

INTERVENÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivou sintetizar produção científica relacionada às intervenções de segurança do paciente em serviço hospitalar de emergência. Trata-se de revisão integrativa realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e PubMed. Utilizaram-se os descritores segurança do paciente, gestão da qualidade e serviço hospitalar de emergência. Foram selecionados 21 artigos, publicados entre janeiro de 2012 e novembro de 2016, que foram categorizados em intervenções para comunicação, intervenções educativas/uso de protocolos e intervenções assistenciais. As intervenções identificadas foram a padronização da comunicação durante os momentos de passagem de plantão, discussão do atendimento após a emergência, notificação e discussão de eventos adversos, prontuário eletrônico; utilização de protocolos assistenciais, destacando-se a simulação realística como estratégia eficaz de treinamento; farmácia clínica, uso do lacre no carrinho de parada cardíaca, videolaringoscópio para realização de intubação oro-traqueal, resultados de exames beira-leito e a classificação de risco.

DESCRITORES: Segurança do paciente; Gestão da qualidade; Serviço hospitalar de emergência.

INTRODUÇÃO

Com os avanços tecnológicos vivenciados nos últimos anos no setor saúde, um tema que vem ganhando destaque no cenário nacional e internacional é a qualidade do cuidado ofertado pelos serviços de saúde. A respeito desse assunto, o *Institute of Medicine* (IOM) define que qualidade é a capacidade de as instituições prestadoras de serviços de saúde aumentarem a probabilidade de resultados desejados, para tanto, é necessário que a assistência em saúde seja segura⁽¹⁾.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo principal de evitar danos aos pacientes ⁽²⁾. E a partir deste momento os esforços para a melhoria dos processos de trabalho com foco na segurança do paciente têm sido crescente.

No Brasil, a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente tem como meta prevenir e reduzir os eventos adversos que ocorrem nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde^(2,3). Eventos adversos (EAs) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado ofertado aos pacientes, não sendo possível atribuí-los à evolução natural da doença de base ⁽⁴⁾.

Dentre todos os setores que compõem um hospital, o Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) é o local destinado ao atendimento de pessoas em situações de risco de vida, no entanto, também é utilizado por pacientes com demandas que não se caracterizam clinicamente como urgência-emergência, o que implica em superlotação e sobrecarga de trabalho para os profissionais ⁽⁵⁾. Espera-se que a qualidade de atendimento em um SHE seja um dos pontos mais críticos dentro de um hospital, pois nesse ambiente encontram-se falta de hierarquia para atendimento, fluxo interno desordenado e alta demanda de pacientes ⁽⁶⁾.

Ao se avaliar qualidade dos cuidados em saúde em um SHE, observa-se que quando ocorre superlotação deste setor há um maior número de abordagens clínicas inadequadas, o que impacta no aumento da insegurança do paciente e no aumento da taxa de mortalidade do serviço. A superlotação das emergências tem associação com a ocorrência de eventos adversos e as evidências frequentemente presentes são o atraso no início da antibioticoterapia, analgesia inadequada, comunicação ineficaz entre os membros da equipe, maiores taxas de complicações cardiovasculares, falhas na administração de medicamentos ⁽⁷⁾.

Revisão sistemática que teve como objetivo identificar as ameaças à segurança do paciente nos serviços de emergência encontrou maior incidência de produção científica a

respeito da temática de eventos adversos sobre erros de medicação ⁽⁸⁾. Estudo de caso controle que avaliou a ocorrência de eventos adversos em pacientes que apresentaram acidente vascular encefálico (AVE) e foram admitidos em uma emergência universitária concluiu que os eventos adversos graves e as infecções hospitalares tiveram associação estatística significativa com o óbito desses pacientes ⁽⁹⁾. Na avaliação da ocorrência de eventos adversos em um hospital italiano constatou-se que houve maior incidência de eventos adversos em prontuários de pacientes internados pelo serviço de emergência, correspondendo a 69,7%, da amostra de prontuários com eventos adversos ⁽¹⁰⁾. No Brasil, estudo de coorte retrospectivo baseado em revisão de prontuário, realizado em 3 hospitais de ensino do Rio de Janeiro, identificou a incidência de eventos adversos em 7,6% dos prontuários ⁽¹¹⁾.

Considerando que o serviço hospitalar de emergência representa importante papel no acesso aos cuidados de saúde para a população e que existem muitas dificuldades que comprometem a assistência prestada nesses serviços, surge a necessidade de se identificar quais intervenções podem contribuir com a segurança do paciente no SHE.

Frente ao exposto, o estudo objetiva sintetizar a produção científica relacionada às intervenções de segurança do paciente eficazes, utilizadas em serviço hospitalar de emergência, no intuito de consolidar informações que direcionem os profissionais de saúde para a adoção de práticas seguras mais assertivas, baseadas em evidência.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) “tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos” ⁽¹²⁾.

Para realização desta RI foram utilizados cinco passos: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos

artigos avaliados, definição dos dados que devem ser coletados, avaliação dos estudos que constituem a amostra pesquisada, interpretação dos resultados ⁽¹²⁾.

Para elaborar a questão norteadora foi aplicada a estratégia PICO definindo a população "pacientes atendidos em serviço hospitalar de emergência", a intervenção "intervenções para a segurança dos pacientes" e desfecho "melhoria da gestão da qualidade da assistência". Assim, a questão central desta revisão integrativa foi: Qual é a produção científica sobre intervenções para a segurança do paciente que trata a cerca da gestão da qualidade da assistência em serviço hospitalar de emergência?

Nos meses de setembro a novembro de 2016, por meio do acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que permitiu uma busca integrada, realizou-se busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Neste buscador foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DECS) em português: segurança do paciente, gestão da qualidade e serviço hospitalar de emergência, com uso da combinação AND, o que apresentou 102 artigos. Na base de dados National Library of Medicine, EUA (Pub-Med) foram utilizados os Medical Subject Heading Terms (MeSH): patient safety, quality management e emergency service, hospital, também com o uso da combinação AND o que apresentou 478 artigos.

Foram incluídos artigos publicados de janeiro de 2012 a novembro de 2016, por se tratar de um recorte temporal atualizado e ao mesmo tempo abrangente a respeito do tema. Outros critérios de inclusão utilizados foram os artigos estarem disponíveis na íntegra gratuitamente, nos idiomas português, espanhol ou inglês e responderem à questão de pesquisa. Foram excluídos desta revisão a literatura cinzenta, artigos cuja temática central tratava sobre a epidemiologia de EA e intervenção para segurança do paciente em todo ambiente hospitalar.

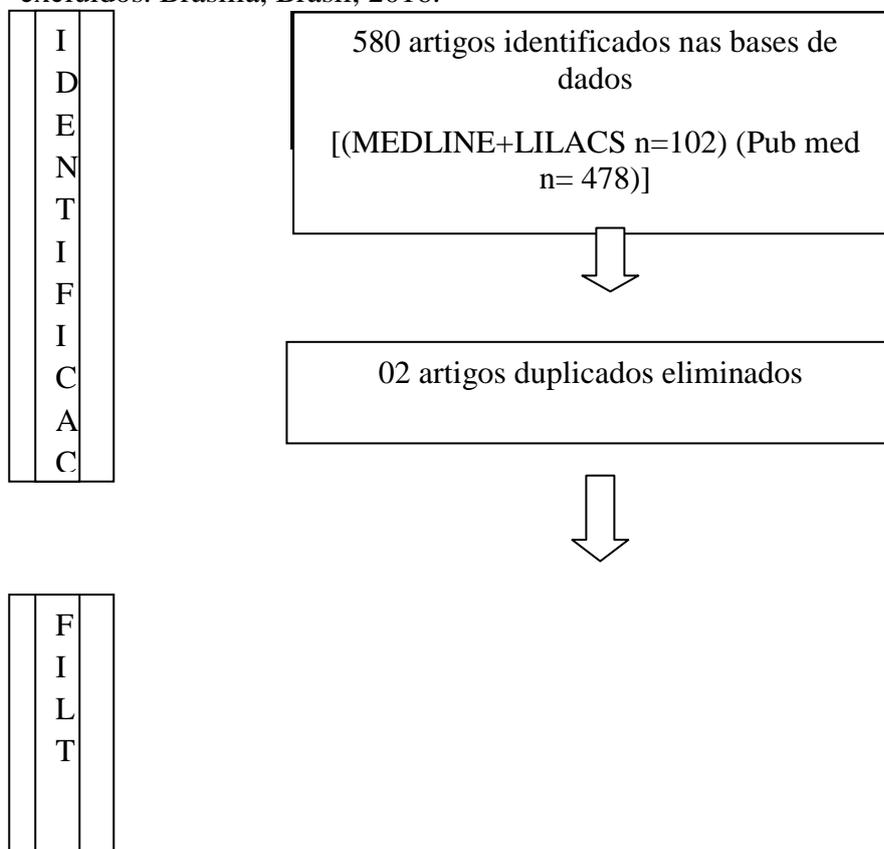
Procedeu-se à seleção pela leitura dos títulos e resumos dos artigos, com posterior leitura do artigo na íntegra para uma análise interpretativa com base na questão norteadora. Ao final desse processo foram selecionados 21 artigos que tinham relação com o objetivo desta RI, respondiam à questão central de estudo e atendiam aos critérios de inclusão, sendo um artigo indexado na LILACS, 12 artigos indexados na MEDLINE e nove artigos indexados na PubMed. A fim de resumir as informações presentes nos artigos selecionados, para extração dos dados foi utilizado instrumento validado por Ganong⁽¹³⁾.

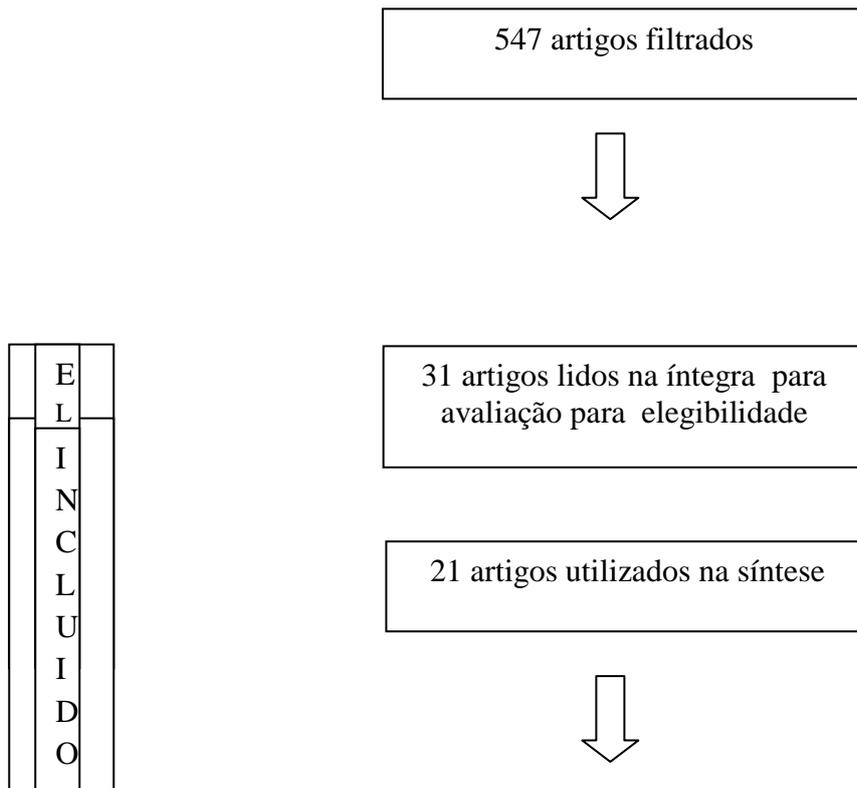
Após análise sistemática dos estudos selecionados, emergiram três categorias de intervenções utilizadas no contexto do SHE: Intervenções para comunicação; Intervenções educativas/uso de protocolos; e Intervenções assistenciais.

RESULTADOS

Um total de 580 referências foram identificadas e deste total 21 artigos foram incluídos na presente RI para a análise final. Para detalhes, ver o diagrama de fluxo abaixo (figura 1).

Figura 1: Diagrama de fluxo dos artigos filtrados, avaliados para elegibilidade, incluídos e excluídos. Brasília, Brasil, 2016.





A distribuição dos países de publicação dos estudos lidos na íntegra, excluindo-se os artigos repetidos, e que assim compuseram a amostra deste estudo foi: EUA (12; 56,8%), Austrália (3; 14,4%), Suécia (2; 9,6%), França (2; 9,6%), Brasil (1; 4,8%) e Inglaterra (1; 4,8%). Em relação ao idioma 20 artigos foram publicados em inglês (95,2%) e um artigo foi publicado em português (4,8%). O quadro abaixo apresenta a síntese dos dados que compuseram esta revisão integrativa.

Quadro 1 – Síntese das publicações sobre intervenções para a segurança do paciente em serviço hospitalar de emergência, conforme autores, ano de publicação, país, objetivo, intervenção e resultados. Brasília, Brasil, 2016.

Autor/Ano/Origem	Objetivo	Intervenções realizadas/avaliadas	Resultados
Sorrentino, Patricia. EUA, 2016	Descrever qualidade da comunicação durante a passagem de plantão em um	FMEA (Análise do processo de falha e	A partir dos EA notificados, com uso do FMEA, identificou as falhas do processo de passagem de plantão que

	SHE.	efeitos)	contribuíram para a ocorrência do EA e possibilitou uma padronização de passagem de plantão.
Hesselink et al. AUSTRÁLIA,2016	Revisar sistematicamente as intervenções que visam à segurança dos pacientes no SHE.	Rastreamento e avaliação de EA; Cultura de Segurança do Paciente ; Indicadores de Segurança do Paciente ; Treinamento de habilidades; Auditoria em prontuário e in loco;	Sistemas de treinamento baseados em simulações e sistemas de relatórios de incidentes, com foco na redução do medo de relatar e feedback são intervenções promissoras para melhorar a segurança dos pacientes atendidos em SHE.
<u>Bellucci Júnior et al.</u> <u>BRASIL,2015</u>	Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco implantado em serviços de emergência brasileiros, sob a perspectiva de profissionais de enfermagem.	Acolhimento com Classificação de Risco.	ACCR promove efetivamente a priorização de atendimento dos casos graves.
<u>Okafor et al.</u> <u>EUA, 2015</u>	Descrever a implementação de um sistema de notificação de incidentes no SHE baseado na Internet.	Sistema online de notificação de incidentes.	A frequência de notificações de incidentes aumentou após a utilização de sistema informatizado e não punitivo.
Wong et al. EUA, 2015	Avaliar as atitudes da equipe do SHE em relação à agressão do paciente, por meio da implementação de treinamento.	Treinamento com simulação realística; Discussão de caso após a simulação.	Melhora da habilidade da equipe para identificar as situações de risco e intervir precocemente, aumentando a segurança do paciente.
Sakles et al. EUA, 2015	Comparar a incidência de intubação esofágica	Intubação com videolaringoscópio	A incidência de intubação esofágica foi de 5,1% com o uso de

	(EI) quando os residentes do SHE utilizavam um laringoscópio direto (DL) versus um video laringoscópio (VL) para tentativas de intubação.		DL e 1,0% com o uso de VL. Houve ocorrência significativa de EA (hipoxemia, aspiração, disritmia, hipotensão e parada cardíaca) nos pacientes que sofreram entubação esofágica, demonstrando que o uso de VL por residentes no SHE está associado a melhora da segurança do paciente.
Chamberlain et al. AUSTRÁLIA, 2015	Investigar a precisão e validade da Escala de Triagem Australiana(ATS) para identificar a deterioração do paciente com sepse grave.	Escala de triagem australiana.	A ATS foi uma ferramenta válida e eficiente para identificar na triagem os pacientes com sepse grave, porém não foi eficiente para garantir início da antibioticoterapia em menos de 1 hora a partir do diagnóstico.
Davies et al. INGLATERRA, 2014	Avaliar o efeito de um sistema de lacre sobre a provisão de equipamentos e insumos para reanimação cardiopulmonar	Uso do lacre no carrinho de parada	A implementação do lacre no carrinho de parada levou a uma melhoria sustentada na provisão de itens e equipamentos de ressuscitação.
Lecoane et al. FRANÇA,2014	Avaliar o funcionamento de um comitê para análise de incidentes em SHE.	Comitê para análise de incidentes	Após análise dos incidentes, o comitê pôde estabelecer ações de prevenção/correção no setor de emergência, promovendo a segurança do paciente no SHE.
Reznek et al. EUA,2014	Avaliar a eficácia de um processo de revisão por pares do SHE para a promoção de relatórios de incidentes.	Revisão dos incidentes por pares	A implementação de um processo de revisão pelos pares não punitivo que fornece feedback oportuno aumentou o relatório de incidentes.
Roulet et al. FRANÇA,2014	Descrever a implantação de um	Farmácia clínica no SHE	Aumento na segurança para administração das

	serviço de farmácia no SHE de um hospital terciário francês.		drogas prescritas.
Burström et al. SUÉCIA,2014	Descrever a cultura de segurança do paciente em dois SHE's de hospitais diferentes antes e depois de um projeto de melhoria da qualidade.	Cultura de segurança do paciente	Houve melhoria na avaliação de duas dimensões da cultura de segurança do paciente: o trabalho em equipe dentro do hospital e comunicação
Gonzalo et al. EUA,2014	Avaliar o impacto de um formulário eletrônico de transferência de pacientes do SHE para a enfermaria de internação.	Formulário eletrônico de transferência.	As taxas de eventos adversos notificados foram semelhantes antes e após a intervenção.
Rooney; Schilling . SUÉCIA, 2014	Discutir como exames laboratoriais beira-leitos podem ser usado para agilizar a assistência ao paciente e melhorar os resultados no SHE	Exame laboratorial beira-leito.	Reduz os atrasos no início do tratamento dos doentes críticos atendidos no SHE.
Fakih et al. EUA, 2014	Avaliar o efeito do uso de protocolo assistencial para reduzir a colocação desnecessária de cateteres urinários no SHE.	Protocolo assistencial	A implementação de diretrizes institucionais para a colocação de cateter urinário no SHE está associada com uma redução na colocação desnecessária de cateteres urinários.
McClelland, Heather. EUA,2013	Apresentar as ferramentas para garantia da segurança do paciente no SHE	Acolhimento com Classificação de Risco ; Lista de verificações; Uso de protocolos ; FMEA.	ACCR mostra-se parcialmente confiável pois não assegura o atendimento das emergências em tempo adequado. O uso das listas de verificações e protocolos garantem um cuidado padronizado e melhoram os resultados

			da assistência em saúde. O uso do FMEA proporciona identificação de falhas de comunicação e intervenções.
Pollack Jr. et al. EUA, 2012	Descrever em quais situações de agravos a saúde são necessárias a criação de protocolos clínicos a partir do SHE.	Protocolos clínicos	Espera-se alcançar uma assistência ao paciente de qualidade e segura.
Turner, Pamela. EUA, 2012	Descrever a implementação da estratégia de comunicação TeamSTEPPS (Estratégias de Equipe e Ferramentas para Melhorar o Desempenho e a segurança do paciente)	Passagem de plantão multidisciplinar pela manhã; Passagem de plantão estruturada ; Discussão do caso pela equipe (debrief) após atendimento de emergências.	Acredita-se que o uso da estratégia TeamSTEPPS contribuiu para melhorar a qualidade, porém não foi mensurada esta melhora.
Li et al. AUSTRÁLIA, 2012	Avaliar o impacto da implementação do prontuário eletrônico sobre a força de trabalho da enfermagem do SHE	Prontuário eletrônico.	O uso do prontuário eletrônico melhorou a qualidade da tomada de decisão diagnóstica e terapêutica , propiciou a integração dos dados no SHE e melhorou a comunicação entre os profissionais de saúde.
<u>Meginniss et al.</u> <u>EUA, 2012</u>	Descrever o uso da técnica de comunicação "pausa para verificar a segurança do paciente"	"Pausa para verificar a segurança do paciente"	Acredita ser uma ferramenta simples e eficaz para melhorar a comunicação entre os cuidadores que atuam no SHE.
<u>Martin, Marie.</u> <u>EUA, 2012</u>	Descrever a implementação do serviço de triagem rápida por enfermeiros em um SHE.	Triagem rápida	Houve melhora em 50% da satisfação do paciente Diminuição em 1hora no tempo de permanência no SHE Diminuição de 7% para 2,5% do nº de

			pacientes que foram embora sem atendimento
--	--	--	--

DISCUSSÃO

Evidenciou-se nesta RI que a maioria dos estudos foram publicados nos Estados Unidos da América – EUA (12; 56,8%), porém é um assunto de interesse mundial, haja vista que foram encontrados estudos em diversos países. No Brasil e na América Latina estudos que tratam sobre a temática são poucos (1; 4,8%) o que reforça a importância da presente RI para a região e desperta na comunidade científica a necessidade de investigar a utilização dessas estratégias no contexto dos serviços de saúde brasileiros.

Todos os estudos trouxeram a contextualização do SHE como local que atende pacientes acima de sua capacidade instalada, gerando superlotação do setor, e uma equipe assistencial sob forte pressão, o que pode implicar em possíveis incidentes ou eventos adversos⁽¹⁴⁻³⁴⁾. Interessante a constatação que mesmo sendo um assunto de abrangência mundial poucos foram os estudos que avaliaram uma intervenção propriamente dita, no formato antes e depois (6; 28,6%). A maioria da produção científica, incluída neste estudo de revisão, constituíram pesquisas descritivas (14; 66,6%). A pouca produção científica utilizando variáveis mensuráveis dificulta a demonstração de evidências sólidas para apoiar as intervenções de segurança do paciente em SHE⁽²⁷⁾.

As intervenções identificadas serão discutidas conforme as categorias que emergiram após análise dos artigos que compuseram este estudo de revisão.

Intervenções para comunicação

Para implementar uma cultura de segurança no SHE observa-se a estratégia *TeamSTEPPS* (Estratégias de Equipe e Ferramentas para Melhorar o Desempenho e

segurança do paciente) que enfatiza a importância do trabalho em equipe e efetiva comunicação. Esse sistema foi concebido para ser utilizado no sistema de saúde americano e foi desenvolvido pelo Departamento de Defesa. É destinado a aumentar a colaboração dos membros da equipe de saúde para melhorar a comunicação. Utiliza como ferramentas para melhoria da segurança no SHE a passagem de plantão multidisciplinar pela manhã, passagem de plantão estruturada em todos os turnos de trabalho e ainda a discussão do caso pela equipe (*debrief*) após atendimento de emergências⁽²³⁾.

Outros estudos também enfatizaram a importância do trabalho em equipe e da comunicação para prevenção de eventos adversos, destacaram a importância da implementação de um sistema de comunicação de eventos adversos, não punitivo, e que traga um feedback ao membro da equipe que fez a notificação do EA^(27,32).

Constatou-se a utilização da expressão "pausa para verificar a segurança do paciente" durante as situações em que algum membro da equipe perceba que a segurança do paciente possa estar ameaçada no SHE, destacando-se que a pausa deve durar um minuto e todas as medidas de suporte à vida devem ser mantidas neste período⁽²⁵⁾. O uso de um formulário eletrônico padrão para transferência intra-hospitalar a partir do SHE também foi identificado, porém a análise dessa ferramenta de comunicação demonstrou que não houve a redução do número de ocorrência de EA⁽³³⁾.

Os achados que versam sobre as intervenções que melhoram a comunicação revelaram a importância da notificação de eventos adversos, seja por meio eletrônico, seja físico, a fim de se proceder a análise das causas contribuintes para o evento em questão e, assim, implementar medidas que visem mitigar esses fatores^(14,16,18,19,21,27). Destaque importante tem a ferramenta FMEA (Processo de falha e análise de efeitos) como um método proativo para avaliar os riscos de falha e danos ocasionados pelos processos em saúde e propor ações que melhorem a comunicação no SHE^(14,21).

O uso do prontuário eletrônico é um facilitador para o processo de tomada de decisão clínica, pois permite acesso em tempo real a todos os dados referentes ao paciente que está sendo atendido em um SHE⁽²⁴⁾. Constitui importante ferramenta de gestão do SHE, uma vez que possibilita monitorar os tempos de atendimento, produtividade da equipe multiprofissional e realizar auditorias quanto ao uso adequado dos protocolos institucionais.

Realizar uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde que atuam em um SHE é um grande desafio para se atingir a qualidade do cuidado em saúde. É um local em que atuam diversas equipes assistenciais, por vezes hierarquizadas, e com grande carga de trabalho, assim, o desenvolvimento de estratégias para uma comunicação que leve a maior segurança do paciente em SHE deve estar sistematizado, dessa forma evitando-se as falhas de comunicação.

Intervenções educativas/uso de protocolos

Dentre os estudos analisados, outras intervenções para melhoria da segurança no SHE relatadas foram a instituição de treinamentos com a equipe e a utilização de protocolos clínico-assistenciais^(21,22,27,28,34). Para um tratamento consistente é necessário que as práticas assistenciais estejam baseadas em evidências e utilizem uma abordagem multidisciplinar a fim de se garantir um cuidado padronizado⁽²²⁾. No SHE é iniciada a terapêutica do paciente, a qual irá continuar nas outras unidades de internação do hospital, tornando imprescindível que já neste setor o tratamento do paciente seja iniciado em tempo hábil e utilizando o melhor conhecimento disponível, o qual materializa-se em protocolos assistenciais.

Quando abordam-se as práticas educativas utilizadas no setor saúde, desponta a técnica da simulação realística, prática que proporciona um local realista, mas seguro, para abordar questões relacionadas com as mais variadas práticas assistenciais. Importante destacar que a educação baseada em simulação pode tanto influenciar as atitudes dos participantes quanto incentivar o trabalho em equipa devido à sua capacidade inerente de promover o

diálogo durante e mesmo após o treinamento. Estudo americano evidenciou que ao implementar um treinamento, utilizando dois cenários realistas, a fim de simular situações de agressão dos pacientes do SHE, houve melhora mensurada da habilidade da equipe para identificar as situações de risco e intervir precocemente, aumentando a segurança do paciente⁽²⁸⁾.

Entre as atividades educativas que visam à segurança do paciente em SHE o uso da simulação realística tem ganhado destaque, pois permite uma maior adequação entre os membros da equipe multiprofissional aos protocolos assistenciais vigentes na instituição o que contribui com a qualidade do cuidado.

Intervenções assistenciais

Esta avaliação revelou que existem diversas intervenções assistenciais utilizadas no SHE com o objetivo de proporcionar um cuidado seguro: farmácia clínica, uso do lacre no carrinho de parada cardíaca, videolaringoscópio para realização de intubação oro-traqueal, resultados de exames beira-leito e a classificação de risco^(15,17,20,21,26,29,30,31).

O uso da estratégia de farmácia clínica no SHE diminui o tempo necessário para iniciar a terapêutica medicamentosa prescrita. Observa-se que a presença do farmacêutico possibilita maior segurança na prescrição e dispensação de medicamentos, além de atuar na conciliação medicamentosa e orientações do paciente para a alta hospitalar, fato que contribui para diminuir as reinternações por uso incorreto dos medicamentos⁽²⁰⁾.

O carrinho de parada cardíaca em um SHE é um equipamento que pode definir o fracasso ou o sucesso da reanimação cardiorrespiratória. Na ausência de qualquer insumo ou material necessário ao atendimento da situação de emergência, a segurança do paciente encontra-se ameaçada. Estudo inglês avaliou o efeito de um sistema de lacre numerado, o qual era instalado após conferência dos insumos e equipamentos e que após ser rompido durante o atendimento da parada cardiorespiratória era substituído (após nova conferência de insumos e

materiais), comparando o material contido no interior do carrinho com a lista padronizada e verificou que a implementação do lacre no carrinho de parada levou a uma melhoria sustentada na provisão de itens e equipamentos de reanimação cardiopulmonar⁽¹⁷⁾.

O manejo adequado da via aérea durante o atendimento de emergência constitui-se em grande desafio para toda a equipe de saúde. A intubação esofágica (IE) durante situação de risco de morte está associada a uma série de complicações graves, incluindo hipoxemia, aspiração, disritmias e parada cardiorespiratória⁽²⁹⁾. Pesquisa conduzida por 6 anos em SHE americano avaliou a ocorrência de IE realizada por médicos residentes como consequência de uma tentativa de intubação com uso de laringoscopia direta ou videolaringoscopia, com n de 3.425 intubações, sendo 1530 intubações(44,7%) por laringoscopia direta e 1895(55,3%) por videolaringoscopia . A ocorrência de IE nas intubações por laringoscopia direta foi de 5,1%, quando utilizou-se a videolaringoscopia a ocorrência de IE foi de 1,0%, demonstrando a superioridade do uso de videolaringoscópio para o treinamento de residentes médicos e consequente diminuição de ocorrência de eventos adversos decorrentes da intubação esofágica⁽²⁹⁾.

A melhoria nas taxas de sobrevivência no SHE está diretamente relacionada ao diagnóstico e intervenção precoce. Logo, a liberação rápida dos resultados de exames, a beira-leito, diminui o atraso para início do tratamento. A disponibilização rápida de resultado de exames torna-se especialmente importante no atendimento às síndromes coronarianas agudas, tromboembolismo venoso, sepse grave e acidente vascular encefálico, condições agudas em que o início do tratamento de forma rápida proporciona melhores resultados, aumenta as taxas de alta hospitalar e diminui a duração total da internação hospitalar⁽³⁰⁾.

A classificação de risco, também referenciada como triagem, foi a intervenção assistencial mais prevalente dentre os estudos que foram selecionados para esta RI^(15,21,26,31). O que corrobora estudos brasileiros que definem a classificação de risco como responsável

por melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento hospitalar em serviços de urgência e emergência e influenciar na qualidade do SHE^(6,15). A classificação de risco é um processo de tomada de decisão que deve utilizar um protocolo dos vários existentes no mundo, sendo os protocolos de classificação de risco mais utilizados internacionalmente: *Australian Triage Scale*, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, *Manchester Triage Scale* e *Emergency Severity Index*. De modo geral, esses protocolos têm por meta diminuir o tempo de espera do paciente no serviço hospitalar de emergência, por meio da priorização do atendimento aos casos de maior gravidade⁽¹⁵⁾. Ressalte-se que a classificação de risco por si só não garante melhoria da gestão da qualidade em SHE, é necessário que os fluxos internos e os processos de trabalho também sejam revistos para adaptarem-se a esta tecnologia leve de gestão.

Em relação a esta categoria, observa-se que as intervenções assistenciais aqui expostas referem-se às mudanças no processo de trabalho que refletem uma tomada de decisão dos gerentes e prestadores de serviço dos SHE em utilizar ferramentas novas para modificar o processo de trabalho das unidades emergenciais em busca da segurança do paciente e conseqüentemente uma maior qualidade assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou como principais intervenções a serem implementadas em SHE visando à segurança do paciente: padronização da comunicação na passagem de plantão, *debrief*, notificação e discussão de eventos adversos, ressaltando-se o uso da estratégia FMEA; utilização de prontuário eletrônico; utilização de protocolos assistenciais, que exige treinamento para sua efetiva utilização, destacando-se a simulação realística como estratégia eficaz de treinamento; também surgiu forte evidência sobre treinamento de residente médico na intubação oro-traqueal com o uso de videolaringoscópio para se evitar a intubação

esofágica e consequente riscos de eventos adversos; resultados de exames a beira-leito; lacre no carrinho de parada; farmácia clínica; classificação de risco.

Importante destacar que na categoria **Intervenções para comunicação** no SHE não foram observados estudos que versem sobre a temática da comunicação paciente profissional de saúde, restando assim uma lacuna a ser esclarecida por pesquisas futuras. Haveria formas de sistematizar essa comunicação no SHE, de forma a contribuir com a segurança do paciente que procura este serviço?

Esta revisão integrativa contribui com a divulgação junto aos profissionais de saúde que atuam em SHE sobre as melhores práticas conhecidas para se realizar uma assistência profissional segura. O cuidado seguro é um direito básico para qualquer paciente e cabe aos prestadores de serviços de saúde garantir que este direito seja protegido.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
2. Martins Monica. Qualidade do cuidado em saúde. In: SOUZA, Paulo (org). Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. 2014. p. 25-38.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013 .
4. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Press Academy; 1999.
5. Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. Revista Gaúcha Enfermagem. 2011 dez; 32(4):695-702.
6. Bellucci Junior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha Enfermagem. 2011 dez; 32(4): 797-806,
7. Graboys V, Bittencourt, R. Superlotação dos serviços de emergência. In: SOUZA, Paulo (org). Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. 2014. p. 295-314.

8. Blair L, Bigham, Jason E, Buick, Steven C, Brooks, Merideth Morrison, Kaveh G, Shojania, and Laurie J. Morrison Patient Safety in Emergency Medical Services: A Systematic Review of the Literature. *Pre hospital Emergency Care*. 2012 ; 6(1).
9. Daud-Gallotti R, Novaes HMD, Lorenzi MC, Eluf-Neto J, Okamura MN, Velasco IT. Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital. *European Journal of Emergency Medicine*. 2005 April, 12 (2): 63-71.
10. Sommella L, Waure C, Ferriero AM, Biasco A, Mainelli MT, Pinnarelli L, Ricciardi W. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res* . 2014; 14(358).
11. Travassos C, Mendes W, Martins M, Rozenfeld S. Avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21(4): 279-284.
12. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014 apr; 48(2): 335-345.
13. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
14. Sorrentino, Patricia. Use of Failure Mode and Effects Analysis to Improve Emergency Department Handoff Processes. *Clin Nurse Spec*. 2016 Jan-Feb; 30(1): 28-37.
15. Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação da qualidade da classificação de risco nos serviços de emergência / Evaluation of quality of risk classification in emergency services. *Acta paul. enferm*. 2015 jul; 28(5): 420-425,
16. Okafor NG, Doshi PB, Miller SK, McCarthy JJ, Hoot NR, Darger BF et al. Voluntary Medical Incident Reporting Tool to Improve Physician Reporting of Medical Errors in an Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2015 Dec;16(7): 1073-8.
17. Davies M, Couper K, Bradley J, Baker A, Husselbee N, Woolley S, et al. A simple solution for improving reliability of cardiac arrest equipment provision in hospital. *Resuscitation*. 2014 Nov; 85(11): 1523-6.
18. Lecoanet André, Sellier Elodie, Carpentier Françoise, Maignan Maxime, Seigneurin Arnaud, François Patrice. Experience feedback committee in emergency medicine: a tool for security management. *Emerg Med J*. 2014 Nov; 31(11): 894-8.
19. Reznek MA, Barton BA. Improved incident reporting following the implementation of a standardized emergency department peer review process. *Int J Qual Health Care*. 2014 Jun ; 26(3): 278-86.
20. Roulet Lucien, Asseray Nathalie, Ballereau Françoise. Establishing a pharmacy presence in the emergency department: opportunities and challenges in the French setting. *Int J Clin Pharm*. 2014 Jun; 36(3): 471-5.

21. McClelland Heather. Right care, every time -- reliability in the ED. *Int Emerg Nurs*. 2013 Jul. 21(3): 155-6.
22. Pollack CV, Amin A, Talan DA. Emergency medicine and hospital medicine: a call for collaboration. *J Emerg Med*; 2012 Aug 43(2): 328-34.
23. Turner Pamela. Implementation of TeamSTEPPS in the emergency department. *Crit Care Nurs Q*. 2012 Jul-Sep; 35(3): 208-12.
24. Li Julie, Westbrook Johanna, Callen Joanne, Georgiou Andrew. The role of ICT in supporting disruptive innovation: a multi-site qualitative study of nurse practitioners in emergency departments. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012; 12: 27.
25. Damian Frances, Falvo Francine, Meginniss Anne. Time out for patient safety. *J Emerg Nurs*. 2012 Jan; 38(1): 51-3.
26. Martin Marie. A pivot nurse at triage. *J Emerg Nurs*. 2012 Jan. 38(1): 104-5.
27. Hesselink G, Berben S, Beune T, Schoonhoven L. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. *BMJ Open*. 2016 Jan ; 6(1).
28. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med*. 2015 Nov;16(6):859-65.
29. Sakles JC, Javedani PP, Chase E, Garst-Orozco J, Guillen-Rodriguez JM, Stolz U The use of a video laryngoscope by emergency medicine residents is associated with a reduction in esophageal intubations in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2015 Jun;22(6):700-7.
30. Rooney KD, Schilling UM. Point-of-care testing in the overcrowded emergency department--can it make a difference? *Crit Care*. 2014 Dec 8;18(6):692.
31. Chamberlain DJ, Willis E, Clark R, Brideson G. Identification of the severe sepsis patient at triage: a prospective analysis of the Australasian Triage Scale. *Emerg Med J*. 2015 Sep;32(9):690-7.
32. Burström L, Letterstå A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2014 jul; 14:296.
33. Gonzalo JD, Yang JJ, Stuckey HL, Fischer CM, Sanchez LD, Herzig SJ . Patient care transitions from the emergency department to the medicine ward: evaluation of a standardized electronic signout tool. *Int J Qual Health Care*. 2014 Aug;26(4):337-47.
34. Fakhri MG, Heavens M, Grotemeyer J, Szpunar SM, Groves C, Hendrich A. Ann. Avoiding potential harm by improving appropriateness of urinary catheter use in 18 emergency departments. *Emerg Med*. 2014 Jun; 63(6):761-8.e1.

