

O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL E A SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA PRÁTICA SEGURA

The pre-hospital care and the patient safety: contributions to the safe practice

La atención prehospitalaria y la seguridad del paciente: contribuciones para práctica segura

Eric Rosa Pereira¹, Priscilla Valladares Broca², Ronilson Gonçalves Rocha³, Thamires Vieira Máximo⁴, Alexandre Barbosa de Oliveira⁵, Graciele Oroski Paes⁶

Como citar este artigo:

Pereira ER, Broca PV, Rocha RG, Máximo TV, Oliveira AB, Paes GO. O atendimento pré-hospitalar móvel e a segurança do paciente: contribuições para prática segura. 2021 jan/dez; 13:234-240. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8251>.

RESUMO

Objetivo: Identificar, por meio de bases de dados, as principais evidências científicas e estratégias voltadas para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa nas bases de dados da *Lilacs* e *Medline* via *PubMed*, *CINAHL* e *Web of Science* que com recorte temporal entre 2013 a 2017. **Resultados:** Captou-se 650 artigos, após critérios de elegibilidade, foram obtidos 15 para análise. Emergiram-se duas categorias de evidências como resultados: a influência do treinamento como garantia de registro e continuidade dos cuidados com segurança ao paciente; a garantia da segurança do paciente baseada na *expertise* da equipe de atendimento pré-hospitalar. **Conclusão:** Espera-se ampliar as discussões sobre a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar. Assim, possa-se lançar meios de garantir um cuidado livre de danos aqueles que necessitam de cuidados em saúde extra-hospitalar.

Descritores: Segurança do paciente; Serviços médicos de emergência; Ambulâncias.

ABSTRACT

Objective: To identify, through databases, the main scientific evidence and strategies aimed at patient safety in prehospital care. **Methods:** This is an integrative review of the *Lilacs* and *Medline* databases via *PubMed*, *CINAHL* and *Web of Science*, with a temporal cut between 2013 to 2017. **Results:** A total of 650 articles were obtained, after eligibility criteria, 15 for analysis. Two categories of evidence emerged

- 1 Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor na Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário UniAbeu e da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.
- 2 Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 3 Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem Fundamental da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Membro do Comitê Científico do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino.
- 4 Graduanda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 5 Pós-doutorado pela Faculdade de Enfermagem Alfredo Pinto/Unirio. Professor do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro
- 6 Pós-doutorado pela Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla - España. Professora do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

as results: the influence of training as a guarantee of registration and continuity of care with patient safety; ensuring patient safety based on the expertise of the prehospital care team. **Conclusion:** It is hoped to broaden discussions on patient safety in prehospital care. Thus, means of guaranteeing a care free of damages can be introduced those who need extra-hospital health care.

Descriptors: Patient safety; Emergency medical services; Ambulances.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, por medio de bases de datos, las principales evidencias científicas y estrategias dirigidas a la seguridad del paciente en la atención prehospitalaria. **Método:** Se trata de una revisión integrativa en las bases de datos de *Lilacs y Medline* vía *PubMed, CINAHL y Web of Science* que con recorte temporal entre 2013 a 2017. **Resultados:** Se captó 650 artículos, después de criterios de elegibilidad, fueron obtenidos 15 para análisis. Se surgieron dos categorías de evidencias como resultados: la influencia del entrenamiento como garantía de registro y continuidad de los cuidados con seguridad al paciente; la garantía de la seguridad del paciente basada en la experiencia del equipo de atención prehospitalaria. **Conclusión:** Se espera ampliar las discusiones sobre la seguridad del paciente en la atención prehospitalaria. Así, se pueda lanzar medios de garantizar un cuidado libre de daños a aquellos que necesitan cuidados en salud extrahospitalaria.

Descriptor: Seguridad del paciente; Servicios médicos de emergencia; Ambulancias.

INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos de transportes em ambulâncias vêm do período das grandes guerras, durante o século XVIII, conhecido como período napoleônico. Neste período, os soldados eram transportados em carroças com tração animal, conhecidas como ambulâncias voadoras, para serem atendidos em locais fora da zona de guerra por médicos e cirurgiões.¹ A preocupação estava em retirar a vítima da zona de confronto o mais rápido possível e levá-la até o hospital de campanha para realização do tratamento adequado.

O socorro sistematizado emergencial prestado às vítimas de situações críticas teve suas bases alicerçadas durante a guerra civil americana, onde muitas vidas eram perdidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato.² Dessa forma, identificou-se a necessidade de tomar providências para agilizar o atendimento às vítimas ainda no campo de batalha.

No Brasil, somente no ano de 2002, o Ministério da Saúde publicou uma portaria de número 2048/02 que em seu artigo 1º aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.³ Como forma de organizar o serviço de atendimento pré-hospitalar, foram publicadas as portarias de número 1863 e 1864, assinadas em 18 de Setembro de 2003.

Foi a partir destas publicações que se instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) que preconiza a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) em todas as unidades federativas, respeitadas as competências das três esferas da administração pública.⁴

Considera-se, portanto, no atendimento pré-hospitalar brasileiro, como um marco tal política, pois a partir desta portaria e decretos houve uma reorganização de todo o sistema nas entidades federativas. A sua função é transportar

as vítimas de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica, traumática ou psiquiátrica a um serviço do Sistema Único de Saúde de referência para tratamento definitivo.⁵

O atendimento pré-hospitalar (APH) possui características que o diferenciam conceitualmente daquele prestado no sistema hospitalar, uma vez que a principal função desse cuidado é estabilizar a vítima para encaminhá-la para uma assistência mais complexa e específica de acordo com o seu quadro clínico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, despertando nos países membros, incluindo o Brasil, o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente.⁶

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criou em 2005 a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir a cooperação e o intercâmbio de informações entre os países e a necessidade de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas.⁷

De acordo com a OMS a segurança do paciente é classificada como a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.⁸ Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.⁶

Destaca-se que esse tema não é novo, pois de acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos da América no ano 2000 o índice elevado de mortes decorrentes de erros na assistência em ambiente hospitalar, onde o número de casos ultrapassa ao de doenças como AIDS e Câncer, já alertava para a extensão do problema, merecendo atenção especial.⁹ Outro estudo realizado no mesmo país identificou que, mesmo utilizando uma ambulância do tipo UTI móvel, houve 12,5% de eventos adversos causados por falhas técnicas.¹⁰

Preocupado com a segurança do paciente, o Ministério da Saúde brasileiro lançou em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM nº.529 de 1 de abril de 2013, a fim de atender, entre outros, à demanda de prevenção de evento adverso em serviços de saúde.¹¹ Vale destacar, que trata-se de um Programa voltado para ações em instituições hospitalares.

Um estudo canadense demonstrou que a maioria dos erros (78%) deu-se devido a fatores humanos, evidenciando a necessidade de implementar treinamento específico sobre protocolos de atendimento pré-hospitalar.¹² Um curso específico sobre habilidades de comunicação e relacionamentos para a equipe do serviço médico de emergência foi executado para tentar superar essas lacunas educacionais vivenciadas pelos profissionais do APH.

Deve-se então criar estratégias para um cuidado seguro e próximo do ideal no que tange a segurança do paciente, o que justifica uma pesquisa que busca as evidências científicas sobre o assunto para melhor pensar e fazer uma assistência segura neste tipo de atendimento. Assim sendo, a pesquisa tem como objetivo: identificar, por meio das bases de dados,

as principais evidências científicas e estratégias voltadas para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura em que foram seguidas as seguintes etapas para o seu desenvolvimento: etapa 1 – identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; etapa 2 – estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, descrição da metodologia da revisão e base de dados; etapa 3 – categorização dos estudos; etapa 4 – avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; etapa 5 – interpretação dos resultados; etapa 6 – apresentação da revisão e síntese do conhecimento.¹³

A Busca foi realizada em janeiro de 2018 nas Bases de dados *Lilacs*, *Medline* via *PubMed*, *CINAHL* e *Web of Science* e utilizou-se os seguintes descritores associados, na versão em língua portuguesa e inglesa: segurança do paciente/*patient safety*, serviços médicos de emergência/*emergency Medical Services*, ambulâncias/*ambulances*, e dano ao paciente/*patient harm*. As seguintes combinações dos descritores foram realizadas: [segurança do paciente AND serviços médicos de emergência], [segurança do paciente AND ambulâncias], [serviços médicos de emergência AND

dano ao paciente], [ambulâncias AND dano ao paciente] e [segurança do paciente AND danos ao paciente AND ambulâncias AND serviços médicos de emergência].

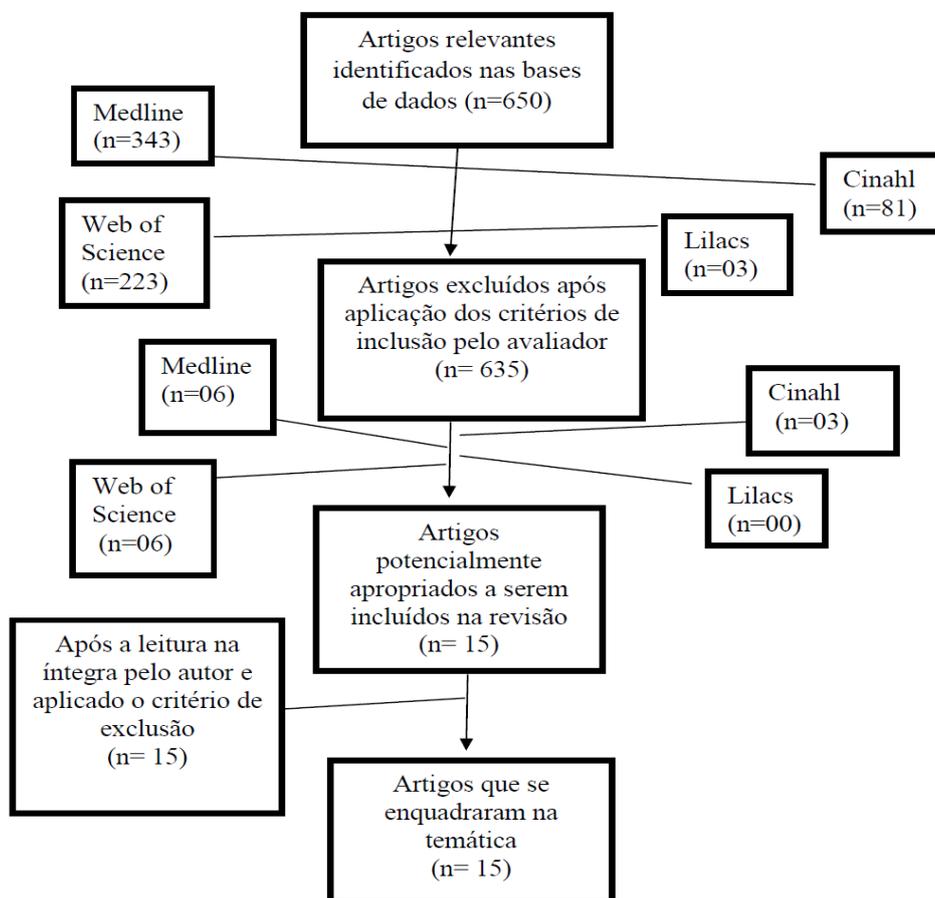
Como questão de pesquisa teve-se: como deve ser estabelecido o cuidado prestado pela equipe de atendimento pré-hospitalar de forma a garantir a segurança do paciente? Adotou-se a estratégia PICO para realizar a presente questão, onde a população é a equipe de saúde, a segurança do paciente como fenômeno de interesse e o atendimento pré-hospitalar como contexto.

Os critérios de elegibilidade foram: os textos disponíveis completos e na íntegra; envolver seres humanos e terem sido publicados entre os anos de 2013 a 2017, de maneira que se captassem os artigos mais atuais. Foram critérios de exclusão: artigos terem como tema central a pediatria e saúde do trabalhador e estarem duplicados.

RESULTADOS

Foram captados 650 artigos e selecionados 15 após leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de elegibilidade. Após a leitura na íntegra pela equipe de pesquisa, considerando-se os critérios de exclusão, manteve-se o total de 15 artigos selecionados para uma análise qualitativa.

Figura 1 - Desenho do estudo - fluxograma do passo a passo da coleta dos dados de acordo com o PRISMA.



Fonte: produção dos autores, 2018.

Após a leitura de cada artigo por completo, realizou-se uma estratificação cujo objetivo foi a identificação do título, ano, país, periódico, método utilizado e os principais resultados apresentados. Essas informações foram descritas em um quadro sinóptico para melhor visualização e compreensão das informações pelos autores. Com a realização do fichamento de cada artigo, com o intuito de identificar o perfil dos estudos, foi possível montar uma análise estatística simples a partir dos dados de ano de publicação, revista de publicação, tipo de pesquisa e país de origem. Tais informações estão presentes na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos estudos encontrados

	F	F%
Ano		
2013	2	13,3
2014	3	19,9
2015	4	26,6
2016	3	19,8
2017	3	19,8
Revista		
American Journal of Emergency Medicine	2	13,3
Journal of Health Services Research e Policy	2	13,3
Scandinavian Journal of Trauma	2	13,3
Health Services Research	1	6,6
Canadian Journal of Emergency Medicine	1	6,6
Simulation: Transactions of the Society for Modeling and Simulation International	1	6,6
Medical Informatics and Decision Making	1	6,6
BMC Medical Education	1	6,6
American Journal of Infection Control	1	6,6
American College of Emergency Physicians	1	6,6
Emergency Nurse	1	6,6
BMC Medical Research Methodology	1	6,6
Tipo de pesquisa		
Qualitativa	9	59,9
Quantitativa	4	26,6
Misto	2	13,3
País		
Suécia	4	26,6
Inglaterra	2	13,3
Canadá	2	13,3
Alemanha	2	13,3
Noruega	1	6,6
Austrália	1	6,6
China	1	6,6
Itália	1	6,6
Estados Unidos da América	1	6,6
Total	15	100

Ao desenvolver a análise dos artigos selecionados que satisfizeram os critérios de inclusão/exclusão verificou-se que o número de publicações, segundo o ano, apresentou a seguinte ordem: ano de 2015 contemplou quatro artigos (26,6%); os anos 2014, 2016 e 2017 contemplaram cada um três publicações (19,9%) e o ano 2013 contemplou outros dois artigos (13,3%).

Os periódicos em que se verificou mais publicações foram respectivamente: *American Journal of Emergency Medicine*; *Journal of Health Services Research e Policy*; *Scandinavian Journal of Trauma*, cada um com dois artigos publicados. Os demais periódicos apresentaram um artigo publicado, sendo eles: *Health Services Research*; *Canadian Journal of Emergency Medicine*; *Simulation: Transactions of the Society for Modeling and Simulation International*; *Medical Informatics and Decision Making*; *BMC Medical Education*; *American Journal of Infection Control*; *American College of Emergency Physicians*; *Emergency Nurse* e *BMC Medical Research Methodology*.

Ao analisar a origem da publicação, isto é, qual o país de publicação verificou-se que a Suécia apresentou quatro (26,6%) artigos publicados, seguida pela Inglaterra, Canadá e Alemanha com dois (13,3%) cada e; com apenas um artigo (6,6%) a Noruega, Austrália, China, Itália e os Estados Unidos da América.

Após a análise qualitativa dos artigos emergiram duas categorias de evidências: os recursos humanos e materiais como influenciadores de um cuidado seguro e; o treinamento e a atualização da equipe de atendimento pré-hospitalar como facilitadores da segurança do paciente.

DISCUSSÃO

O paciente em transporte, isto é, o deslocamento do paciente do local em que se identificou a necessidade de socorro, até a sua chegada ao hospital; está exposto a inúmeras complicações como a piora do seu quadro clínico.

Um grande estudo no Canadá avaliou 5.144 transportes de cuidados intensivos em ambulâncias terrestres e, desses, 2.065 (40,1%) necessitaram de ventilação mecânica; 1.886 (36,7%) foram emergências cardiológicas e 382 (7,4%) de atendimento a vítimas de trauma¹⁴, ou seja, faz-se importante que a equipe de atendimento pré-hospitalar tenha conhecimentos sobre manuseio do ventilador mecânico e quanto aos protocolos de cardiologia e trauma vigentes.

A tomada de decisão da equipe do atendimento pré-hospitalar impacta diretamente na segurança do paciente, pois, às vezes, frente a pacientes críticos decidir o que fazer com o que se tem, pode não ser o suficiente e, além disso, tem o contexto em que o atendimento é realizado, que pode ser não seguro.¹⁵ Tais decisões também podem ser influenciada pelos aspectos e características do sistema de saúde e da hierarquia que precisa ser seguida, isto é, por mais que a equipe saiba que aquele determinado hospital não apresenta o suporte adequado para o atendimento, o transporte precisa seguir para lá, devido a questões burocráticas.¹⁶

Os fatores de demanda de atendimento, regime de desempenho e prioridades, opções de tratamentos específicos e adequados, risco de agravamento do paciente durante o transporte, formação e treinamento da equipe, falhas na comunicação entre os tripulantes e recursos deficientes das ambulâncias, como recursos humanos, condições dos veículos e dos seus equipamentos; são achados que adicionam riscos à segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar.¹⁷

A decisão de não transportar, ou seja, de fazer o atendimento na cena e liberar o paciente, pode ser considerado como um comportamento de risco da equipe de atendimento. Tal decisão, onde o não transporte pode ser uma opção no atendimento, precisa estar diretamente relacionada com uma equipe coesa, coerente, bem treinada e atualizada, pois há um desenvolvimento de suas habilidades, potencialidade da competência e a autoconfiança da equipe de saúde para lidar com decisões complexas e garantir uma assistência segura.¹⁸

Há também a tensão entre as demandas do serviço e a disponibilidade de recursos humanos e materiais que são causadores de estresse para a equipe, como por exemplo, a falta de uma ambulância específica a um determinado tipo de vítima, os obesos mórbidos. E em alguns casos, essa dificuldade está relacionada a itens básicos para uma assistência, como o termômetro, não sendo possível verificar ao menos a temperatura exata do paciente.¹⁷

A falta de cumprimento das diretrizes de atendimento pré-hospitalar em países como a Suécia, por exemplo, é alta, configurando-se assim um risco para a segurança do paciente.¹⁹ Desse modo, é importante investir em um raciocínio clínico e crítico da equipe e discutir como melhor tomar uma decisão no atendimento pré-hospitalar, nos seus diferentes contextos, para que não haja consequências e danos potenciais para com o paciente.

Vale ressaltar que não é somente a aplicação dos protocolos que garantem as melhores tomadas de decisões e a assistência mais segura para o paciente, mas também aceitar e reconhecer que o cuidar em enfermagem não representa apenas a intervenção para uma reação do organismo, como na concepção biologicista, e sim, identificar também o emocional e psicológico que podem influenciar nas respostas dadas a equipe.

Nesse sentido, o foco principal do cuidado de enfermagem de emergência vai além das questões de ordem técnica, uma vez que a técnica pela técnica não garante a recuperação do corpo em desequilíbrio, devendo prevalecer a visão do homem em sua totalidade, conforme nos apresenta o paradigma holístico não podendo existir uma dissociação entre o saber técnico e o saber voltado para as emoções humanas, o que no mínimo pode garantir uma atenção integral e contempladora dos aspectos bio-psico-espirituais do ser humano.¹⁹

A comunicação entre o serviço médico de emergência pré-hospitalar e a emergência intra-hospitalar também foi verificada como ponto importante na segurança do paciente em APH. Ela deve conter relatos detalhados e com uma "linguagem comum" para evitar erros e manter a eficácia do atendimento ao paciente com base em prioridade de tratamento.²⁰

Os treinamentos com programas padronizados como o *PreHospital Trauma Life Support* (PHTLS) estão cada vez mais integrados na preparação e educação adequada da equipe do serviço de emergências pré-hospitalares.²¹ O treinamento baseado nesse protocolo instrui a equipe a ter um atendimento primário à vítima de trauma que garanta que outras medidas terapêuticas sejam avaliadas posteriormente; a manter uma segurança para funcionários e pacientes e uma comunicação

em equipe com instruções claras e esclarecimento precoce para o hospital receptor, entre outros.²⁰

A qualidade do registro de atendimento, com dados e história clínica do paciente tem grande relevância para a manutenção da segurança do paciente. Deve-se ressaltar que a escrita é uma forma de comunicação e deve ser padronizada nos serviços de saúde a fim de garantir que as informações relacionadas ao paciente estejam registradas e, assim, permita a realização de consultas pela equipe que o assiste.²²

Para verificar o efeito do treinamento paramétrico no atendimento pré-hospitalar no trauma, demonstrou que a capacitação com o PHTLS melhora a qualidade da documentação neste tipo de assistência.²² O estudo verificou que os alunos certificados pelo curso utilizaram partes do treinamento na vida real, como a documentação do atendimento, por exemplo, sugerindo assim, que os métodos de aprendizagem do treinamento PHTLS sejam efetivos no que diz respeito ao registro de atendimento.

Utilizando o PHTLS como treinamento padrão pode ser possível alcançar mudanças significativas no registro do paciente no que refere a alergia, medicação e história clínica, onde a pontuação, relacionada a esses três itens, indicou um aumento significativo de 37,7% após os cursos do PHTLS e; os itens de documentação individual também aumentaram 27,8% para o histórico do paciente, 38,1% para medicação e 47,2% em alergia notável.²⁴ Neste sentido, realizar um treinamento baseado no PHTLS pode influenciar a equipe a registrar com mais qualidade o que se é feito e o quadro clínico do paciente.

A perda de informações médicas relevantes, como por exemplo, durante as transferências, é um problema conhecido que diz respeito não apenas a documentação, mas também as transferências verbais.²³ O que pode afetar dados precisos a respeito do exame físico, antecedentes médicos e a cinemática do acidente.

Uma análise de erro baseada em vídeo e documentação por médicos, após a simulação, mostrou que faltavam 20% das informações e que 22% da informação documentada estava incorreta.²³ Fato este que pode acarretar a descontinuidade da assistência prestada, visto que há perda significativa de informações sobre o estado de saúde do paciente, aumentando assim os riscos a um atendimento apropriado.

Treinamentos ou tutoriais sobre documentação melhoram a qualidade da documentação de 12,5% para 51%, porém muitas vezes a quantidade de informações em uma determinada situação de emergência pode causar uma sobrecarga de mensagens, porque a informação não é adequadamente priorizada e categorizada.²⁴ Com isso, há perdas de informação ou as mesmas são subjulgadas como importantes para o desfecho da saúde do paciente.

Um estudo avaliou dados de 740 ocorrências de ambulâncias, que seguiu o passo a passo de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados de emergência pré-hospitalares no quesito registro do atendimento, e foi possível identificar que informações muito relevantes, como doenças pré-existent (74,3%), medicação (68,0%) alergias (27,7%)

e medidas de diagnóstico como saturação de oxigênio (98,1%) e ausculta (19,9%) foram documentados pela equipe.²⁵

As paradas cardiorrespiratórias registradas de forma correta representam a “pedra angular” no atendimento de emergência pré-hospitalar, uma vez que são de grande importância para compartilhar as informações para os profissionais que irão estabelecer os cuidados após a internação hospitalar, ou seja, no tratamento definitivo para com o paciente.

As descobertas atuais indicam a necessidade de procedimentos, treinamentos e melhores ferramentas para a documentação do serviço médico de emergência²⁵. Sendo assim, as listas de verificação podem funcionar como ferramentas de melhoria da documentação referente ao cuidado prestado para que se haja uma boa documentação do atendimento ao paciente.

Neste sentido, o que se tem verificado na literatura, em relação ao cuidado de enfermagem em situações de emergência, em que há a necessidade de um atendimento pré-hospitalar com transporte, são poucas as pesquisas nesta área de atuação, principalmente aquelas desenvolvidas por enfermeiros, o que tem dificultado uma abordagem mais teórica acerca desse tema.¹⁹

CONCLUSÃO

Onde houver a necessidade de cuidados à saúde, a segurança do paciente precisa estar presente, assim, no ambiente pré-hospitalar, o profissional da saúde necessita lançar mão de todos os meios para mantê-la e garanti-la. A comunicação escrita efetiva pode ser um elemento chave na manutenção da segurança do paciente, pois através dela é possível utilizar dos instrumentos de registro, como as listas de verificação, para gerar indicadores que evidenciem falhas e sucessos no atendimento com vistas a melhoria de uma assistência segura.

A necessidade de treinamento profissional se faz importante, pois podem ser facilitadores para tomadas de decisões clínicas coerentes com as reais necessidades do paciente, ou seja, para identificar quais equipamentos e procedimentos o paciente precisa para manter a manutenção da sua vida até o local de destino. Além disso, pode também auxiliar a equipe a identificar qual o melhor hospital de destino de acordo com as condições clínicas do paciente e dentro das possibilidades oferecidas pelo município para que ele tenha o atendimento adequado ao seu estado de saúde.

Desse modo, tais treinamentos precisam ser constantes, com o uso de protocolos vigentes e atuais, para com isso, garantir uma assistência com maior qualidade e minimizar as incompletudes relacionadas aos registros e as perdas de informações importantes sobre os pacientes e a assistência prestada.

Com isso, há necessidade de pesquisas sobre a frequência e o tipo de incidentes, cultura de segurança, relatórios de erro, raciocínio clínico, educação continuada, eficácia de um treinamento, protocolo, lista de verificação, da comunicação escrita e de compartilhamento de informações no ambiente pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Cenci DC, Santos MN, Ciconet RM. A atuação do SAMU nas urgências e emergências. In: Santos, MN; Soares, OM (orgs). *Urgência e Emergência na Prática de Enfermagem*. 1ª Ed. Porto Alegre, Moriá, 2014, p.1494-1514.
2. Silva EAC, Tipple AFV, Souza JT, Brasil VV. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [periódico na internet] 2010 [acesso em 2018 Jan 02]; 12(03):571-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm>.
3. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2012. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*. 5 nov 2002.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1863/GM de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Brasília*. *Diário Oficial da União*. 29 set 2003.
5. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3 ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Capucho HC, Cassiani SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. [periódico na internet] 2013 [acesso em 2018 Jan 15]; 47(4):791-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>.
7. Pereira MD, Souza DF, Ferraz F. Segurança do paciente nas ações de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Inova Saúde*. [periódico na internet] 2014 [acesso em 2017 Jan 18]; 3(2):55-87. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasauade/article/view/1746/1672>
8. World Health Organization (WHO). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008 – 2009*. Geneva: WHO; 2009a.
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC. *To Err is Human: building a safer health system*. 1ª Ed. Institute of Medicine: Committee on Quality of Health Care in America, Washington (DC): National Academy Press; 2000.
10. Wieggersma JS, Droogh JM, Zijlstra JG, Fokkema J, Ligtenberg JJ. Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *CritCare* 2011, v.15, n.75.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 01 abr 2013; Seção 1.
12. Alberto M, Diana P, Tamara Z, Enrico V, Alberto S, Stefano T et al. The role of the emergency medical dispatch centre (EMDC) and prehospital emergency care safety: results from an incident report (IR) system. *Canadian Association of Emergency Physicians*. [periódico na internet] 2015 [acesso em 2018 Jan 16]; 17(4):411-419. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/cem.2014.74>.
13. Soares C, Hoga L, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva, D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. [periódico na internet] 2014 [acesso em 2018 Jan 02]; 48(2):335-345. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140002000020>.
14. Singh JM, MacDonald RD, Aghari M. Critical events during land-based interfacility transport. *Annals of Emergency Medicine*. [periódico na internet] 2014 [acesso em 2018 Jan 05]; 64(1): 9-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.12.009>. 15-Hagiwara AM, Suserud B-O, Gäre BA, Sjöqvist BA, Henricson M, Jonsson A. The effect of a Computerised Decision Support System (CDSS) on a compliance with the prehospital assessment process: results of an interrupted time-series study. *BMC medical informatics & decision making*. [periódico na internet] 2014 [acesso em 2018 Jan 05]; 14:70. 2018. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/14/70>.
15. Johnson M, O' Hara R, Hirst E, Weyman A, Turner J, Mason S, et al. Multiple triangulation and collaborative research using qualitative methods to explore decision making in pré-hospital emergency care. *BMC Medical Research Methodology*. [periódico na internet] 2017 [acesso em 2018 Jan 05]; 17:11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0290-z>.
16. O' Hara R, Johnson M, Siriwardena AN, Weyman A, Turner J, Shaw D et al. A qualitative study of systemic influences on paramedic decision making: care transitions and patient safety. *Journal of Health Services Research & Policy*. [periódico na internet] 2015 [acesso em 2018 Jan 07]; 20(1):45-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1355819614558472>.

17. Hagiwara MA, Nilsson L, Strömsöe A, Axelsson C, Kängström A, Herlitz J. Patient safety and patient assessment in pre-hospital care: a study protocol. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. [periódico na internet] 2016 [acesso 2018 Jan 06] 24:14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0206-7>.
18. Coelho MJ, Figueiredo NMA, Carvalho V. O socorro, o socorrido e o socorrido: cuidar/ cuidados em enfermagem de enfermagem. Rio de Janeiro: Anna Nery/ UFRJ; 1999.
19. Suserud BO, Jonsson A, Johansson A, Petzäll K. Caring for patients at high speed. *Emergency Nurse*. [periódico na internet] 2013 [acesso 2018 Jan 15]; 21(7):14-18. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/en2013.11.21.7.14.e1213>.
20. Häske D, Beckers SK, Hofmann M, Wöfl CG, Gliwitzky B, Grütznert P et al. The effect of paramedic training on pre-hospital trauma care (EPPTC-study): a study protocol for a prospective semi-qualitative observational trial. *BMC Med Educ*. [periódico na internet] 2014 [acesso em 2018 Mar 18]; 15:14-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-32>.
21. Häske D, Beckers SK, Hofmann M, Gliwitzky B, Wöfl CG, Grütznert P, et al. Quality of Documentation as a Surrogate Marker for Awareness and Training Effectiveness of PHTLS-Courses: Part of the Prospective Longitudinal Mixed-Methods EPPTC-Trial. *PLoS One*. [periódico na internet] 2017 [acesso em 2018 Mar 18]; 12(1): e0170004. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170004>.
22. Bergrath S, Roertgen D, Skorning M, Fischermann H, Beckers SK, Mutscher C et al. Emergency mission documentation in simulated care: Video-based error analysis. *Anaesthesist*. [periódico na internet] 2011 [acesso em 2018 Jan 15]; 60(3): 221-229. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00101-010-1790-y>
23. Kerner T, Schmidbauer W, Tietz M, Marung H, Genzwuerker HV. Use of checklists improves the quality and safety of prehospital emergency care. *Eur J Emerg Med*. [periódico na internet] 2017 [acesso em 2018 Jan 15]; 24: 114-119. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000315>.
24. Chen C, Kan T, Li S, Qiu C, Gui L. Use and implementation of standard operating procedures and checklists in prehospital emergency medicine: a literature review. *American Journal of Emergency Medicine*. [periódico na internet] 2016 [acesso em 2018 Jan 12]; 34:2432-2439. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.09.057>.

Recebido em: 30/10/2018

Revisões requeridas: 28/03/2019

Aprovado em: 18/05/2019

Publicado em: 15/03/2021

Autor correspondente

Eric Rosa Pereira

Endereço: Rua Honório de Almeida, 77, Irajá

Rio de Janeiro/RJ, Brasil

CEP: 21.235-490

Email: ericosap@yahoo.com.br

Número de telefone: +55 (21) 99283-2661

Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.