sexo: F M Idade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada a identificação
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. A identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas
RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próximoaopaciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

*NSA – Não se aplica

**Escala de avaliação do risco no verso deste impresso.

Data: ___/___/___ Horário: _____ Identificação/registro profissional: _____

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

<i>Morse FallScale</i>	Respostas	Pontos
1. Histórico de quedas (até 3 meses da última queda)	NÃO - 0	
	SIM - 25	
2. Diagnóstico Secundário (mais de um diagnóstico)	NÃO - 0	
	SIM - 15	
3. Deambulação	Nenhum/ Acamado - 0	
	Muletas/ Bengala - 15	
	Apoia-se em mobiliário/ Parede - 30	
4. Terapia Endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	NÃO - 0	
	SIM - 20	
5. Marcha	Normal/ Sem deambulação (cadeira de rodas) - 0	
	Fraca - 10	
	Comprometida/ Cambaleante - 20	
6. Estado Mental	Orientado/ capaz quanto a sua capacidade - 0	
	Superestima capacidade/ Esquece limitações -15	
PARÂMETROS	SEM RISCO: 0 - 24 pontos BAIXO RISCO: 25 – 44 pontos ALTO RISCO: ≥ 45 pontos	TOTAL

FONTE: Adaptado de URBANETTO *et al* (2013)

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<i>BradenScale</i>	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	Pontos
PERCEPÇÃO SENSORIAL: capacidade de responder à pressão do desconforto	Completamente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
UMIDADE: exposição da pele	Constantemente	Muito	Ocasionalmente	Raramente	
ATIVIDADE	Acamado	Restrito à cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente	
MOBILIDADE: habilidade de controlar posições	Completamente imobilizado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação	
NUTRIÇÃO: ingesta alimentar	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema aparente		
PARÂMETROS:	23-19 – sem risco		14-13 – risco moderado		TOTAL
	18-15 – risco leve		Menor ou igual a 12 – risco elevado		

FONTE: Fonte: Adaptado de Braden e Bergstron (1995). Traduzida para a língua portuguesa por Caliri (1998)

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As ações para segurança do Paciente em Serviços de Urgência e Emergência.

Pesquisador: ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50930415.3.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.376.139

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "As ações para segurança do Paciente em Serviços de Urgência e Emergência" está sob a orientação da Profa. Elaine Drehmer de Almeida Cruz do Departamento de Enfermagem com a participação da aluna de mestrado Danieli Parreira da Silva Stalitz da Paixão e será realizado nas 08 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR. Atualmente a qualidade da assistência dos serviços de saúde prestados à população tem sido amplamente discutida, e conseqüentemente cada vez mais iniciativas com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados vem sendo realizados. Várias são as definições a respeito da qualidade da assistência dos serviços de saúde, porém uma característica comum entre elas é que trazem a idéia de que qualidade na assistência é quando se consegue satisfazer a necessidade de atendimento de determinado usuário ou população. A ocorrência de um evento adverso, implica em uma assistência insegura, podendo acarretar em danos ao paciente, maior tempo de internação com conseqüente aumento de custos para a instituição e em algumas vezes ocasionando inclusive óbito. Sendo assim, hoje o tema segurança do paciente tem ganhado grande destaque quando se fala em qualidade dos serviços de saúde, pois são falhas na segurança que comprometem a qualidade do serviço prestado. Considerando a importância e relevância do tema segurança do paciente o Ministério da Saúde instituiu as Portarias 1377/2013 (BRASIL, 2013c) e

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.376.139

2095/2013 (BRASIL, 2013d) que aprovam os Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente.

As UPAs 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades de saúde (básicas ou estratégia de saúde da família) e a rede hospitalar. Funcionam 24h por dia ininterruptamente, todos os dias da semana, realizando o acolhimento dos pacientes, intervindo em sua condição clínica e direcionando seu atendimento aos demais pontos de atenção das redes de atenção à saúde (serviços de atenção básica ou especializada, internação hospitalar). Estes serviços de urgência e emergência atendem grande parte da demanda dos serviços de saúde pelos usuários, sendo considerados a linha de frente do atendimento. A procura por estes locais tem se tornado cada vez maior, com longas filas de espera e pacientes aguardando internamento, exames e diagnóstico. Com isso a superlotação destes locais é inevitável, o que causa intenso sofrimento aos profissionais de saúde e podem ser responsáveis por eventos adversos neste ambiente. Outros fatores como desmotivação, recursos humanos deficientes, falta de uma sistematização da assistência de enfermagem adequada, delegação de atividades sem a devida supervisão, sobrecarga de trabalho, interrupção constante das atividades, são também fatores estressantes para a equipe e comprometem a segurança do cuidado prestado ao paciente podendo culminar em eventos adversos. O município de Curitiba conta com 09 UPAs para o atendimento da população. Estas estão localizadas nos distritos sanitários do Portão, CIC, Santa Felicidade, Boa Vista, Cajuru, Pinheirinho, Bairro Novo, Boqueirão e Matriz (UPA Fazendinha, UPA CIC, UPA Campo Comprido, UPA Boa Vista, UPA Cajuru, UPA Pinheirinho, UPA Sítio Cercado, UPA Boqueirão e UPA Matriz, respectivamente). A UPA localizada no distrito Matriz faz parte da administração da FEAES (Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde) que é uma entidade pública de direito privado que integra a administração indireta da Prefeitura Municipal de Curitiba. Por esta razão, a UPA localizada neste distrito não fará parte deste estudo. Esta pesquisa será realizada, portanto, nas 08 UPAs de administração direta do município de Curitiba. Neste contexto faz-se necessário promover medidas com a finalidade de garantir que a assistência prestada ao paciente seja pautada nos princípios de segurança, reduzindo os riscos e elevando a qualidade do cuidado prestado.

Será realizada uma pesquisa-ação, desenvolvida segundo as fases do ciclo PDCA, direcionada para ações de segurança do paciente nas UPAS do Município de Curitiba. O ciclo PDCA é um método que tem sido cada vez mais utilizado na área da saúde quando se trata de segurança do paciente, na tentativa de melhorar os processos de trabalho. No ciclo PDA cada inicial corresponde

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 1.376.139

a uma etapa do ciclo: fase P (planejamento) na qual se identifica o objetivo do estudo para alcançar os resultados pretendidos; na fase D (fazer) se dá a realização das observações e início da análise dos dados; na fase C (checagem) faz-se a checagem dos dados e resultados e na fase A (agir) verifica-se as mudanças que podem ser feitas.

A população de estudo será constituída por pacientes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, e em atendimento no dia e horário aprazado para a coleta de dados na referida UPA. Também participarão deste estudo as autoridades sanitárias locais das 08 UPAs e convidados especialistas em segurança do paciente. Esses participantes serão convidados, individualmente e em grupos, pela pesquisadora e esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, forma de participação, procedimentos de coleta de dados, confidencialidade e sigilo, uso dos resultados e liberdade em participar, ou não, da pesquisa. Para aqueles que concordarem em participar, será apresentado em duas vias e, se necessário, lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e solicitado sua assinatura para fins documentais. Uma via ficará com o participante e outra com o pesquisador.

Os dados serão coletados por meio da observação das variáveis constantes no Checklist (AMAYA, 2015), aplicado pelo pesquisador, o qual identificará dados a respeito da segurança do paciente. Nesta fase de diagnóstico situacional, a pesquisa poderá envolver grupos vulneráveis, como gestantes, pacientes com autonomia reduzida, entre outros. É importante ressaltar que não será necessário por parte desse grupo de participantes responder a nenhum tipo de questionário. A pesquisadora irá preencher o Checklist, que baseia-se em sua observação, mas para tal é necessário que o paciente, ou o seu responsável legal, permita e formalize a participação, com a assinatura do TCLE. Os dados alimentarão planilhas do Programa Excel. Os resultados serão expressos em números absolutos e relativos, e expressarão a adoção de ações para a segurança do paciente nos aspectos: Identificação do paciente, Administração de Medicamentos, Prevenção de Úlceras por Pressão, Prevenção de Quedas, Risco de Infecção e Risco Cirúrgico. Os resultados serão apresentados na primeira oficina, entre as seis planejadas, com local, data e horário previamente agendados, com duração de até 4 horas e com cronograma de atividades. Os dados decorrentes das oficinas serão registrados, com o auxílio de caderno e note book da pesquisadora.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.376.139

Objetivo da Pesquisa:

- Realizar o diagnóstico situacional com vistas à segurança do paciente nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR.
- Elaborar ações para a segurança do paciente no contexto das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas do Município de Curitiba-PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Considerando potenciais riscos de desconforto, constrangimento e outros previstos no TCLE, serão adotados procedimentos de modo a não expor ou constranger os participantes, tais como respeitar a opinião, mediar discussões, considerar as diversidades, entre outros. Durante a etapa das oficinas e na reunião de consolidação do plano de ação, as atividades não serão centradas no indivíduo e sim no grupo. Caso as pesquisadoras percebam, ou seja verbalizado pelo participante algum conflito ou sentimento de desconforto, essas atuarão prontamente em prol de sua resolução.

Benefícios

Espera-se com este estudo contribuir com a melhoria da qualidade da assistência à saúde e de enfermagem prestada ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito das UPAs do Município de Curitiba, no que diz respeito às práticas seguras nos serviços de saúde, com a utilização do resultado dos planos de ação que auxiliam neste sentido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As oficinas serão desenvolvidas na sala de reuniões do Departamento de Urgência e Emergência de Curitiba – DUE, localizado na Rua Atilio Bório, 680, Alto da XV, na cidade de Curitiba-PR. A reunião com as autoridades sanitárias e especialistas será realizada na sala do Grupo de Pesquisa Multidisciplinar em Saúde do Adulto - GEMSA, localizado no Campus Botânico da Universidade Federal do Paraná, na Avenida Prof. Lothário Meissner, 632; 3º andar, Bloco Didático II do Setor de Ciências da Saúde, conforme data e hora previamente agendada e comunicada.

As informações ficarão em posse das pesquisadoras e serão arquivadas em impressos, assegurando o sigilo dos participantes da pesquisa. O material obtido será utilizado unicamente para a construção desta pesquisa, guardado pelas pesquisadoras pelo período de 5 anos e após este, será incinerado.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.376.139

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados. A Instituição coparticipante apenas aprecia após aprovação pelo CEP/SD, dando parecer de viabilidade

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências do parecer anterior foram atendidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS.

Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624546.pdf	30/11/2015 22:35:17		Aceito
Outros	Pendencias_individualmente.pdf	30/11/2015 22:34:52	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.376.139

Outros	check_list1_correcao.pdf	30/11/2015 22:26:14	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pendencias.pdf	30/11/2015 22:25:23	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionaiscorrecao.docx	30/11/2015 22:24:19	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aslespecialistascorrecao.docx	30/11/2015 22:24:04	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	12/11/2015 20:37:48	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes.docx	12/11/2015 20:37:24	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aslespecialistas.docx	12/11/2015 20:37:02	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Termo_compromissoinicio.pdf	11/11/2015 19:49:49	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Declaracao_usomaterial.pdf	11/11/2015 19:49:18	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Declaracao_tornarpublico.pdf	11/11/2015 19:48:33	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	11/11/2015 19:47:55	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	declaracao_orientador.pdf	11/11/2015 19:47:00	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	11/11/2015 19:46:18	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Oficio_ata.pdf	11/11/2015 19:43:51	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Oficio_pesquisador.pdf	11/11/2015 19:43:14	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ata_de_aprovacao.pdf	11/11/2015 19:37:29	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	check_list2.pdf	11/11/2015 19:34:22	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	check_list1.pdf	11/11/2015 19:33:48	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.376.139

Orçamento	Orcamento.pdf	11/11/2015 19:32:26	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/11/2015 19:09:40	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/11/2015 18:53:27	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/11/2015 18:48:03	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Dezembro de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As ações para segurança do Paciente em Serviços de Urgência e Emergência.

Pesquisador: ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50930415.3.3001.0101

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.478.366

Apresentação do Projeto:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP/SCS-UFPR.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP/SCS-UFPR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP/SCS-UFPR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se o estudo proposto de grande relevância, considerando a importância do tema "Segurança do Paciente em Serviços de Urgência e Emergência", com potencial contribuição à Secretaria Municipal da Saúde neste aspecto, e portanto aprova e apoia a realização do referido estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP/SCS-UFPR.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.478.366

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624546.pdf	30/11/2015 22:35:17		Aceito
Outros	Pendencias_individualmente.pdf	30/11/2015 22:34:52	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	check_list1_correcao.pdf	30/11/2015 22:26:14	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pendencias.pdf	30/11/2015 22:25:23	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionaiscorrecao.docx	30/11/2015 22:24:19	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aslespecialistascorrecao.docx	30/11/2015 22:24:04	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624546.pdf	12/11/2015 20:48:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.docx	12/11/2015 20:37:48	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes.docx	12/11/2015 20:37:24	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aslespecialistas.docx	12/11/2015 20:37:02	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624546.pdf	11/11/2015 20:02:37		Aceito
Outros	Termo_compromissoinicio.pdf	11/11/2015 19:49:49	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.478.366

Outros	Declaracao_usomaterial.pdf	11/11/2015 19:49:18	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Declaracao_tornarpublico.pdf	11/11/2015 19:48:33	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade.pdf	11/11/2015 19:47:55	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	declaracao_orientador.pdf	11/11/2015 19:47:00	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Analise_merito.pdf	11/11/2015 19:46:18	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Oficio_ata.pdf	11/11/2015 19:43:51	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	Oficio_pesquisador.pdf	11/11/2015 19:43:14	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	ata_de_aprovacao.pdf	11/11/2015 19:37:29	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	check_list2.pdf	11/11/2015 19:34:22	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Outros	check_list1.pdf	11/11/2015 19:33:48	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	11/11/2015 19:32:26	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/11/2015 19:09:40	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/11/2015 18:53:27	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/11/2015 18:48:03	ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 05 de Abril de 2016

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br