

**FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LEANDRO LOPES GIBSON ALVES

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

**CURITIBA – PR
2020**

LEANDRO LOPES GIBSON ALVES

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada como requisito para a conclusão do Curso de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, da Faculdades Pequeno Príncipe – FPP.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Elaine Rossi Ribeiro

CURITIBA – PR
2020

TERMO DE APROVAÇÃO

LEANDRO LOPES GIBSON ALVES

**“PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE SEGURANÇA
DO PACIENTE EM SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL”**

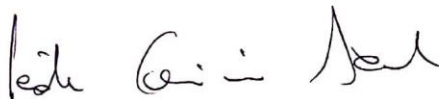
Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):



Prof.ª Dr.ª Elaine Rossi Ribeiro

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Leide da Conceição Sanches

Doutora em Sociologia. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Sarah Cristina Zanghellini Rückl

Doutora em Medicina. Supervisora da Residência Médica - Clínica Heidelberg, Professora da Universidade Federal do Paraná e Professora de Pós-Graduação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 13 de março de 2020.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Faculdades Pequeno Príncipe / Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
Av. Iguaçu, 333 • Curitiba • PR • Brasil • CEP 80.230-020 • tel.: + 55 41 3310.1500 • contato@fpp.edu.br
www.fpp.edu.br • CNPJ: 76.591.569/0001-30 / Inscrição Estadual: isento / Inscrição Municipal: 5.002.035.943-2



Scanned with
CamScanner

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Não posso deixar de agradecer à minha orientadora/mentora Prof^a. Dr^a. Elaine Rossi Ribeiro, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que realizei durante os seminários do mestrado. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do Mestrado em Ensino das Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos. Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente aos meus pais e avós que foram de extrema importância da minha criação, ao meu esposo Luiz Otávio Ribeiro da Fonseca Neto por me apoiar em todas as minhas decisões e estar ao meu lado em todos os momentos, até mesmo nas revisões incansáveis ao longo da elaboração deste trabalho.

“A gente só encanta quando se encanta. Se eu não estiver encantado com meu objetivo de conhecimento, eu não posso encantar o outro.”

Mario Sérgio Cortella

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA (MENTAL HEALTH PATIENT SAFETY: A INTEGRATIVE REVIEW)	28
3.2 SAÚDE MENTAL.....	48
3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL.....	51
3.4 ONTOLOGIA E PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL.....	52
4 METODOLOGIA	55
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	55
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	55
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES.....	56
4.5 ANÁLISE DA INFORMAÇÕES.....	57
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
5.1 DESCONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS.....	61
5.2 IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	69
5.3 OLHANDO PARA SI.....	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE 1: PERGUNTAS INDUTORAS DO GRUPO FOCAL	92
ANEXO 1: COMPARTIR: PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma: Estratégia de busca de dados	33
Figura 2 - Três fases da Análise de Conteúdo	58
Figura 3 - Categorização após análise dos resultados	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação dos artigos (título, autores, ano de publicação, periódico e local)	33
Quadro 2 - Identificação dos artigos (Objetivos Métodos e Desfechos)	35
Quadro 3 - Identificação dos participantes da pesquisa	60
Quadro 4 - Desconhecimento Profissional	51
Quadro 5 - Importância da segurança do paciente	70
Quadro 6 - Olhando para si	77

LISTA DE ABREVIATURAS

Instituto de Medicina (OIM)

Agencia de pesquisa e qualidade de Saúde (AHRQ)

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Núcleos De Atenção Psicossocial (NASF)

Base de Dados em Enfermagem (BDENF)

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde (PNSP)

Segurança do Paciente (SP)

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Grupo de Verbalização e Grupo de Observação (GVGO)

Team Based Learning (TBL)

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é uma questão complexa que envolve todos os membros da equipe de saúde para melhorar a qualidade dos resultados, incluindo taxas de erro decrescentes e diminuição do tempo de internação hospitalar. Ao acompanhar toda a trajetória do paciente durante seu tratamento, a equipe multiprofissional tem papel fundamental na promoção da segurança do paciente durante o processo assistencial. **Objetivo:** Conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente em saúde mental. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativo, realizado em uma unidade de internamento integral de uma clínica psiquiátrica particular. Os participantes desta pesquisa foram 13 profissionais da equipe multiprofissional da referida clínica, sendo os participantes com idade de 28 a 51 anos, quatro do sexo masculino e nove do sexo feminino. Para análise das informações, foi usada a análise de conteúdo de Bardin (2011). **Resultados:** Após os discursos transcritos e analisados, chegou-se no resultado de três categorias baseadas nas unidades de respostas que mais se repetem, sendo a 1ª categoria, desconhecimento profissional, 2ª categoria fala sobre a importância da segurança do paciente e na 3ª categoria aborda-se a importância do profissional olhar para si e o quanto isto reflete na segurança do paciente. **Considerações Finais:** Apreende-se a percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente em saúde mental, percebendo-a como peça principal do processo de qualidade na assistência e segurança do paciente. Observou-se o desconhecimento significativo dos profissionais quanto a existência e proposta da segurança do paciente, o que mostrou ser um desafio diário na atenção à saúde mental. Percebeu-se também que os participantes do grupo focal deram uma grande importância para estrutura emocional dos profissionais que trabalham na assistência ao paciente com transtorno mental, tornando-se um olhar para si um ponto chave para a segurança do paciente. Através de formulação de estratégias que visem um olhar mais humanizado tanto ao profissional que se dedica todos os dias à segurança do paciente, e ao paciente que possui o direito à vida e à segurança.

Palavras Chaves: Segurança do paciente. Saúde Mental. Equipe Multiprofissional. Educação Profissional.

ABSTRACT

Patient safety is a complex issue that involves all the members of the healthcare team to improve the quality of the results, including decreasing error rates and time of internment in hospitals. By monitoring the entire trajectory of the patient during treatment, the multiprofessional team has a fundamental role in promoting patient safety during the care process. The safety of the psychiatric patient is immersed in the psychic particularities presented by patients in this area. Thus, the predisposition of risk behaviors is a constant alert in the management of diseases to ensure the effectiveness of patient safety. Objective: Knowing the perception of the multiprofessional team about the patient safety in mental health. Method: It's a descriptive study, with a qualitative approach done in a private psychiatric clinic, in the full-time patient unit. The participants of this research were 13 professionals from the multiprofessional team of the mentioned clinic, being the participants age around 28 to 51 years old, four males and nine females. The information collected through focus groups are qualitative nature. To analyze the information collected, a content analysis by Laurence Bardin was used. Results: After the transcribed and analyzed speeches, a result was reached of three categories used in the units of answers that were more repeated, being the 1st category, professional ignorance, 2nd category talks about the importance of patient safety and in the 3rd category addressed the importance of the professional looking at you and how much this means for patient safety. Final Considerations: Revisiting the objectives proposed in this study, the perception of the multidisciplinary team on patient safety in mental health is learning, perceiving it as the main part of the quality process in patient care and safety. There was a significant lack of knowledge among professionals regarding the existence and the proposal of patient safety, which proved to be a daily challenge in mental health care. We also realized that the participants in the focus group placed great importance on the emotional structure of professionals that work in the care of patients with mental disorders, taking a perception of themselves as a key for patient safety.

Keywords: Patient safety. Mental health. Multiprofessional team. Professional education.

1 INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é definida como a diminuição, e ao mínimo admissível, do risco de dano evitável associado à assistência à saúde (AVISA, 2014). Os danos podem ser de várias especificidades, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente, sendo ele permanente ou não (AVISA, 2015).

Depois de quinze anos de pesquisa sobre o cerne do problema, e estabeleceram-se os embasamentos científicos das preocupações públicas sobre a segurança do paciente (INFANTE, 2006). O foco inicial dos cientistas nesse aspecto foi obter evidências concretas sobre a incidência e tipo de erros ou eventos adversos, bem como sobre as circunstâncias relacionadas a eles (INFANTE, 2006).

Aproximadamente 98.000 pessoas morrem a cada ano em hospitais dos EUA devido a erros médicos que poderiam ser evitados, e esses erros custaram US\$ 30 bilhões em perda de receita e aumento das despesas com saúde (KIERSMA, PLAKE, DARBISHIRE, 2011). O impacto desses eventos adversos levou hospitais e agências reguladoras a se concentrarem na redução do número de mortes e eventos adversos atribuídos a erros relacionados à saúde não intencionais e evitáveis.

O Errar é humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro, emitido pelo Instituto de Medicina (OIM) em 5 de outubro de 2007 apelou para a reavaliação da educação das profissões da saúde e à incorporação da segurança do paciente nos currículos acadêmicos de todas as profissões da saúde (KIERSMA, PLAKE, DARBISHIRE, 2011).

Segundo Sammer et al., (2010), a definição sobre segurança do paciente da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) da Comissão de Saúde e Segurança da Grã-Bretanha, a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o comprometimento e o estilo e a proficiência do gerenciamento

de saúde e segurança de uma organização. Comitê Consultivo da Comissão de Saúde e Segurança para a Segurança das Instalações Nucleares, (1993) relata que embora não seja difícil expressar a cultura de segurança em palavras, conhecer e entender as características que definem uma cultura de segurança e suas implicações para as organizações de saúde podem ser mais evasivas.

De acordo com Mitchell (2008), o trabalho mais recente da Instituto de Medicina (OIM) para identificar os componentes do atendimento de qualidade para o século XXI está centrado nos componentes conceituais da qualidade e não nos indicadores medidos: o atendimento de qualidade é seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. Assim, a segurança é a base sobre a qual todos os outros aspectos da assistência de qualidade são construídos.

A Segurança é um dos aspectos da qualidade da assistência em saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos inseparáveis. As Instituições de saúde que diminuem ao menor possível os riscos de dano ao paciente (promovendo a segurança) estão irremediavelmente aumentando a qualidade da sua assistência (AVISA, 2014).

Neste contexto de segurança do paciente, o trabalho em equipe é eficaz, e a colaboração multiprofissional é um aspecto vital para a qualidade da segurança e assistência em saúde (JEFFS et al., 2013). Sendo assim, a segurança do paciente é uma questão complexa que envolve todos os membros da equipe multiprofissional para melhorar a qualidade dos resultados, incluindo taxas de erro decrescentes e diminuição do tempo de internação hospitalar.

O trabalho em equipe bem-sucedido exige que todos os profissionais de saúde tenham uma base comum e modelo mental compartilhado para entender a melhoria da qualidade e a segurança do paciente por meio de treinamento e oportunidades, incorporando assim novos conhecimentos da assistência diária (JEFFS et al., 2013).

Por acompanhar toda a trajetória do paciente com transtorno mental durante todo seu tratamento, a equipe multiprofissional tem papel fundamental na promoção da segurança do paciente durante o processo

assistencial (BORGARIN et al., 2014). Isso recorda um dos aspectos vitais para a segurança do paciente, a necessidade de qualificação científica desses profissionais, comprometendo-se eticamente com ações sistêmicas de avaliação e prevenção, e tentando viabilizar a redução de eventos adversos, bem como analisar o impacto sobre a qualidade da assistência oferecida (BORGARIN et al., 2014).

Houve a necessidade de reformular as técnicas assistenciais e de segurança desses pacientes propondo um novo modelo de atenção à saúde mental e psicossocial. Entretanto, a solidificação deste modelo envolve desfazer o modo de pensar e conceber a loucura, de técnicas, segurança e discursos que conferem natureza de objeto à mesma (BORBA et al., 2012).

A partir disso, atenta-se às elevadas taxas de erros e eventos adversos sucedidos nos serviços de assistência à saúde mental, que habitualmente ganham grande destaque em meios as pesquisas científicas (COSTA, 2014). Assim, o desenvolvimento do presente trabalho tem como justificativa esta prerrogativa, de buscar evidenciar as questões ontológicas e epistemológicas, e que sustentam a segurança do paciente na saúde mental, e para desvelar esta problemática, aponta-se para a seguinte questão norteadora:

Qual a percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente em atenção à saúde mental de uma unidade de internamento integral?

2 OBJETIVOS

Conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente em serviço de atenção à saúde mental.

Para atingir tal objetivo, estruturou-se esta dissertação nas seguintes vertentes:

No capítulo 2, de revisão da literatura, aponta-se para um artigo de revisão integrativa com o tema “segurança do paciente em saúde mental: uma revisão integrativa”, e dois itens que trouxeram subsídios teóricos para a discussão: 1: História da saúde mental, 2: Segurança do paciente em saúde mental, 3: Ontologia e profissionais da saúde mental.

Em seguida detalhou-se o método de pesquisa, e no capítulo 4 apresentaram-se os resultados do grupo focal com identificação das categorias que emergiram das falas dos participantes e para finalizar, teceram-se considerações finais sobre o apreendido, demonstrando as evidências do e conhecimento construído nesta investigação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com base nas diferentes abordagens conceituais sobre segurança do paciente em saúde mental optou-se por acrescentar ao referencial teórico, um artigo científico de revisão integrativa de produção dos referidos autores deste trabalho auxiliando na análise das conteúdos. Também por mais dois tópicos conceituais sobre saúde mental e ontologia relacionada aos Profissionais de Saúde.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA (MENTAL HEALTH PATIENT SAFETY: A INTEGRATIVE REVIEW)

ALVES, Leandro Lopes Gibson ¹

RIBEIRO, Elaine Rossi ²

RESUMO

A Segurança do Paciente vem se destacando no âmbito dos cuidados assistenciais em saúde, momento de repensar os processos de atenção, objetivando evitar danos aos pacientes. Considerando o contexto de vulnerabilidade do paciente psiquiátrico, a segurança do paciente em saúde mental requer grande atenção da comunidade científica. A segurança do paciente psiquiátrico está imersa nas particularidades psíquicas apresentadas pelos pacientes desta área. Assim a predisposição de comportamentos de risco é constante alerta na gestão de agravos para garantir efetividade da segurança do paciente. Objetivo: Revisar a literatura sobre segurança do paciente em saúde mental. Método: Revisão Integrativa da Literatura, estudo exploratório com abordagem qualitativa. O levantamento de dados foi realizado para os últimos 10 anos (2009 a 2019) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo a base de dados *MEDLINE*, *LILACS* e *BDEF*. Foram selecionados 11 artigos para análise e realizado um processo comparativo entre os estudos. Resultados: A partir da análise dos estudos publicados foram criados gráficos e tabelas para auxiliar na organização dos dados e processos comparativos entre os estudos. A temática “Segurança do Paciente em Saúde Mental” requer atenção da comunidade científica, apontando , para a indispensabilidade de produzir novos estudos nesta área. Conclusão: A segurança do paciente em saúde mental, em sua aplicabilidade prática, requisita a qualificação profissional, ampliação de políticas públicas, principalmente a Educação Permanente e reconhecimento dos riscos e necessidades envolvidas no cuidado

assistencial dos pacientes em saúde mental.

Palavras-chave: segurança do paciente, saúde mental.

ABSTRACT

Patient safety comes prominent in the scope of healthcare, moment of rethink of care processes aiming to avoid harm to patients. The context of vulnerability of psychiatric patient, patient safety in mental health requires large attention from the community scientific. Objective: To review the literature on patient safety in mental health. Method: Integrative Literature Review, exploratory study with qualitative approach. Data collection was performed for the last 10 years (2009 to 2019) through the Virtual Health Library (BVS), covering a database MEDLINE, LILACS and BDNF, group 11 articles were for analysis and performed in a comparative process between studies. Results: From the analysis of published studies, graphs and tables were created to auxiliary in organization of data and comparative process between the studies. The theme "Patient Safety in Health" requires attention of the scientific community, pointed to the indispensability of producing new studies in this area. Conclusion: The safety of the patient in mental health, its practical application, the capacity for professional formulation, the practice of public policies, especially continuing education risk recognition and applications that are used in care of mental health patients.

Keywords: patient safety, mental health.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde mental percorreu uma história de grandes repercussões negativas, sendo parcialmente suplantada pela Reforma Psiquiátrica final dos anos 1970, revelando as reais condições dos cuidados em saúde prestados aos pacientes. Paulatinamente, o cuidado psiquiátrico hospitalocêntrico foi substituído pela proposta de desinstitucionalização, desconstruindo práticas manicomiais e instituindo o atendimento via Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), unidades especializadas de internamento e Serviços Residenciais Terapêuticos. Embora a reforma tenha reconhecido as necessidades dos pacientes psiquiátricos, criando estratégias para qualificar os cuidados em saúde mental, novas demandas de cuidado em saúde surgiram simultaneamente aos avanços em saúde (SOUZA, 2017; LIMA; CORTEZ, 2017; VANTIL et al., 2018).

Neste contexto, o Brasil inicia no século XXI a Política de Segurança

do Paciente, sustentando em seu princípio a reconsideração dos processos assistenciais em saúde, identificando os riscos potenciais a fim de reduzir ao mínimo possível os danos decorrentes dos cuidados em saúde. Transportar essa área do cuidado assistencial para o ambiente de saúde mental vêm demonstrando grandes desafios, reafirmando a diligência do cuidado de qualidade aos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2014; SOUZA, 2017).

Algumas particularidades dos pacientes em saúde mental são consideradas potenciais riscos à segurança do paciente, tais como os comportamentos provenientes do estado psíquico – violência, agressão, suicídio, alteração cognitiva e o contexto em que está inserido o indivíduo. Sua relação com o meio (familiar, social, cuidadores, entre outros) e outras minúcias, também impactam na qualidade do cuidado prestado e conseqüente redução dos riscos (VANTIL et al., 2018; SOUZA, 2017).

Emerge, neste cenário, a necessidade mensurar e de garantir os pressupostos da segurança do paciente. Esta, por sua vez, depende do reconhecimento dos riscos, do desenvolvimento de estratégias de intervenção e da identificação das urgências que os pacientes demandam. Assim, se faz imprescindível a produção de estudos científicos acerca da Segurança do Paciente em Saúde Mental (VANTIL et al., 2018; SOUZA, 2017).

Diante do exposto, foi levantada a seguinte questão: o que a comunidade científica está produzindo e divulgando sobre segurança do paciente em saúde mental? Assim, esta revisão reúne o conhecimento acerca da temática, contribuindo para o reconhecimento das necessidades de pesquisas sobre o tema, compreensão do assunto, e ainda, demonstrando o panorama geral das publicações atuais. Nessa proposta, o artigo objetiva revisar a literatura sobre Segurança do Paciente em Saúde Mental.

A essência do conceito de Segurança do Paciente (SP), permeia a compreensão de que um paciente seguro é aquele que possui suas demandas de saúde atendidas, associada à conseqüente redução dos riscos envolvidos na assistência de saúde prestada. Esta prudência atingiu esferas governamentais com foco na gestão de riscos, objetivando reduzi-los ao

valor mínimo aceitável relacionados ao cuidado em saúde como um todo, não apenas no que se refere ao tratamento da doença (BRASIL, 2014; GADELHA et. al., 2014; VANTIL et al., 2018).

Para tal, a segurança do paciente envolve práticas criadas pelas instituições de saúde no controle e manejo de riscos. Dessa forma, garantir a segurança implica em identificar falhas previamente, realizando ajustes nos processos assistenciais de saúde objetivando evitar os danos prováveis ao paciente. (SOUZA, 2017; TOMAZ, 2014).

No Brasil, as metas são coordenadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde (PNSP) (Brasil, 2013), com base nas metas internacionais propostas pela OMS (Organização Mundial da Saúde) via *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, fundada em 2004) (BRASIL, 2014; TOMAZ, 2014).

A segurança do paciente psiquiátrico está imersa nas particularidades psíquicas apresentadas pelos pacientes desta área. Assim a predisposição de comportamentos de risco é constante alerta na gestão de agravos para garantir efetividade da segurança do paciente. Neste cenário, consideram-se episódios de automutilação, suicídio, agressão física ou verbal, agitação intensa e outros comportamentos que oferecem risco para o paciente e o contexto em que está inserido (VANTIL et al., 2018; FRANCISCATTO, 2011).

Após Reforma Psiquiátrica no final dos anos de 1970 e fechamento da maioria dos hospitais psiquiátricos e leitos psiquiátricos, os pacientes com quadros agudos ou situações emergenciais de saúde mental são manejados em emergências de hospitais gerais. Contudo, apesar do suporte de saúde ofertado, o quadro é de grande vulnerabilidade devido a precarização de segurança desses pacientes e despreparo da equipe de saúde no manejo do paciente psiquiátrico.

2 MÉTODO

Com a finalidade de revisar a literatura sobre Segurança do Paciente em saúde mental, o método de escolha foi a revisão integrativa da literatura, o qual tem ampla abordagem, possibilitando uma visão completa acerca das

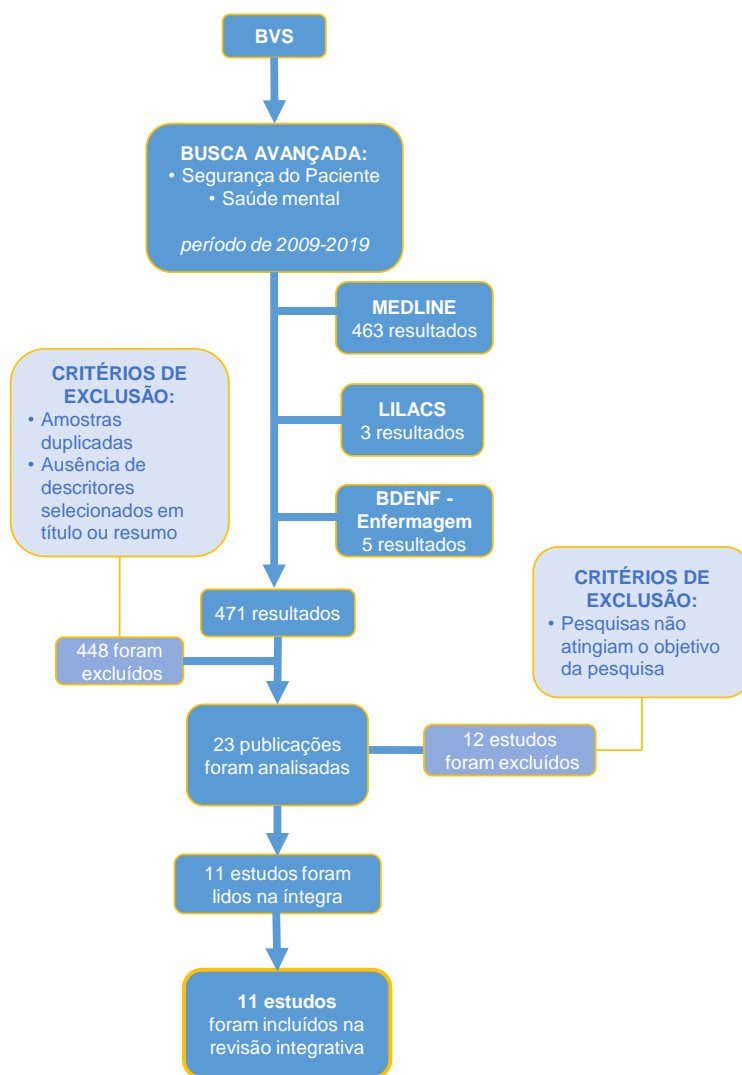
publicações da temática. Desse modo, é possível sumarizar os estudos levantados e gerar conclusões a respeito do tema selecionado (DAMIANO et al., 2006; MOREIRA. L, 2014).

De acordo com Moreira (2014) a definição de um problema e a construção de uma questão de pesquisa que apresenta valor significativo para a saúde mental. Após a construção da questão de pesquisa, foram estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão do estudo, delimitando as bases de dados e realizando a seleção criteriosa das amostragens. Em seguida, foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionando e dividindo em categorias para garantir a análise detalhada, posteriormente realizando a inclusão dos estudos na revisão integrativa. Com os resultados fundamentados a partir da avaliação crítica realizada nos estudos inclusos, foi feita a interpretação dos resultados e por fim, realizando a apresentação da revisão detalhadamente.

O estudo se restringiu à busca de artigos científicos presentes em base de dados online, via Biblioteca Virtual em Saúde (MEDLINE, LILACS and BDNF). Os descritores selecionados foram: segurança do paciente e saúde mental.

Os filtros aplicados selecionaram artigos dos últimos dez anos (2009 a 2019), com texto completo, incluindo todas metodologias / tipos de estudos, limitando aos humanos, de diferentes países. Optou-se pelos idiomas português e inglês, somados à opção de assunto principal o descritor segurança do paciente. Nesta primeira etapa alcançaram-se 471 artigos nas bases MEDLINE e LILACS, dos quais 448 foram excluídos por não apresentarem em seus títulos ou resumos, pelo menos um dos descritores base (segurança do paciente e saúde mental). Da amostra de 23 artigos, após leitura aprofundada, restaram 11 estudos para composição da amostra final, como pode ser observado na figura 1:

Figura 1 – Fluxograma: Estratégia de busca de dados



Fonte: autores (2019)

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após seleção dos estudos para análise, os pontos focais foram organizados em tabelas com a finalidade de otimizar a discussão entre os autores buscando responder ao objetivo deste estudo.

O quadro 1 apresentada a seguir organiza os resultados por título, autores, ano e local de publicação, e periódico.

Quadro 1 - Identificação dos artigos (título, autores, ano de publicação, periódico e local)

	Título	Autor	Ano	Revista / periódico	Local (país)
1	<i>Patient, Provider, and System Factors Contributing to Patient Safety Events During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Serious Mental Illness.</i>	McGinty, Emma E; Thompson, David A; Pronovost, Peter J; Dixon, Lisa B; Guallar, Eliseo; Ford, Daniel E; Cahoon, Elizabeth Khaykin; Boonyasai, Romsai; Daumit, Gail L.	2017 Jun.	<i>The journal of nervous and mental disease</i> - June 2017 - Volume 205 - Issue 6.	EUA
2	<i>Development and Pilot Implementation of a Search Protocol to Improve Patient Safety on a Psychiatric Inpatient Unit.</i>	Abela-Dimech, Frances; Johnston, Kim; Strudwick, Gillian.	2017 Mar/Apr.	<i>Clinical nurse specialist</i> , 31(2): 104-114, 2017 Mar/Apr.	EUA
3	<i>Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings.</i>	Hamaideh, S H.	2017 Dec.	<i>International nursing review</i> ; 64(4): 476-485.	Reino unido
4	<i>Patient safety priorities in mental healthcare in Switzerland: a modified Delphi study.</i>	Mascherek, Anna C; Schwappach, David L B.	2016 Mai	BMJ Open; 6(8): e011494.	Reino Unido
5	<i>Editorial: Patient safety in mental health services: Understanding the impact of emotional harm.</i>	Usher, Kim.	2016 Jun	<i>International journal of mental health nursing</i> ; 25(3): 181-2, 2016 Jun.	Austrália
6	<i>Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Inpatient Care.</i>	Kanerva, Anne ; Lamminakanen, Johanna ; Kivinen, Tuula .	2016 Jan	<i>Perspectives in Psychiatric Care</i> ; 52 (1): 2016.	EUA
7	<i>Establishing female-only areas in psychiatry wards to improve safety and quality of care for women.</i>	Kulkarni, Jayashri; Gavrilidis, Emmy; Lee, Stuart; Van Rheenen, Tamsyn E; Grigg, Jasmin; Hayes, Emily; Lee, Adeline; Ong, Roy; Seeary, Amy; Andersen, Shelley; Worsley, Rosie; Keppich-Arnold,	2014, Dez	<i>Australasian Psychiatry</i> ; 22(6): 551-6, 2014 Dec.	Austrália

		Sandra; Stafrace, Simon.			
8	<i>Women need greater safety in psychiatric wards.</i>	Ong, Yi Long Roy.	2013, oct	<i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> ; 47(10): 970, 2013 Oct.	Austrália
9	Segurança do paciente nos serviços comunitários de saúde mental: estudo bibliométrico	Souza, Adrielle Cristina Silva; Bezerra, Ana Lúcia Queiroz; Pinho, Eurides Santos; Nunes, Fernanda Costa; Caixeta, Camila Cardoso.	2017, nov	Revista de enfermagem UFPE online; 11(supl.11): 4671-4677, nov.2017.	Brasil
10	<i>The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit.</i>	Brady S, O'Connor N, Burgermeister D, Hanson P.	2012, Jul	<i>Perspectives in Psychiatric Care</i> ; 48 (3): 129-37 48 (3): 129-37.	EUA
11	<i>When the safe place does not protect: reports of victimisation and adverse experiences in psychiatric institutions</i>	Dos Santos Mesquita C, da Costa Maia.	2016, Dez;	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> ; 30 (4): 741-748.	Finlândia

Fonte: autores (2019)

Quadro 2 - Identificação dos artigos (Objetivos, Métodos e Desfechos)

	Objetivos	Método	Desfecho
1	Explorar fatores que contribuem para o risco elevado de eventos de segurança do paciente com transtorno mental grave	Estudo Observacional descritivo exploratório A revisão do prontuário médico foi conduzida para hospitalizações médico-cirúrgicas que ocorreram durante 1994-2004 em uma coorte comunitária de adultos de Maryland com transtorno mental grave.	Um total de 790 hospitalizações entre 253 adultos foram revisados. O número médio de eventos de segurança do paciente por hospitalização foi de 5,8 e a taxa de danos físicos foi de 142 por 100 hospitalizações. As chances de dano físico foram elevadas em hospitalizações em que 22 dos 34 eventos de segurança do paciente ocorreram ($p < 0,05$), incluindo eventos médicos.

2	Desenvolver e implementar um protocolo que bloqueie a entrada de itens inseguros nas unidades de internamento.	Estudo de intervenção via Ensaio Clínico Randomizado	O protocolo de busca padronizado foi desenvolvido e testado em 1 unidade. Para apoiar o protocolo de busca, uma equipe interprofissional criou um pôster usando uma ajuda mnemônica para instruir pacientes, funcionários e visitantes sobre quais itens não poderiam ser trazidos para a unidade. Sessões educacionais sobre o protocolo de busca foram fornecidas para o pessoal. A diferença entre o número de incidentes antes e depois da implementação do protocolo de busca foi estatisticamente significativa.
3	Avaliar a percepção de enfermeiros de saúde mental sobre a segurança do paciente. Detectar fatores que afetem a segurança do paciente em hospitais psiquiátricos	Estudo descritivo correlacional preditivo	Escores positivos para as dimensões de cultura de segurança dos pacientes variaram entre 13,4% e 81,2%. Dois terços das enfermeiras de saúde mental perceberam a segurança como excelente / muito boa, 20,5% a perceberam como aceitável e 10,8% a perceberam como ruim /deficiente. A percepção geral de segurança correlacionou-se significativamente com quatro dimensões e explicou 32,6% da variância. A frequência de eventos relatados correlacionou-se significativamente com seis dimensões e explicou 23,1% da variância.
4	Identificar as prioridades de segurança do paciente em saúde mental. Definir prioridades de segurança do paciente em saúde mental na Suíça.	Estudo observacional analítico transversal	Nove tópicos foram definidos ao longo da trajetória do tratamento: erros diagnósticos, erros não medicamentosos, erros de medicação, erros relacionados a medidas coercivas, erros relacionados ao manejo de agressões contra si e aos outros, erros no tratamento de pacientes suicidas, erros de comunicação, erros de interfaces de cuidados e erros estruturais. Atividades em pesquisa e na prática são necessárias. Erros estruturais e diagnósticos receberam a maior prioridade.
5	Destacar a importância do cuidado sobre os incidentes adversos de segurança do paciente em saúde mental. Incentivar a discussão sobre tal questão para profissionais da	Revisão bibliográfica	A equipe de saúde precisa reconhecer o significado de dano emocional no contexto dos serviços em saúde mental, bem como assumir as responsabilidades. Atual literatura sobre SP parece ignorar os serviços de saúde mental e pacientes psiquiátricos. As propostas para evitar efeitos adversos em pacientes de saúde mental não são normalmente detectadas em programas de melhoramento de qualidades hospitalares

	enfermagem em saúde mental.		
6	Este estudo tem como objetivo explorar as percepções da equipe de enfermagem sobre segurança do paciente em internação psiquiátrica.	Estudo observacional descritivo Os enfermeiros foram solicitados a descrever suas percepções em entrevistas semiestruturadas, e suas respostas foram analisadas por meio da análise de conteúdo indutivo.	Os enfermeiros abordaram dois conjuntos de fatores: um relacionado às experiências de segurança e outro relacionado à implementação do cuidado seguro. As visões dos enfermeiros contribuem para a formalização de políticas e estratégias organizacionais. Em particular, eles destacam a importância do treinamento contínuo para a equipe e a gerência, considerando as opiniões dos pacientes e tratando os pacientes como colaboradores em seus cuidados.
7	Avaliar o impacto da criação de uma área exclusivamente feminina dentro de um serviço psiquiátrico de internação de gêneros mistos, na segurança do paciente do sexo feminino e na experiência de atendimento	Estudo de intervenção do tipo ensaio clínico randomizado	O hospital Alfred reconfigurou uma de suas duas enfermarias de psiquiatria para incluir uma área exclusivamente feminina. Incidentes documentados comprometendo a segurança das mulheres em cada enfermaria nos 6 meses após a reforma foram comparados. A ocorrência de incidentes documentados que comprometem a segurança das mulheres foi significativamente menor na enfermaria que contém uma área exclusivamente feminina. As mulheres que moram nessa enfermaria classificaram sua percepção de segurança e experiência de cuidado de forma significativamente mais positiva do que as mulheres que permaneceram onde tal segregação de gênero não estava disponível. Além disso, a área exclusivamente feminina foi identificada pela maioria dos funcionários pesquisados para proporcionar um ambiente mais seguro para pacientes do sexo feminino.
8	Destacar desafios e vulnerabilidades de mulheres australianas internadas em unidades psiquiátricas. Conscientizar a necessidade de reforma nas enfermarias de	Estudo observacional descritivo do tipo Relato de caso	Mulheres são mais propensas a serem vítimas de agressões em unidades psiquiátricas. Há necessidade de melhor monitoramento e segregação de gêneros em unidades de internamento psiquiátricos. É preciso maior conscientização e sensibilidade nos projetos de enfermarias psiquiátricas Estudos sobre questões específicas de gênero nas enfermarias psiquiátricas devem ser abordados para melhorar a qualidade geral do atendimento

	cuidados de saúde em psiquiatria.		psiquiátrico. Alguns pacientes, devido ao distúrbio psiquiátrico, possuem maior propensão a comportamentos inadequados que podem resultar em ataques verbais e físicos. Sendo, nestes casos, as mulheres mais propensas a serem vítimas.
9	Identificar as pesquisas científicas sobre segurança do paciente em serviços comunitários de saúde mental	Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, do tipo bibliométrico, recorrendo às publicações indexadas na LILACS, PUBMED/MEDLINE.	Foram identificadas 168 produções científicas. Destas, duas corresponderam à temática abordada, ambas no idioma inglês, sendo um estudo australiano e o outro inglês. Evidenciou-se a escassez da produção científica em Segurança do Paciente nos Serviços Comunitários de Saúde Mental. Conclusão: urge o investimento em pesquisas para superar esta lacuna do conhecimento identificada, para evidenciar os principais riscos a que estes pacientes com transtorno mental estão expostos e quais medidas são mais eficazes para preveni-los, atingindo um cuidado seguro e o bem-estar biopsicossocial do paciente.
10	Examinar o impacto do programa de redução do estresse baseado em mindfulness (MBSR) sobre o gerenciamento do estresse no trabalho e melhorar os resultados dos pacientes.	Estudo de Intervenção via ensaio comunitário	Um projeto de pré-teste / pós-teste de um grupo foi usado para medir o impacto do programa MBSR. A escala de estresse dos profissionais de saúde mental, o senso de escala auto, a escala de <i>Mindfulness</i> de Toronto e o <i>Maslach Burnout Inventory</i> foram usados. A classe MBSR ajudou a equipe a diminuir seus níveis de estresse e melhorar seu autocuidado, o que resultou em melhor atendimento ao paciente. Aumentos na satisfação do paciente e reduções nos eventos de segurança do paciente foram encontrados.
11	Conhecer a ocorrência de vitimização psiquiátrica e outras experiências adversas em doentes psiquiátricos portugueses	Estudo retrospectivo quantitativo	Noventa e cinco pacientes psiquiátricos, entre 20 e 79 anos de idade (M - 45,18, DP - 13,06), com histórico de internação psiquiátrica, responderam ao Inventário de Experiências em Instituições Psiquiátricas. Os participantes foram recrutados em quatro hospitais psiquiátricos. Esses resultados mostram que a vitimização e as experiências adversas em contextos psiquiátricos são frequentes e vão além das formas clássicas de vitimização. Um conhecimento mais profundo dessas experiências e seu impacto na saúde mental dos pacientes psiquiátricos pode promover a qualidade do atendimento

			prestado e levar a tratamentos mais eficazes, reduzindo o número e a duração das hospitalizações e o ônus financeiro para os serviços públicos de saúde.
--	--	--	--

Fonte: autores (2019)

Os dados apresentados no Quadro 2 demonstram que o país com maior número de estudos publicados foram os Estados Unidos, com 4 artigos, seguido da Austrália, com três publicações. O Brasil, com apenas um estudo, teve o menor número de publicações, ficando atrás do Reino Unido que seguiu com dois estudos publicados.

Dos métodos escolhidos dentre as pesquisas analisadas se destacou como principal método, o estudo observacional, correspondendo a 64% do total de artigos (sete estudos no total de 11 publicações). Foram classificados detalhadamente como estudo observacional do tipo: descritivo exploratório, correlacional preditivo, analítico transversal, relato de caso e retrospectivo quantitativo. Neste estudo, a maioria dos participantes (28%) correspondeu aos profissionais de enfermagem.

Quanto a abordagem exploratória / intervenção alcançaram-se 27% (três artigos) das publicações analisadas, representadas por estudos do tipo ensaio clínico randomizado e ensaio comunitário. Nos estudos exploratórios, 27% dos participantes foram a equipe interdisciplinar, pacientes hospitalizados e equipe de saúde local.

Por fim, apenas um artigo utilizou a revisão de literatura / bibliográfica como método de pesquisa.

Ao se analisar os conteúdos apresentados pelos estudos levantados, se pode contemplar que McGinty et. al. (2017), por meio de um estudo observacional retrospectivo, realizado entre 1994 a 2004, fizeram uma extensa revisão de prontuários em Maryland. Como critério de inclusão do estudo, estabeleceram: pacientes que fossem à óbito dentro de 30 dias após internação médico-cirúrgica. Os autores analisaram 790 hospitalizações, comprovando a taxa de aproximadamente 6% como número médio de

eventos adversos e o índice de danos sendo de 142 por 100 internações. Além disso, 4.547 eventos de segurança foram identificados, dentre estes, 25% (um quarto) resultaram em danos físicos. Os eventos de maior prevalência foram neurológicos ou psiquiátricos, seguidos de infecções hospitalares e ocorrências relacionadas aos procedimentos, principalmente os invasivos. Este estudo destaca também a importância da comunicação bidirecional na relação médico-paciente, mas atesta não ter conseguido avaliar esta variável através da obtenção de dados de escolha.

Na Arábia Saudita, um estudo correlacional realizado em três centros psiquiátricos, analisou a percepção de enfermeiros sobre segurança do paciente. Hamaideh (2017), utilizou escala de cultura de segurança e concluiu que das 12 dimensões da cultura de segurança, somente seis delas estavam no limite aceitável, enquanto apenas uma era forte, mas cinco delas precisavam passar por melhorias. Neste estudo, somente 11% dos enfermeiros tinham recebido formação especial para atuar nas intervenções psicológicas e psiquiátricas, e a prevalência dos pacientes analisados pelo estudo era do sexo masculino. Esta prevalência é justificada no estudo como consequência da cultura local da Arábia, que inviabiliza o tratamento de todos os pacientes psiquiátricos devido ao forte estigma cultural, tornando a população psiquiátrica feminina reclusa ao internamento domiciliar.

Ainda neste estudo, o autor infere que a ausência de cultura de segurança afeta negativamente os profissionais de saúde e pacientes, repercutindo no aumento das hospitalizações, na elevada taxa de mortalidade e lesões – como automutilação, e lesões aos outros pacientes e profissionais. Além disso, Hamaideh (2017), propõem o encorajamento de intervenções educacionais e o estabelecimento de um sistema de notificação, visto que alguns centros utilizam meios que desestimulam a cultura de segurança do paciente – como a punição ao erro. O estudo reitera que os incidentes não notificados não podem ser reconhecidos e incluídos na prevenção de danos, o que por sua vez contribui para a escassez de estudos que mensurem a segurança do paciente em centros de saúde mental.

Como proposto anteriormente por Hamaideh (2017), o artigo denominado *Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric*

Inpatient Care, apresenta também os enfermeiros como público participante. Este artigo objetiva perscrutar a percepção de enfermeiros de unidade de internação psiquiátrica sobre segurança do paciente. A análise de conteúdo indutiva possibilitou os autores Kanerva, Lamminakanen e Kivinen (2016), a compreenderem que a visão do enfermeiro contribui para o desenvolvimento da estratégia das organizações de saúde. Assim, este entendimento, corrobora com as afirmações de Hamaideh (2017), em seu estudo, que pesquisou também sobre as percepções dos enfermeiros relacionadas à temática.

O preparo dos profissionais para o cuidado com pacientes psiquiátricos é um dos fatores que se repete em diferentes artigos desta mostra, e também destacado nas considerações finais por Kanerva, Lamminakanen e Kivinen (2016). Estes autores apontam a necessidade de compreender o cuidado holístico como prática segura, bem como a cultura do cuidado e a implementação de ações específicas como norteadores do cuidado assistencial. Destacam ainda, que o estabelecimento da segurança do paciente depende da implantação do trabalho em equipe, do desenvolvimento de habilidades profissionais e estabelecimento de um ambiente seguro.

O papel interdisciplinar bem como dos pacientes foi também considerado no estudo de Abela-Dimech, Johnston e Strudwick (2017). Por meio de um estudo de intervenção do tipo ensaio clínico randomizado, estes autores desenvolveram e implementaram um protocolo que visa bloquear a entrada de materiais inseguros na instituição de internamento psiquiátrico pesquisada. As regras estabelecidas foram sustentadas pela comunicação consistente e esclarecedora para todos os envolvidos, isto é, pacientes, visitantes e funcionários – abrangendo todos os trabalhadores locais, desde prestadores de limpeza à equipe de saúde e setor administrativo –, resultando na compreensão compartilhada dos comportamentos esperados na unidade de internamento.

Nesta proposta, os servidores foram submetidos a capacitações e sessões educacionais para melhor compreensão do protocolo. Uma das ações educativas, foi a criação de um pôster mnemônico, visando instruir

funcionários e pacientes sobre os itens perigosos para a segurança, devendo, portanto, não ser trazidos para a unidade de internação. O estudo destaca a diferença estatisticamente significativa após a implantação do protocolo, que reduziu o número de incidentes com este tipo de itens ou materiais inseguros.

Se consegue perceber que para o estudo anterior o ambiente em que o paciente está inserido é considerado fator significativo no processo de segurança do paciente. Neste cenário, o estudo retrospectivo quantitativo intitulado: *When the safe place does not protect: reports of victimisation and adverse experiences in psychiatric institutions*, reitera a vulnerabilidade dos pacientes dentro das unidades de internamento psiquiátrico. Esta pesquisa visa conhecer a ocorrência de vitimização psiquiátrica e outras experiências adversas em doentes psiquiátricos portugueses. O Inventário de Experiências em Instituições Psiquiátricas foi o instrumento de pesquisa usado em quatro instituições psiquiátricas, recrutando 95 pacientes psiquiátricos, entre 20 e 79 anos de idade. Tal Inquérito analisa em profundidade as Experiências totais, Experiências Testemunhadas e Experiências Globais. Os resultados demonstram que apenas 24,2% dos pacientes não relataram vitimização, o que representa um percentual que deveria levar a maiores e profundas reflexões sobre o ambiente e o contexto psiquiátrico. Os autores do estudo apontam que as instituições psiquiátricas representam em si condições favoráveis a eventos adversos ao considerar o que ocorre dentro das unidades.

Mesquita e Maia (2012) apontam quais foram os acontecimentos relatados: abuso físico, verbal, emocional, sexual, ameaças, abusos de terceiros, perdas dos direitos e individualidade, ausência de autonomia, medidas coercitivas e privação de liberdade. Destaca-se a necessidade de um conhecimento mais profundo dessas experiências e o impacto na saúde dos pacientes psiquiátricos, o que resultaria em modificação do ônus financeiro para os serviços de saúde.

Ainda considerando o ambiente de internamento psiquiátrico, o estudo australiano *Establishing female-only areas in psychiatry wards to improve safety and quality of care for women*, destaca a vulnerabilidade das mulheres

em ambiente misto de internamento. Kulkarni e seus colaboradores (2014) esclarecem que o hospital Alfred reconfigurou uma de suas duas enfermarias de psiquiatria para incluir uma área exclusivamente feminina. A partir disto, realizaram um estudo de intervenção que avaliou o impacto da criação da ala feminina no serviço de psiquiatria. Na discussão, os autores destacam que a divisão de áreas direcionadas por sexo apresentou melhoria significativa para a segurança das pacientes femininas, visto que em ambientes mistos há um número importante de relatos sensação de maior vulnerabilidade.

Este estudo refere que aproximadamente 60% das mulheres relatam se sentir inseguras em enfermarias mistas, bem como enfrentam algum tipo de assédio. Dentre os incidentes relatados que afetam a segurança das mulheres estão as agressões físicas, verbais e sexuais. Assim, os autores recomendam que haja extinção de enfermarias psiquiátricas mistas.

Outro estudo do tipo relato de caso realizado na Austrália em 2013, denominado *Women need greater safety in psychiatric wards*, aborda a mesma temática: vulnerabilidade das pacientes femininas. Com o objetivo de destacar desafios e vulnerabilidades de mulheres australianas internadas em unidades psiquiátricas, Ong (2013), destaca que estudos mais aprofundados sobre a questão de gênero nas enfermarias psiquiátricas devem ser desenvolvidos, considerando a grande propensão de mulheres vítimas de agressões em unidades psiquiátricas. Sendo assim, o autor propõe melhor monitoramento e segregação de gêneros em unidades de internamento psiquiátricos.

Abela-Dimech e seus colaboradores (2017), em seu estudo já citado, fez menção a importância da qualificação profissional para o alcance da segurança do paciente em saúde mental. Este ponto é levantado também no artigo *Patient safety priorities in mental healthcare in Switzerland: a modified Delphi study*. Os autores Mascherek e Schwappach (2016) destacam, quanto à competências profissionais, a redução no número de especialistas prestadores do cuidado assistencial em saúde mental, e levantam que, na Suíça, somente 25% dos profissionais da clínica médica se sentem preparados para gerenciar o atendimento de pacientes com comorbidades psiquiátricas. Os autores reuniram ao longo do estudo nove fatores de erros

apontados pelos participantes da pesquisa: erros diagnósticos, erros não medicamentosos, erros de medicação, erros relacionados a medidas coercivas, erros relacionados ao manejo de agressões contra si e aos outros, erros no tratamento de pacientes suicidas, erros de comunicação, erros de interfaces de cuidados e erros estruturais. Vale ressaltar que os erros de comunicação foram também destacados nos artigos de McGinty (2017), Abela-Dimech (2017), Kanerva (2016) e Mesquita (2012).

Mascherek e Schwappach (2016), revelam ainda que, apesar dos erros mencionados, há identificação do estigma como barreira importante na busca do tratamento. Dessa forma, afirmam que há pontos prioritários na pesquisa em saúde mental: a redução do estigma e capacitação do serviço de saúde e cuidadores. Neste ponto, relembra-se que o estigma foi destacado, em diferentes contextos, também pelos autores McGinty (2017) e Hamaideh (2017).

Considerando as competências profissionais, o estudo de Brady, O'Connor, Burgermeister e Hanson (2012), levanta que o estresse crônico pode afetar o desempenho profissional, repercutindo negativamente na segurança do paciente. Os autores levantam o ambiente de estresse elevado nos serviços psiquiátricos, considerando a exposição da equipe de saúde mental no envolvimento do ambiente emocional severo.

A instituição participante da pesquisa promoveu um programa estruturado para os profissionais, usando escalas colaborativas para o *mindfulness* durante quatro semanas. Os autores destacam que os resultados qualitativos sublinham a redução de eventos adversos e o aumento da satisfação do paciente.

Até aqui vários artigos discutidos levantaram a grande vulnerabilidade dos pacientes psiquiátricos referentes à segurança do paciente. Com a finalidade de promover ainda mais pesquisas nesta temática e destacar a importância dos incidentes adversos de segurança do paciente em saúde mental, Usher (2016) realiza uma revisão bibliográfica. O autor refere que a atual literatura sobre segurança do paciente parece ignorar os serviços de saúde mental e os pacientes psiquiátricos. Continua apontando que os movimentos de segurança do paciente vêm focando principalmente em

danos físicos, desconsiderando conceitos mais amplos e fundamentais como o de danos emocionais.

Dessa forma, Usher (2016) infere que a falha em reconhecer os danos emocionais garante sua continuidade, contrapõem ainda que, a ausência de documentos e relatos na literatura torna incapaz a avaliação da extensão do problema, bem como impede o desenvolvimento de estratégias adequadas para enfrentá-los. O autor cita diversos eventos perturbadores para os pacientes psiquiátricos como a exploração sexual, medidas de contenção, eventos traumáticos e agressivos, ações abusivas por parte do serviço, exploração financeira etc. Levanta ainda que, os serviços de atendimento psiquiátricos possuem propensão especial para a probabilidade da ocorrência de danos emocionais, conduzindo ao medo, humilhação, angústia e impotência.

Usher (2016) finaliza apontando para considerações importantes como o papel dos gestores, responsáveis em assegurar que os incidentes emocionais tenham a mesma importância em ser registrados que os incidentes físicos.

Nesta mesma linha, o estudo bibliométrico conduzido por Souza e cooperantes (2017) demonstra a escassez de produções científicas em segurança do paciente relacionada à saúde mental, principalmente nos serviços comunitários da atenção primária, visto que a maioria das publicações tem o foco no ambiente hospitalar. Os autores realizaram uma busca nas bases de dados BVS, *Medline* e LILACS e encontram como amostra final somente dois artigos sobre segurança do paciente em saúde mental nos serviços comunitários, reiterando os poucos estudos produzidos.

Este fato, segundo os autores, aponta para ausência de reflexões e implementação de políticas para melhorar a segurança do paciente, conduzindo, portanto, às práticas pouco sistematizadas, aumentando a probabilidade de erros, danos e eventos sentinela.

Diante dos resultados apresentados, pode-se dizer que os poucos artigos que compõem esta amostra, evidenciaram aspectos específicos de cada pesquisa. Contudo, há aspectos comuns a todos os estudos realizados sendo que alguns pontos relevantes foram identificados de forma clara

durante a leitura e extração dos dados, como sendo elementos que se apresentam com expressão e repetitividade nos diferentes artigos analisados. A educação permanente foi indicada em oito artigos, enquanto a pesquisa, a escassez propriamente dita, apareceu repetidamente em sete artigos. Ainda houve congruência quanto a intervenção da gestão – discutida em seis artigos - importância da comunicação – apontada por cinco publicações - quatro estudos citam a vulnerabilidade dos pacientes e a cultura de segurança e três discorrem sobre danos emocionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao revisitar a pergunta de pesquisa: o que a comunidade científica está produzindo e divulgando sobre segurança do paciente em saúde mental? destaca-se a ínfima produção de conhecimento científico nesta área e, conseqüentemente, a escassez de publicações. Nesta revisão obtiveram-se apenas 11 artigos (nos últimos dez anos) que discutiram a problemática e, 64% deles apontaram para a falta de pesquisa no tema. Ademais, 73% dos estudos publicados indicavam a educação permanente ou capacitação para os profissionais atuantes na saúde mental, uma vez que não possuem qualificação e preparo para o cuidado seguro. Considerando-se o papel dos gestores destacado em diferentes publicações, reconhece a necessidade de medidas gerenciais que proporcionem um ambiente livre de culpa, o estímulo ao trabalho interdisciplinar e à redução dos gradientes de hierarquia profissional, além de incitar o estabelecimento de uma cultura de segurança positiva.

Importa no momento, com tais dados levantados, estimular as instituições de saúde, gestores e profissionais, à priorização dos esforços para o estabelecimento da cultura de segurança do paciente. É imprescindível que as ações para segurança do paciente em saúde mental garantam capacitação profissional, trabalho em equipe, notificações de todos os danos sofríveis, reconhecimento dos principais riscos e a constante busca por melhorias.

Devido às diversas lacunas e necessidades apresentadas, vale ainda

considerar: estratégias para avanços na formação dos profissionais, ampliação das políticas públicas e estímulos às pesquisas científicas visando a obtenção de maiores evidências. Para tal, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado assistencial devem ser as bases da construção do ensino em saúde e das práticas realizadas, garantindo assistência de qualidade e segurança aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABELA-DIMECH, F.; JOHNSTON, K.; STRUDWICK, G. Development and pilot implementation of a search protocol to improve patient safety on a psychiatric inpatient unit. **Clinical Nurse Specialist**, v. 31, n. 2, p. 104–114, 2017.

BRADY, S. et al. The Impact of Mindfulness Meditation in Promoting a Culture of Safety on an Acute Psychiatric Unit. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 48, n. 3, p. 129– 137, 2012.

BRASIL. ANVISA. **Segurança do Paciente Segurança do Paciente**. 2014. 42 p.

DAMIANO R.F. et al. Revisão integrativa - Como fazer. **Saude e Soc.**v.37, n.2, p.703–15, 2006.

FRANCISCATTO L. et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Rev HCPA**. v.31, n.4, p.482–6. 2011.

GADELHA et al. **Segurança do Paciente**: Conhecendo os riscos nas organizações da saúde. 2014. 452 p.

HAMAIDEH, S. H. Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings. **International Nursing Review**, v. 64, n. 4, p. 476–485, 2017.

KANERVA, A. LAMMINTAKANEN, J. KIVINEN, T. Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Inpatient Care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 52, n. 1, p. 25–31, 2016.

KULKARNI, J. et al. Establishing female-only areas in psychiatry wards to improve safety and quality of care for women. **Australasian Psychiatry**, v. 22, n. 6, p. 551–556, 2015.

LIMA, M. E. P. DE. CORTEZ, E. A. A cultura da segurança do paciente na saúde mental: instituindo novas práticas com a educação permanente. **Revista Pró-UniverSUS**. v. 8 n. 2, p. 115–116, 2017.

MASCHEREK, A. C. SCHWAPPACH, D. L. B. Patient safety priorities in mental healthcare in Switzerland: A modified Delphi study. **BMJ Open**, v. 6, n. 8, p. 1–8, 2016.

MCGINTY, E. E. et al. Patient, provider, and system factors contributing to patient safety events during medical and surgical hospitalizations for persons with serious mental illness. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 6, p. 495–501, 2017.

MESQUITA, C. D. S.; MAIA, Â. D. C. When the safe place does not protect: reports of victimisation and adverse experiences in psychiatric institutions. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 4, p. 741–748, 2016.

MOREIRA, L. R. G. **Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Ânima, 2014.

ONG YL. Women need greater safety in psychiatric wards. **Aust N Z J Psychiatry**. V.47, n.10, p.970, 2013.

PEREIRA L. et al. Sugestões para melhoria do cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em uma emergência geral. Semana de Enfermagem (29: 2018 : Porto Alegre, RS). **[Anais]** [recurso eletrônico]. Porto Alegre : HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2018. 251 p.

SANFELICE JL. Reforma do Estado e da educação no Brasil de FHC. **Educ Soc**.v.24, n.85. p.1391–8, 2005.

SOUZA A. et al. Segurança do paciente nos serviços comunitários de saúde mental: estudo bibliométrico. **J Nurs**. v. 11, p.4587–92, 2017.

_____. Segurança do paciente em saúde mental refletida a partir do Ciclo de Aprendizagem Vivencial: pesquisa qualitativa intervencionista. **Atas - Investigação Qualitativa em Educação** v.2, p.249–58, 2017.

TOMAZ, A. R. A. N. **Evidências científicas sobre segurança do paciente: uma revisão integrativa**. 2014. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2014.

USHER, K. Editorial: Patient safety in mental health services: Understanding the impact of emotional harm. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 25, n. 3, p. 37 181–182, 2016.

VANTIL FCS. et al. Patient safety with mental disorder: developing management technologies for risk management. **Rev. Enf. Esc Anna Nery**.v.4, p.1–5. 2018.

3.2 SAÚDE MENTAL

Presente na vida cotidiana da Idade Média, e familiar a seu horizonte social, o louco, na Renascença, é reconhecido de outro modo; reagrupado, de certa forma, segundo uma nova unidade específica, delimitado por uma prática sem dúvida ambígua que o isola do mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico (FOUCAULT, 2008).

O que caracteriza o século XVII não é o fato de haver ele avançado, menos ou mais rapidamente, pelo caminho que conduz ao reconhecimento do louco, e com isso ao conhecimento científico que se pode ter dele; é, pelo contrário, o fato de tê-lo distinguido com menos clareza; de certo modo, o louco foi absorvido numa massa indiferenciada. Esse século misturou as linhas de um rosto que já se havia individualizado há séculos (FOUCAULT, 2008).

De acordo com autor Sapouna, (2012), o livro loucura e civilização consideram indagações de poder, supressão, preconceito e natureza do conhecimento, que são fundamentais para o entendimento do funcionamento das instituições de saúde mental. O trabalho histórico de Foucault evidencia a importância do contexto; ele afirma claramente o confinamento dos pacientes com transtorno mental como consequência de fatores morais, econômicos e sócio-políticos, e não como um avanço científico. O que é peculiar é a ação que fragmenta a loucura, e não o científico elaborado, quando esta divisão é realizada e a calma é restaurada.

Não houve a oportunidade dos historiadores de serem ouvidos ou deixarem trabalhos científicos para a posteridade. A loucura tinha um papel social específico e uma sentença própria na Idade Média, e essa experiência da loucura foi-se dissolvendo por entre os rostos de todos os indivíduos internados na Renascença, tenham sido eles devassos, vagabundos ou bruxos (PROVIDELLO, YASUI, 2012).

A loucura tornou-se, ao longo da Idade Clássica, linguagem proibida. Entretanto, não só ela foi excluída nessa grande internação ocorrida a partir do século XVII: toda outra quantidade de linguagens foi fechada pela

sociedade em hospitais gerais, e todas elas acabaram por ser excluídas do âmbito do certo e ligadas ao não certo (PROVIDELLO, YASUI, 2012).

A primeira fase começou no início do século XX e foi caracterizada pela história de internações pelo avanço médico, na qual a psiquiatria científico e humano substituiu as convicções supersticiosas e explicações não científicas da loucura, e na qual a ascensão dos asilos mentais modernos colocou fim do tratamento principalmente desumano dos pacientes com transtorno mental (PIETIKAINEN, 2015).

Na segunda fase, eles indagaram as visões confusas e progressistas dos antigos historiadores da psiquiatria e colocaram a loucura e a psiquiatria no aspecto de progresso sociopolíticos, econômicos e culturais em larga escala. Historiadores influentes nesse gênero foram o filósofo e o arqueólogo do conhecimento francês Michel Foucault, o sociólogo Erving Goffman e o psiquiatra Thomas Szasz (PIETIKAINEN, 2015).

Na Terceira fase composta, das duas últimas décadas do século XX, um novo e mais diferente programa de pesquisa científica surgiu com atuais estratégias biomédicas de saúde mental baseiam-se na ciência evidente da psiquiatria e desconsideram geralmente a relevância do contexto social, econômico e cultural. No entanto, o reconhecimento do contexto é importante nos níveis macro e micro (SAPOUNA, 2012).

O desenvolvimento da psiquiatria comunitária, ou seja, uma rede de serviços que oferecem intervenção em urgência e emergência, ambulatório, internações, ocupação e apoio social, seguiu progressivamente a remoção dos asilos manicomial na década de 1950. O atendimento comunitário e a desinstitucionalização tornaram-se indispensável por duas razões: primeiro, após o declínio da “terapia moral” do início do século XIX, houve uma estruturação subsequente de instituições grandes e regimentadas no início do século XX, que deixaram de ser referências de tratamento (ILIOPOULOS, 2012). Segundo momento, o esforço da psiquiatria para acompanhar o restante do progresso técnico-científico da medicina, orientando-se para o tratamento em conjunto dos transtornos mentais, doenças neurológicas e a descoberta de medicamentos psicoativos na década de 1950, facilitou o

atendimento de pacientes com transtornos mentais fora de hospitais psiquiátricos (ILIOPOULOS, 2012).

Segundo Yasui (2011), o processo de evolução da assistência em saúde mental em desenvolvimento no país, que denomina-se reforma psiquiátrica, teve início no final da década de 1970 e orientou-se em diversas práticas de mudança que ocorreram no continente europeu e nos Estados Unidos da América (EUA) no período após à Segunda Guerra Mundial: modificações no interior das instituições Psiquiátricas, como as oferecidas pela psicoterapia institucional de François Tosquelles e Jean Oury e pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones; mudanças de sentido, de doença para saúde mental, propostas pela psiquiatria de setor na França e pela psiquiatria comunitária norte-americana e, finalmente, as ofertas mais radicais de mudança paradigmática, ofertadas pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia na Itália.

No dia 13 de maio de 1978, o Parlamento italiano aprovou a lei 180 (conhecida como Lei Basaglia), que decretou o encerramento definitivo dos hospitais psiquiátricos italianos, principal alvo da longa e incansável luta de Franco Basaglia. Nessa data, na Itália existiam 98 manicômios, nos quais estavam internadas quase cem mil pessoas. Os pacientes com problemas de saúde mental voltaram a ser pessoas com direitos (SERAPIONI, 2018).

As experiências de reforma psiquiátrica francesa e italiana, foram processos que influenciaram as formas de fazer e pensar a política e os cuidados em saúde mental no Brasil, e que se constituíram em palcos sócio históricos no cenário mundial da transformação da assistência em psiquiatria (YASUI, 2011).

O processo da reforma psiquiátrica brasileira progrediu num contexto mais abrangente de reformas psiquiátricas desencadeadas em outros países do mundo e foi amparado em uma visão contra hegemônica ao modelo vigente até esse momento, baseado nos princípios da psiquiatria clássica como a prisão e o isolamento social dos pacientes com transtorno mental (ANDRADE E MALUF, 2015). Este modelo na época, foi reconhecido como ineficaz nas suas dimensões práticas e teóricas, como mostram os trabalhos

de Foucault (1997), Goffman (2001) e Cooper (1989) (ANDRADE E MALUF, 2015).

As atuais estratégias biomédicas de saúde mental baseiam-se na ciência evidente da psiquiatria e desconsideram regularmente a importância do contexto. No entanto, o reconhecimento do contexto social importantes nos níveis no contexto macro e micro (SAPUONA, 2012). Envolve (i) o reconhecimento dos cuidados de saúde mental como um ato sociopolítico (nível macro) e (ii) uma apreciação de como as experiências de angústia estão conectadas ao contexto da vida das pessoas (nível micro) (SAPUONA, 2012).

Atualmente, o Brasil já possui uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que engloba os conceitos da Reforma Psiquiátrica e sugere estruturar o modelo de atenção o qual assegura o livre fluxo de pessoas com transtornos mentais e oferece segurança e assistência com suporte nos recursos sociais e integrais (SILVA et al., 2013).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira visou qualificar o tratamento, acesso, assistência e a introdução destes pacientes na sociedade a partir da atuação da rede de atenção psicossocial (JORGE et al., 2010).

Nesta perspectiva, a rede de assistência ao paciente com transtorno mental, deve ser constituída por serviços estruturados entre si, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Hospitais-dia, Núcleos de Atenção Psicossocial (NASF), além da inclusão do paciente no Programa de Volta para Casa (SILVA et al., 2013).

Para a efetivação de uma assistência em saúde mental voltado para a reabilitação psicossocial do paciente com transtornos mentais são necessárias mudanças nos processos de assistência dos profissionais de saúde, sobretudo mediante reestruturação das práticas da equipe multidisciplinar que atua nesses serviços (JORGE et al., 2010).

As instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir uma assistência de qualidade a seus pacientes. Nesse âmbito, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido ênfase na implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos,

bem como aos danos aos pacientes decorrentes da assistência à saúde (FASSINI E HAHN, 2012).

Para que ocorra a moderação da cultura de segurança nas instituições de saúde, os novos profissionais devem apresentar conhecimentos e habilidades para identificar e usar medidas cabíveis após a ocorrência de um evento adverso (BORGARIN et al.,2014).

A gestão de risco é um processo no qual são formuladas alternativas para minimizar ou extinguir os eventos adversos, quais podem ocorrer durante a assistência dos profissionais da saúde, além disso, deve contar com toda a equipe multiprofissional (FASSINI E HAHN, 2012).

Para almejar a segurança na assistência, recomendam-se a utilização de estratégias que visem a padronização de processos de assistência; a identificação de riscos seguidos do planejamento da assistência; difundir conhecimento científico; o compromisso da gestão em prol deste bem, incluindo a cultura não punitiva por conta de evento adversos, e a melhor comunicação entre toda a equipe multiprofissional e pacientes (OLIVEIRA et. al., 2017).

A equipe multiprofissional em saúde deve conter conhecimentos e habilidades para reconhecer os eventos adversos e tomar as medidas adequadas para revertê-los, bem como preveni-los oportunamente, para que, com isso, ocorram mudanças na cultura de segurança das instituições (OLIVEIRA et. al., 2017).

3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL

O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. O objetivo da aliança é adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde. Ao lado dos outros países que aderiram à aliança, o Brasil está politicamente comprometido com esses propósitos da OMS. Para isso, o Ministério da Saúde instituiu em 1º de abril de 2013, por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (AVISA, 2019, não paginado).

A Segurança do Paciente com transtornos mentais insere-se nas particularidades psíquicas apresentadas pelos pacientes desta área. Assim a predisposição de comportamentos de risco é constante alerta na gestão de agravos para garantir efetividade da Segurança do Paciente. Neste cenário considera-se episódios de automutilação, suicídio, agressão física e verbal, agitação psicomotora intensa e outros comportamentos que oferecem risco para o paciente e o contexto no qual está inserido.

As inúmeras vulnerabilidades apresentadas nestes quadros tornam o manejo de cada paciente um grande desafio quanto a segurança do paciente, inclusive para as unidades de internamento e especialidade psiquiátrica. A falta de pesquisas científicas e protocolos de segurança do paciente bem estruturados na área da saúde mental, evidencia a importante complexidade e simultaneamente a necessidade de investimento em pesquisas gerando uma assistência em saúde mental mais qualificada.

Após Reforma Psiquiátrica ao final da década de 1970, e fechamento da maioria dos hospitais e leitos psiquiátricos, os pacientes com quadros agudos ou situações emergenciais de saúde mental são manejados em emergências de hospitais gerais. Contudo, apesar do suporte de saúde ofertado, o quadro é de grande vulnerabilidade devido a precarização de segurança desses pacientes e despreparo da equipe de saúde no manejo do paciente com transtorno mental. A minimizar danos, alguns estudos sugerem investimento na educação básica e continuada sobre este manejo, além de medidas institucionais como criação de protocolos e treinamento de equipe.

De acordo com Bridges et al., (2011), a colaboração da equipe multiprofissional é uma 'parceria entre uma equipe de profissionais de saúde e paciente em uma abordagem participativa colaborativa e coordenada para a tomada de decisão compartilhada em torno de questões sociais e de saúde.

Segundo Infante (2006), culpar os profissionais não evita eventos adversos, ao passo que a divulgação, análise e aprendizado dos mesmos evitam. Segurança do paciente é uma responsabilidade compartilhada de todos os membros da equipe multiprofissional, dos tomadores de decisão aos profissionais da linha de frente (ou seja, as extremidades bruscas e

agudas do sistema). Eventos adversos não compartilhados são vistos como uma admissão de incompetência na abordagem da pessoa, enquanto a falibilidade humana e a aceitação de eventos são compensadas com assistência em equipe sob a abordagem do sistema.

3.4 ONTOLOGIA E PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

Culturas incluem não apenas sistemas de interpretação para sintomas, patologias ou métodos de lidar com o sofrimento, mas ontologias inteiras, hierarquias de valores e técnicas morais que conectam a significado do sofrimento e respostas socialmente adequadas (KIRMAYER, 2012).

A ontologia vai além das preocupações reais de significado que os profissionais possuem, investiga profundamente a natureza da existência e, portanto, é parte integrante de como os mesmos se envolvem e agem no mundo (MCKIE, NAYSMITH 2013). Essas questões são relevantes para consultas sistemáticas sobre quaisquer práticas ou disciplinas principalmente na assistência. Qualquer tipo de racionalidade ou raciocínio que abranja a criação de significado ou criação de conhecimento possui status ontológico, sinalizando algo sobre a vida (ser) ou a própria existência do profissional (MCKIE, NAYSMITH 2013).

De acordo com Sarriot, Kouletio (2014), o campo global de saúde e desenvolvimento, que tem sido razoavelmente dominado por modelos lineares de planejamento, está testemunhando um interesse crescente em complexidade, processos não lineares e pensamento sistêmico. Esse interesse bem-vindo é desafiado tanto pela linguagem quanto pela capacidade de discernir se fenômenos complexos de desenvolvimento são discutidos em perspectiva da natureza de sistemas de saúde específicos (ontologia), da identificação de modalidades de intervenção mais adequadas (práxis) ou de nossa abordagem para a aprendizagem.

Segundo Scanlon (2011), tradicionalmente se considera constituir a essência de um profissional, observando as dimensões epistemológicas e ontológicas dessa essência e, ao mesmo tempo, considerar os desafios contemporâneos a essas dimensões.

Scanlon (2011) também diz que o dever profissional não pode ser reduzido à aquisição de conhecimentos e habilidades em ambientes educacionais formais, que são então promulgados em um local de trabalho profissional. Obviamente, o conhecimento e as habilidades são significativos e, juntamente com o desempenho profissional, ajudam a constituir identidade. Essa identidade profissional é multidimensional e inclui não apenas a identidade individual e coletiva situada em práticas profissionais específicas, mas também a identidade provisória, uma espécie de ensaio para um eu profissional.

As relações em uma equipe multiprofissional são fontes de vulnerabilidade e dependência. Elas podem fracassar e podem ser aflitivas, mas também são meios importantes através dos quais pode-se abrigar e proteger nossa vulnerabilidade profissional e pessoal (NORTVEDT, HEM, SKIRBEKK, 2011). Cuidar um do outro e viver em uma rede de relacionamentos significativos são para os profissionais uma parte importante de seu amadurecimento (NORTVEDT, HEM, SKIRBEKK, 2011).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

Há uma expansão de metodologias qualitativas entre os pesquisadores de saúde, porque as dificuldades se prestam a uma exploração cuidadosa, como quando questões de interesse são complexas, têm variáveis ou conceitos que não são facilmente mensuráveis ou abrange ouvir populações tradicionalmente caladas, sugere que a pesquisa qualitativa seja apreciada quando os pesquisadores de saúde procuram compartilhar histórias individuais, escrever em um estilo literário e flexível, compreender a circunstância ou o cenário das questões explicando mecanismos ou ligações em teorias causais; construindo teorias; e quando as análises estatísticas quantitativas tradicionais não se dispõem ao problema de que se trata (COLORAFI, EVANS, 2016, p 01).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado em uma clínica especializada em psiquiatria da cidade de Curitiba, a qual será denominada “Clínica” para fins desse estudo. A mesma possui duas Enfermarias de Cuidados Psiquiátricos Intensivos, uma Farmácia, 58 leitos, sendo 29 leitos femininos, 29 masculinos, refeitório, dois expurgos, Salas de Artesanato terapia, uma quadra poliesportiva, dois salas multiprofissionais, uma sala de reunião terapêutica, uma enfermaria clínica, um ambulatório de consultórios médicos, sala de aula para alunos de especialização médica, um Hospital-dia com 20 pacientes em acompanhamento.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram 13 profissionais da equipe multiprofissional da referida clínica, sendo os participantes com idade de 28 a 51 anos, quatro do sexo masculinos e nove do sexo feminino. Entre eles

estão, uma coordenação de enfermagem, três enfermeiros assistenciais, um técnico de enfermagem, um terapeuta ocupacional, uma assistente social, quatro psiquiatras. Com tempo de formação de quatro a 28 anos, com atuação de cinco meses a 32 anos.

4.4 OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES

Para a obtenção das informações foi utilizado uma técnica chamada de “Grupo focal”, derivada da entrevista coletiva, que contribui com informações por meio dos diálogos grupais (TRAD, 2009).

Para Trad (2009), o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo, a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca obter informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços.

As informações foram obtidas pelos pesquisadores, em local reservado (sala de reuniões terapêuticas de equipe da referida clínica), sem muitos ruídos, respeitando o tempo indicados por toda a equipe multiprofissional, com duração de 120 minutos e com apoio de um segundo moderador convidado, psicóloga gestora do grupo terapêutico da referida clínica. Após todos se sentarem, foi feita uma introdução sobre a técnica Grupo Focal. Foi utilizado dois gravadores em áreas distintas da sala, pois durante fase da transcrição, a presença de microfones foi especialmente útil. Deu-se início com a leitura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) em alto e bom som e após assinatura dos profissionais, iniciou-se com a primeira pergunta indutora, dando 40 minutos para discussão cronometrados, pois tinha tempo de início e fim do grupo focal, seguindo após o término para as perguntas consecutivas com mesmo intervalo de tempo. Vale ressaltar que a utilização dos gravadores foi condicionada à expressa permissão dos participantes dos grupos, antes do início do mesmo.

4.5 ANÁLISE DA INFORMAÇÕES

Para a análise das informações obtidas no grupo focal foi utilizado a análise de conteúdo que segundo, Capelle, Melo e Gonçalves. (2011), abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas).

As informações obtidas através de grupos focais são de natureza qualitativa. Isto implica na necessidade de se analisar as informações também de forma quantitativa, através de métodos que visam organizar as informações obtidas, de modo que elas revelem, com objetividade e integridade possíveis, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta. O termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47). Não há tratamento estatístico envolvido, mas um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que eles revelem, com a máxima objetividade e isenção possível, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta (LERVOLINO, PELICIONI, 2001).

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, conforme o esquema apresentado na Figura 2: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

Figura 2: Três fases da Análise de Conteúdo

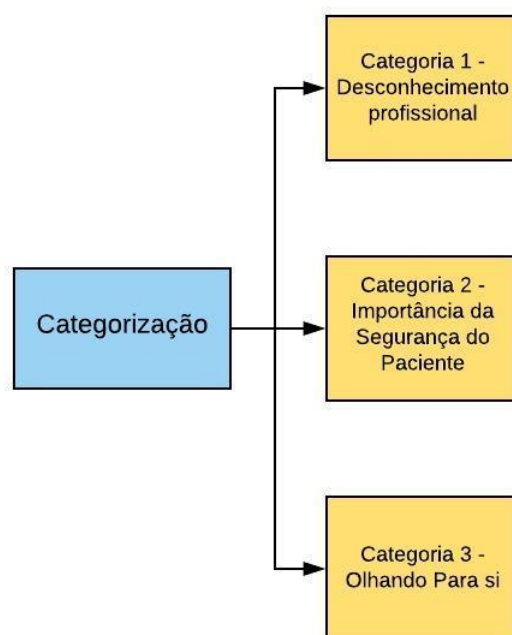


Versão adaptada de Bardin (2011).

Com os dados transcritos, iniciou a leitura flutuante e tratamento dos resultados. Em seguida, passou-se à construção das categorias, que surgiram das questões norteadoras, e a organização destas em unidades de respostas. As unidades de respostas que se repetem com muita frequência são “recortadas” do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 2011, p.100).

Após os dados transcritos e analisados, chegou-se no resultado de três categorias baseada nas unidades de respostas que mais se repetem, sendo a primeira categoria denominada desconhecimento profissional, que vem para reafirmar a falta de conhecimento aos profissionais que atuam na assistência dos pacientes em saúde mental. Na segunda categoria abordou-se a importância da segurança do paciente para a equipe multiprofissional que atuam na saúde mental, passando assim para a terceira categoria que tem como tema olhando para si a qual apontou para necessidade premente de profundas reflexões voltadas a segurança e saúde do profissional em psiquiatria sendo uma das medidas preventivas de eventos adversos ao paciente.

Figura 3 – Categorização após análise dos resultados



Fonte: autores (2020)

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o nº 016238/2019, CAAE nº 08554819.0.0000.5580 no dia 26 de abril de 2019, teve como fundamento os preceitos éticos conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do CNS. Foi respeitada a dignidade humana, protegendo a identidade dos participantes da pesquisa. O direito ao sigilo foi garantido, ressaltando-se que eles foram informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para a participação do estudo que foi assinado por todos e arquivado por motivo de respaldo legal.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O grupo focal realizado em uma clínica especializada em psiquiatria da cidade de Curitiba - PR, teve a participação de treze profissionais de nível superior e médio, sendo quatro psiquiatras, dois (duas) psicólogos (as), três enfermeiros (as), uma técnica de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma gestora hospitalar, que serão identificados de acordo com Quadro 3 por motivo de sigilo e ética.

Quadro 3 – Identificação dos participantes da pesquisa

Letra P/ ID	Nº ID	Formação
P	1	Psicóloga
E	2	Enfermeiro (a)
E	3	Enfermeiro (a)
E	4	Enfermeiro (a)
TE	5	Técnico de Enfermagem
M	6	Médico
M	7	Médico
M	8	Médico
M	9	Médico
P	10	Psicólogo
G	11	Gestão
S	12	Serviço Social
TO	13	Terapeuta Ocupacional

Fonte: autores (2020)

Dividindo o quadro 3 em três colunas, sendo a primeira titulada como “letra p/ ID”, que seria letra para identificação do participante, passando assim para a segunda coluna “Nº ID”, tenho um número de identificação para cada participante. A terceira coluna formação opta-se por descrever a formação acadêmica de cada participante, para assim facilitar no recorte das unidades de respostas que mais se repetem no texto, separando as falas mais relevantes para o estudo.

Houve dificuldade na organização de horário para que todos os profissionais da equipe multiprofissional conseguissem compor o grupo focal. Isso se deveu, principalmente, ao horário de trabalho de todos, que não permitia pausas para a participação na pesquisa. Houve também uma

facilidade e interesse por parte das pessoas em participar, sob a justificativa de que desconheciam a segurança do paciente em Saúde Mental, somente em assistência clínica.

O tempo foi dividido em três etapas, cada uma com 40 minutos fechando assim os 120 minutos totais estipulados pela instituição. Após o início da discussão no grupo focal, os participantes foram indagados pela primeira pergunta norteadora “Qual é a percepção do grupo sobre a segurança do paciente em saúde mental em unidade de internamento integral?” que deu embasamento para formulação das unidades de respostas e organização em categorias.

Após a produção das Unidades de respostas e categorização das mesmas apresentadas anteriormente no Quadro 3, considerando-se que as unidades de respostas (UR) se aproximam em várias ocasiões, optou-se por fazer uma subdivisão em tópicos, desenvolvendo sobre todo o assunto relativo à cada categoria, para efeitos didáticos.

5.1 DESCONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS

Após a primeira pergunta norteadora dando início a primeira etapa de 40 minutos do grupo focal, obteve-se várias unidades de respostas que se aproximaram por várias ocasiões, opta-se por transcorrer por todas as UR sem subdivisões neste capítulo, para facilitar o aprendizado preferindo demonstrar a organização da categoria desconhecimento dos profissionais em unidades de resposta, como demonstra o quadro 4.

Quadro 4: Desconhecimento dos Profissional: Categoria 1

1ª Categoria	Unidades de Resposta
Desconhecimento dos Profissionais sobre Segurança do Paciente	Estrutura Teórica
	Estrutura de Educação em Saúde/Comunicação
	Estrutura Física

Fonte: autores (2019)

Sabe-se que todos os profissionais da saúde que já vivenciaram de erro ou falha em sua atividade diária que possa ter ocasionado dano ou lesão persistente no paciente, conhecem a sensação de mal-estar e falta de acolhimento do sistema de saúde atual. Indaga-se as competências, mas ao mesmo tempo teme-se a possibilidade de ser punidos, visto a falta de conhecimento sobre segurança do paciente que permeia os principais estabelecimentos de saúde mental.

São poucos os profissionais que preveem a possibilidade de causar danos ou morte em outra pessoa, embora a chance de isso ocorrer varia muito entre os diferentes níveis de complexidade do paciente e da assistência a ele prestada. Muitos eventos adversos não poderiam ser evitados, pois alguns são resultados de verdadeira incerteza sobre o diagnóstico e outros na tomada de decisão que muda o curso da assistência.

Um dos aspectos marcantes na narrativa desse grupo foi o pouco conhecimento teórico sobre segurança do paciente. Dado início ao grupo focal foi solicitado pelos participantes, que tiveram dificuldades em entender a primeira questão norteadora, que fosse feita uma introdução ao tema, como pode-se ser evidenciado a seguir:

*O que você fala quando se diz Segurança do paciente?
(P1, 2019)*

Outro participante complementa:

Vamos falar sobre os Direitos dos pacientes em Saúde Mental ou sobre a segurança dele no serviço? (P2, 2019).

O conhecimento limitado dos participantes sobre segurança do paciente evidencia a necessidade de estratégias voltadas para a educação em saúde da equipe multiprofissional, no sentido de promover melhorias na

qualidade e segurança na assistência. A educação permanente em serviço de saúde mental permite desde uma compreensão mínima até mesmo avançada da segurança do paciente, facilitando, assim, a investigação da qualidade da assistência e, também, uma melhora significativa no serviço oferecido ao paciente.

Sobre o mesmo assunto, Jeffs et al, (2013) consideram que, apesar da dificuldade de qualificação em psiquiatria, os profissionais contribuem ativamente na segurança do paciente que estão internados de forma integral no hospital. Vale ressaltar que o cotidiano institucional se perpetua apoiada na distração dos trabalhadores, inconscientes do todo ao qual a sua prática pertence, ou mesmo no seu desejo claro de manter a organização tradicional do estabelecimento.

Mais perguntas surgiram sobre o tema, reafirmando o quanto a saúde mental necessita de qualificação e mais trabalhos científicos relacionados à segurança do paciente e debates articulados como pode-se ver na fala do participante:

Treinamentos de equipe no momento de crise ajuda saber lidar...Percepção de como agir antes que quadro de crise...para fazer está avaliação precisamos estar bem próximos ao paciente, vivenciar a vida dele dentro do internamento, não é só ficar dentro do posto de enfermagem..." (E2, 2019).

Fay-Hillier, Regan, Gordon (2012) também ressaltam a importância do conhecimento técnico-científico e institucional sobre os equipamentos e procedimentos padrões a serem utilizados na assistência, sempre prezando pela segurança do paciente.

Assim, Jeffs et al, (2013) afirmam que a importância do trabalho em equipe e a colaboração multiprofissional são vitais para a qualificação, qualidade e a segurança da assistência em saúde mental. A segurança do paciente é uma questão complexa que envolve todos os membros da equipe para melhorar os resultados da qualidade na assistência, incluindo a diminuição das taxas de evento adversos e da duração da internação hospitalar.

A relação entre a equipe multiprofissional se dá, portanto, por meio dos pacientes, que, em alguns momentos, colocam desafios os mesmos, bem como a necessidade de tomada de decisões através dos grupos terapêuticos. Não há, no entanto, reuniões periódicas, discussão de casos e atividades com a participação de mais de uma categoria profissional. Embora os profissionais reconheçam a importância das outras categorias, evitam extrapolar o que é sua atribuição típica. Nota-se na fala do participante a seguir:

Discutir em equipe multiprofissional as comorbidades e história clínica do paciente e formar estratégias para a segurança dele...” (E2, 2019)

Educar os profissionais sobre os eventos adversos na assistência prestada pelos profissionais de saúde mental, estimularia uma atitude um tanto realista e uma abordagem mais positiva e produtiva, tendo uma experiência profissional franca nas discussões de eventos adversos faz com que esta ação seja discutida em novas ocasiões e torna-se uma prática de aprendizado permanente. Observa-se na fala do profissional a falta do conhecimento e práticas preventivas de eventos adversos:

Pode acontecer também de situações fora do nosso controle, como pacientes que agredem outros, é um evento adversos e tem que ser notificado...” (E2, 2019).

Ao abordar a questão sobre segurança do paciente, os participantes levam a crer que a temática é pouco difundida no ambiente de trabalho psiquiátrico, muitas vezes dificultada pela falta de comunicação e qualificação desses profissionais. Um exemplo é a definição do participante sobre o que é segurança do paciente:

Acho que a segurança começa pelo ambiente ser salubre, limpo, administração de medicação em um ambiente sem muito barulho a onde a equipe possa se concentrar, fazer a checagem de medicação correta, o piso antiderrapante” (P9, 2019).

De acordo com Fassini, Hahn (2012), o cuidado prestado ao paciente é complexo, por isso os profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas e conhecer as normas da instituição, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados.

As interrupções durante a assistência é um problema conhecido de perto pelos profissionais de saúde mental e uma fonte importante de possíveis eventos adversos, principalmente de medicação. Em razão da frequência desta dificuldade e do potencial para causar danos graves ou permanentes aos pacientes, é preciso discutir estratégias preventivas que evitem distrações no momento da administração de medicação, o que representa um grande desafio na saúde mental.

Eventos adversos relacionados à medicação afetam diretamente o cuidado e colocam o paciente em risco inclusive após a alta hospitalar que pode significar tanto a saída do hospital diretamente para a residência do paciente quanto à mudança do hospital de alta complexidade para hospitais dias, transição e até mesmo casas terapêuticas, representa uma série de desafios para as equipes multiprofissionais responsáveis pela assistência. E a administração precisa dos medicamentos aparece como um desses desafios.

Instituições de saúde mental precisam estudar com mais profundidade e cientificidade formando estratégias preventivas para enfrentar eventos adversos, principalmente com lesões e suas consequências. Pode-se notar a dificuldade da comunicação direta entre a equipe e a falta de incentivo pela gestão na fala a seguir:

Faço treinamentos, e acabamos fazendo cortes porque naquele momento não está sendo bom para a empresa, realmente às vezes não adianta somente só treinamento” (G11, 2019).

O embasamento teórico e as normativas específicas foram citados durante o grupo focal como uma maneira de melhorar a comunicação entre as instituições fiscalizadoras, instituições públicas e privadas na assistência à saúde mental. O investimento na educação permanente seria uma estratégia

de comunicação mantendo relação direta com a melhoria da capacidade de rendimento e relacionamento no trabalho que pode auxiliar diretamente na prevenção de evento adverso.

A falta de comunicação dos eventos adversos e da educação permanente foram extraídas do grupo focal como uma dificuldade visível em todas as unidades de resposta, tanto na relação de comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional, instituição e órgãos de fiscalização. Os registros feitos pela equipe multiprofissional são considerados ações fundamentais na obtenção de informações de falhas e possibilita a comunicação e implantação de medidas voltadas para a redução do número de eventos adversos. Nota-se na fala dos participantes:

Por isso é importante uma classificação de risco efetiva e isso não acontece” (E2, 2019).

A questão estrutural é bem dificultosa por conta que os órgãos de fiscalização não se conversam para decidir o que pode ou não deixar em uma unidade de internação, exemplo: bombeiros, vigilância sanitária e os conselhos (G11, 2019).

Sobre a falta de comunicação Fay-Hillier, Regan, Gallagher (2012) respondem, especificamente, que a comunicação, qualificação, trabalho em equipe multiprofissional de forma colaborativa e uma abordagem centrada no paciente são fundamentais para a segurança do paciente. A forma como os profissionais são cobrados também influencia a qualidade do trabalho prestado.

Temas sobre a estrutura física do ambiente relacionado à segurança do paciente em psiquiatria surgiram como questões de discussão reafirmando o pouco conhecimento dos profissionais de saúde mental, o que constatasse na resposta da participante:

Instalação de barras, suportes e ambientes que eles possam se apoiar (P2, 2019).

A segurança em relação à estrutura física tem ocupado destaque entre os profissionais de saúde principalmente na psiquiatria, analisando não

só a estrutura física, mas a mesma vinculada às situações críticas, promovendo instituições seguras, construídas para serviços de saúde mental com igual segurança quando aplicada para a finalidade assistencial de acolhimento e tratamento das necessidades humanas.

A fiscalização dos órgãos governamentais está inserida nesse processo e acaba influenciando diretamente na estrutura física e segurança do paciente.

Nesta fala percebe-se que a falta de comunicação entre os próprios órgãos governamentais é dificultosa e que pode causar consequências na assistência prestada ao paciente. Pode-se verificar na fala do participante:

A vigilância sanitária, é claro! Precisamos acatar o órgão que vai liberar nossa licença (G11, 2019).

Na fala do participante, uma grande influência dos órgãos fiscalizadores sob as medidas de segurança do paciente, seja ela direta ou indireta, e a falta de comunicação dos mesmos com a referida clínica dificulta a tomada de decisão para melhor assistência ao paciente, deixando-a em segunda opção.

O participante a seguir, relata sobre a diferenciação estrutural de uma instituição em saúde mental para com uma estrutura de um serviço assistencial:

Nosso principal triunfo seria a vigilância 24h, nós tivemos algumas situações de pacientes com risco de suicídio que tiraram fios das cortinas ou fio da própria chave, infelizmente não podemos zerar os riscos (G11,2019).

Após a afirmação dos participantes pode-se extrair da discussão do grupo uma das várias diferenciações estruturais/assistenciais que serviços de saúde mental oferecem para seus pacientes: a vigilância 24 horas realizada através de vídeo/filmagem, restrição de espaços, grades, rondas periódicas, líderes de grupo terapêutico e entre outros. Tais estratégias corroboram com a diminuição dos eventos adversos e propicia a comunicação e gestão de risco efetiva.

Surgiram várias considerações após a discussão sobre a diferenciação da estrutura física, e uma delas foi sobre a diferença entre trabalhar com saúde mental e trabalhar em outras áreas da saúde. Neste cenário, os participantes da pesquisa seguiram um raciocínio que privilegiou a expressão das dificuldades encontradas na saúde mental. Um dos participantes trouxe à tona uma angústia quanto à organização institucional e à própria estrutura do serviço:

Vale a pena falar também sobre a segurança do paciente em saúde mental transexual, pois nós tivemos paciente aqui internados, e discutir a ala que ele irá ficar, o banheiro que vai usar, etc...” (P2, 2019).

Na perspectiva dos profissionais do hospital psiquiátrico, há dilemas éticos, jurídicos e estruturais que os diferenciam de outros serviços de saúde, principalmente os clínicos/assistenciais. Considerando-se que esses assuntos são poucos discutidos pelas equipes, faz com que se coloque a segurança de qualquer paciente de saúde mental em perigo.

Sobre este assunto Fay-Hillier, Regan, Gordon (2012) diz que o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) também reconhece que, embora o cuidado tenha como objetivo gerar benefícios para os pacientes, a complexa combinação de processos, tecnologias e fatores humanos na prestação de cuidados de saúde pode levar a eventos adversos. Os mesmos autores dizem que o evento adverso não é resultado de somente um processo, e sim, de vários processos de assistência do paciente em saúde mental somados.

Segundo Fassini e Hahn (2012) a gestão de riscos é um processo no qual são criadas alternativas para diminuir ou eliminar os efeitos adversos que podem ocorrer durante a prática dos profissionais da saúde, e, além disso, deve contar com um grupo formado por profissionais de diversas áreas. Os autores ainda citam que a falta de gestão de riscos pode ocasionar falhas no processo de assistência e segurança do paciente, exemplo relatado pela fala da participante a seguir:

Uma coisa muito importante também é eventual, mas já aconteceu sobre as fugas, são pacientes que fogem e retornam com drogas para dentro da clínica, já tivemos isso, isso é extremamente grave e tem que ser debatido (TE5, 2019).

A segurança do paciente no âmbito hospitalar e ambulatorial compreende uma série de gestão de riscos que devem ser encarados a partir da admissão do paciente na unidade de saúde mental até sua alta médica ou fim da consulta. Durante todo período, são adquiridas diversas medidas para garantir o cuidado integro ao paciente e proteger a equipe multiprofissional. Todavia, quando os profissionais de saúde identificam, por exemplo, um risco de fuga, algumas ações são intensificadas para manter a segurança e a permanência do paciente no hospital pelo tempo recomendado pelo médico.

Situações relatadas durante todo o grupo focal são eventos adversos rotineiros entre os serviços de saúde mental, e que pode trazer riscos à segurança não somente do paciente, mas como também da instituição e equipe multiprofissional.

5.2 IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Deu-se início a segunda etapa do grupo focal, com 40 minutos, com a segunda pergunta norteadora: “qual a importância da Segurança do paciente?”

Aspectos marcantes na narrativa desse grupo foi o pouco conhecimento teórico-científico sobre segurança do paciente que impacta diretamente na importância do tema para a assistência em saúde mental. O recorte dos discursos realizados pelos participantes levou à delimitação da segunda categoria, apresentada no quadro 5.

Quadro 5: Importância da segurança do paciente - Categoria 2

2ª Categoria	Unidades de Resposta
Importância da Segurança do Paciente	Embasamento Teórico-Científica
	Processo de Comunicação

em Saúde Mental	Comissão de Segurança do Paciente
-----------------	-----------------------------------

Fonte: autores (2019)

Esta segunda categoria possibilitou que os participantes desenvolvessem discussões que reforçaram a importância das práticas de segurança do paciente, dos profissionais e ambientes de assistência à saúde mental. Durante a discussão do grupo focal surgiram vários assuntos e um deles foi sobre a importância da comunicação e embasamento teórico-científico da equipe multiprofissional para o desenvolvimento da segurança do paciente como demonstra-se na fala a seguir:

Essas questões globais, infelizmente não teremos como deixar nulo, porém podemos diminuir, por isso acho de extrema importância discutir sobre segurança do paciente (E2, 2019).

É importante a capacitação da equipe multiprofissional na habilidade de se trabalhar em equipe, aumentando a capacidade de atuação, promovendo a comunicação, cooperação e liderança. Em uma equipe multiprofissional é de extrema importância o desenvolvimento de competências relacionais, o que possibilita a diminuição de riscos, aumentando a segurança do paciente, como percebe-se na fala do participante:

É fundamental termos esse elo da equipe e se comunicar a todo instante (E2, 2019).

Montando estratégias para evitar eventos adversos, levantamento dos riscos, e em cima deles fazer uma questão preventiva ou trabalho que seja para diminuir os riscos (E2, 2019).

Souza et al., (2015) oferecem uma visão ampliada sobre o assunto em questão, quando pesquisaram sobre o conhecimento da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente. Os autores apontam que é o conhecimento, isto é, a sustentação teórica que irá promover mudanças na cultura da segurança e levar os profissionais a prestarem assistência

adequada, livre de danos, com qualidade. Nesta expectativa reside o fato de se categorizar a importância do tema segurança do paciente, evidenciando um conhecimento parco, pouco expressivo, principalmente quando se está trabalhando com saúde mental. Não houve demonstração visível de conhecimento aprofundado, principalmente das diretrizes e legislações pertinentes.

Extraíu-se da discussão do grupo a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional e o quanto a falta dela influencia em eventos adversos ao paciente, o que culmina com o comprometimento da segurança de todos. Nota-se na fala do participante:

Isso é importante, aprendendo com os erros, sendo sempre dinâmicos, porque erros existem para não serem repetidos, fazendo estudos em cima das dificuldades que já existem, diminuindo os riscos com treinamentos (M9, 2019).

Segundo Fay-Hillier, Regan, Gallagher (2012), a Comissão Conjunta de Credenciamento de Organizações de Cuidados de Saúde (JCAHO, 2005) relatou que as falhas de comunicação entre equipe multiprofissional de saúde contribuem para 65% dos eventos adversos nas instituições. Os autores ressaltam a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional e que a falta dela contribui para vários tipos de eventos adversos relacionados a assistência.

Foi discutido que a falta de comunicação entre profissionais de saúde mental torna esta taxa ainda maior, por conta das práticas de combinados realizados cotidianamente dentro dos grupos terapêuticos. Após a fala do participante pode-se evidenciar ainda mais este assunto:

Por isso que avaliação e a vigilância restringindo os espaços a onde esse paciente irá circular é de extrema importância, um exemplo é a restrição de cachecol na clínica integral, só entra mediante avaliação e liberação do terapeuta (TO13, 2019).

Pode-se observar que o embasamento teórico-científico, protocolos institucionais e estrutura física vão dar subsídio para a realização dos

combinados feitos com os pacientes, sempre presando pela segurança dos mesmos. É importante ressaltar que a quebra de combinados ou de processos de riscos em saúde mental, acarreta em eventos adversos ou até mesmo a morte de pacientes. Observa-se na fala do participante:

Então mais que do que qualquer serviço de saúde, protocolos claros e atualizados, treinamentos regulares são essenciais, se vocês estão pesquisando como proteger o paciente, o investimento é melhorar a equipe como pessoa o resto vem junto (M6, 2019)

Segundo Brock et al, (2013) a relação entre comunicação em equipe e segurança do paciente aumentou a ênfase colocada no treinamento de futuros profissionais de saúde para trabalharem em equipe. Os autores ressaltam a importância da comunicação e qualificação até mesmo de novos profissionais que adentram a equipe multiprofissional do serviço, fazendo com que aumente a interação e não se perca a qualidade da assistência. Como relata o participante:

É fundamental termos esse elo da equipe e se comunicar a todo o instante (E2, 2019).

Treinamento exige uma questão técnica, empatia e etc... (M6, 2019).

A Portaria Nº 529 de 1º de abril 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, coloca os holofotes sobre a comunicação efetiva, dando-lhe a visibilidade necessária para promover a melhoria da interação entre os profissionais da saúde. Quando a equipe não se comunica com efetividade, erros facilmente surgem na prestação do cuidado (AVISA, 2015).

De acordo com Fay-Hillier, Regan, Gallagher, (2012) a comunicação da transferência inclui relatórios de turnos, instruções de enfermagem, relatórios de enfermeira para médico, relatórios de incidentes, revisões de casos e relatórios de serviços de emergência para facilitar um cuidado seguro e eficaz. Pode-se correlacionar com as organizações de alta confiabilidade, como a indústria aérea e a indústria automotiva, que usam

briefings, consciência situacional e identificação de bandeiras vermelhas ou avisos para promover a comunicação e o trabalho em equipe por segurança.

No cenário da assistência à saúde, esse formato de relatório é usado para promover a comunicação interdisciplinar colaborativa, o trabalho em equipe e a segurança do paciente para reduzir eventos adversos. Fay-Hillier, Regan, Gallagher, (2012) evidenciam instrumentos que facilitam a comunicação entre equipes de diversos turnos para assim melhorar a comunicação e estreitar informações valiosas para assistência em saúde mental, como relata o participante:

Se identificamos que está tendo várias notificações de fuga através das fichas, vamos até a administração discutir sobre uma melhor estratégia para evitar tal fato (E2, 2019).

Estes instrumentos vão dar subsídios estatísticos para discutir entre a equipe multiprofissional, estreitando o vínculo com a instituição, podendo encaminhar para definição de em uma melhor estratégia para a segurança do paciente.

Olino et al.(2019) em seu recente estudo denominado comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e *Modified Early Warning Score*, analisam o registro de nota de transferência (NT) e a emissão do *Modified Early Warning Score*, que é uma ferramenta que permite se realizar o julgamento clínico no sentido de se identificar a deterioração clínica de pacientes instáveis. Os autores afirmam que é uma ferramenta que favorece a comunicação entre a equipe e concluem que é preciso tornar seu uso sistemático pra que haja impacto sobre a segurança do paciente.

De acordo com Fassini, Hahn, (2012) a comunicação entre os profissionais de enfermagem expôs inúmeras deficiências ao longo dos anos, no que diz respeito às dificuldades de diálogo entre os diversos profissionais da equipe de saúde, à falta de registros escritos relacionados a pacientes que estão incompletos, imprecisos ou mesmo ocultos. Falhas na comunicação são a causa de uma diminuição da qualidade no atendimento, erros no tratamento e um dano potencial aos pacientes.

Culpar os profissionais não evita eventos adversos, ao passo que a divulgação, análise e aprendizado dos mesmos evitam a repetição desses eventos. A segurança do paciente é uma responsabilidade compartilhada de todos os membros da equipe de multiprofissional, dos tomadores de decisão até aos profissionais da linha de frente (ou seja, as extremidades bruscas e agudas do sistema) (INFANTE, 2006).

Eventos adversos não compartilhados são vistos como uma admissão de incompetência na abordagem por pessoa, enquanto a possibilidade de falha humana e a aceitação do evento adverso são compensadas com o trabalho em equipe sob a abordagem dos protocolos. Reitera-se que o trabalho em equipe para a segurança do paciente baseia-se na comunicação multiprofissional, colaboração, coordenação, busca de assistência qualificada quando necessário e aceitação da supervisão, conhecimento e experiência dos colegas (INFANTE, 2006).

Fassini e Hahn, (2012) e Infante, (2006), vêm concretizar a importância da comunicação multiprofissional em saúde mental, principalmente por registros escritos com o máximo de informação acerca do paciente, compartilhando evento adversos com toda equipe, transformando assim em aprendizado e minimizando a cultura punitiva.

No decorrer da discussão alguns dos participantes questionam sobre a diferença estrutural entre trabalhar com saúde mental e trabalhar em outras áreas da saúde, os participantes da pesquisa mostraram as dificuldades encontradas nos serviços de saúde mental:

Importante falar sobre os riscos de queda (por conta da medicação) para evitar maiores prejuízos ao paciente, nos crachás que os pacientes utilizam aqui na clínica tem identificação por cores, onde indica o risco que ele tem e a necessidades dos cuidados adequados (TO13, 2019).

Pode-se perceber na fala de outro participante o cuidado na administração da medicação que as instituições de saúde mental têm em não deixar nenhuma medicação sob posse do próprio paciente ou familiar, com a intenção de diminuir ou até mesmo anular a tentativas de suicídio:

Uma coisa que acho importante ressaltar, é uma coisa que hospital psiquiátrico tem que o hospital clínico não tem é o cuidado com a medicação não ficar em poder dele ou da família (M9, 2019)

Há uma diferença significativa expressa pelos profissionais da equipe multiprofissional em saúde mental, é estrutura física hospitalar e assistência ao paciente em saúde mental, que está utilizando medicação psicotrópica ou sedativa. Como nota-se na fala do participante a seguir:

Outro item importante é observar se o paciente está tomando a medicação, pois através das evoluções ou estagnação do quadro, sabemos se realmente estão tomando (M9, 2019).

Também foi comentado sobre as classificações de riscos que utilizam as cores para identificar os riscos de automutilação, queda, autoagressão, fuga, suicídio e agressão, diferente da assistência e classificação de pacientes em atendimentos clínicos. Como constata-se nas falas a seguir:

Um próprio lápis que eles usam nas atividades pode ser um risco (P10, 2019).

Uma das coisas importantes da segurança do paciente que nós trabalhamos aqui é com a vigilância 24 horas, no caso de risco de queda o paciente pode ter um acompanhante familiar ou cuidador para evitar tal risco, pacientes com risco de fuga não ter acesso ao pátio e aos muros (E3, 2019).

Importante falar sobre os riscos de fuga e como evitar ou pelo menos minimizar, nós temos na clínica as contenções físicas e químicas, limitar os espaços onde o paciente irá circular, organizar atividades dentro da instituição para que complete o tempo dele (TO13, 2019).

O Hospital possui dever de vigilância em relação aos pacientes internados que apresentam confusão mental. Vindo o paciente a falecer após fuga do hospital psiquiátrico, responde este por prejuízos advindo de tal fato.

A morte de um familiar caracterizando dano moral *in re ipsa*, pois o sofrimento e a dor pela a perda, além de ser insuperáveis, são presumíveis. O valor da indenização mede-se pela extensão do prejuízo, nos termos do art. 944 do código civil (TJMG, 2019).

Foi reafirmada durante o grupo a importância da comunicação entre a equipe para uma assistência adequada desde a entrada do paciente ao serviço até a alta hospitalar para clínica dia ou residência seja própria ou terapêutica.

O Grupo destacou também a função e a importância estrutural da comissão de segurança do paciente, como descrito no relato:

A importância do Núcleo de Segurança do Paciente, onde são discutidas as fichas de evento adverso para uma melhoria do serviço neste sentido (S12, 2019).

Existe para que não sabe uma Comissão de Segurança do Paciente aqui no Hospital, é bem importante trabalhar as questões de como podemos prevenir essas situações, mas para isso temos que sofrê-las para que possamos corrigir então nós implementamos uma ficha de notificação à onde podemos ter subsídio para nós montarmos estratégias (E2, 2019).

Nota-se, então, a falta de conhecimento até mesmo da existência de uma comissão de segurança neste serviço de saúde mental, ainda mais das funções que ela desempenha dentro da instituição. A falta de reuniões regulares e comunicação das discussões de eventos adversos ou até mesmo informações básicas através de treinamentos e qualificação facilitam os eventos adversos.

5.3 OLHANDO PARA SI

Apresenta-se a terceira categoria, que surgiu dos discursos durante o grupo focal, com os últimos 40 minutos de reunião: Olhando para si! Fez com que o grupo entrasse em uma discussão sobre a importância da estrutura emocional do profissional na assistência em saúde mental, para manter o paciente em segurança, promovendo assim a construção da

unidade de resposta chamada de “Estrutura Emocional do Profissional” como se observa no quadro 6.

Quadro 6: Olhando para si – Categoria 3

3ª Categoria	Unidades De Resposta
Olhando para si	Estrutura Emocional Da Equipe Multiprofissional

Fonte: autores (2019)

Para esse grupo, a capacidade da equipe multiprofissional de referência em acolher o sofrimento depende da disponibilidade do profissional, do seu perfil e da sua formação interferindo de maneira direta na segurança do paciente. Foi marcante nesta narrativa a expressão da angústia ao entrar em contato com o sofrimento, e também certo medo em relação à necessidade de lidar com os pacientes considerados com transtornos mentais.

Avalia-se que a formação acadêmica da equipe multiprofissional, não contribui para que possam intervir no campo da saúde mental. Pode-se identificar na fala do participante:

Para dar andamento nesta conversa, me chamou atenção que ninguém tocou no assunto, que eu acho mais relevante, a maior segurança para o paciente é nosso estado emocional, não é? (M6, 2019)

Na perspectiva dos profissionais de psiquiatria, a angústia mencionada se deve ao fato de o campo de atuação ser a saúde mental e não ao local de trabalho, e que o estado emocional do mesmo, estando abalado acaba por consequência interferindo na assistência e segurança do paciente, ocasionando, por sua vez, eventos adversos.

A fala dos participantes expressa uma demanda importante no campo da atenção à saúde mental, principalmente quando se trata da estrutura emocional do profissional relacionada à segurança do paciente. Como relatam os profissionais:

Existe um pensador chamado Michael Balint que ele diz e eu acredito nisso e serve para todos, que cuidam do paciente, o maior remédio podemos dar ao paciente somos nós mesmo (M6, 2019).

É a atenção que devemos dar para o paciente, as vezes estamos tão tripulados e ocupados que não damos a devida atenção para os pacientes, justamente isso que foi colocado (E4, 2019).

O profissional enfrenta diversas situações e fatores no ambiente de trabalho que afetam a sua integridade física, psíquica e emocional. Tais falas surgem no debate, em meio a percepção da equipe multiprofissional sobre a estrutura emocional, subjacente nas falas dos diferentes profissionais que a doença não afeta apenas o paciente, mas muda a vida de todos que acompanham no seu dia a dia, incluindo-os.

Geralmente, esses profissionais acabam abraçando a sua função, sofrendo mudanças em sua rotina e abalos psicológicos por conta da complexidade da situação que acaba influenciando em eventos adversos. Pode-se observar no relato do participante:

E isso volta, então se a gente consegue cuidar bem do paciente usando todos os nossos recursos, muito comum sermos atacados, e pode ser que não estamos dando o máximo de nós, então acho muito importante termos um radar de como estamos cuidando dessas pessoas, pois se estamos mal emocionalmente não temos como dar a melhor assistência, isso desde a recepção (E2, 2019).

E como lidamos o tempo inteiro com isso acho que é um tema que deveria ser abordado em segurança do paciente (M6, 2019).

O ambiente de assistência à saúde mental, cujo cenário é composto de grades, enfermarias cheias, barulho incômodo e odor que remete à insalubridade, contribui muito para a insatisfação dos profissionais. Esse cenário somado aos personagens - usuários, familiares e profissionais - na relação já exposta anteriormente, cria condições favoráveis à difusão do sofrimento entre todos.

Para prestar uma assistência de qualidade, é preciso reconhecer o limite entre dedicação ao paciente e dedicação a si mesmo. É preciso que o profissional esteja informado, orientado e se sinta apoiado. Caso contrário, o estresse toma conta e acaba prejudicando a segurança do paciente:

É importante focar no estado emocional da equipe no tratamento do paciente, pois isso pode prejudicar o tratamento dele, tem que ser sempre bem acolhido (G11, 2019).

Na perspectiva dos profissionais do hospital psiquiátrico, é necessário um preparo emocional do profissional que irá, conseqüentemente, se expor e se colocar como ferramenta de trabalho:

É fundamental termos esse elo da equipe e se comunicar a todo o restante, principalmente se não estamos bem (M2, 2019).

Essas discussões são de extrema importância para a minha proteção e todos que trabalham aqui, e para todos os pacientes (TO13, 2019).

Se eu estou bem emocionalmente, consigo ter esse olhar para o paciente identificando e prevenindo qualquer evento adverso (M6, 2019).

De acordo com McKie e Naysmith, (2013) podem ser identificadas três áreas conceituais amplas que, cumulativamente, têm o potencial de dar nova direção à equipe multiprofissional em saúde mental. A primeira área baseia-se em desenvolvimentos mais amplos no campo da psiquiatria. A Psiquiatria para a pessoa possui várias perspectivas e defende a promoção de uma psiquiatria da pessoa (da totalidade da saúde da pessoa, incluindo seus aspectos positivos e negativos), para a pessoa (auxiliando na realização do projeto de vida de cada pessoa), pela pessoa (com seres humanos plenos, fundamentados cientificamente e com altas aspirações éticas) e com a pessoa (em colaboração respeitosa e fortalecedora com a pessoa que se apresenta para o atendimento). Pode-se notar está angústia na fala do participante:

A importância é estamos satisfeitos consigo mesmo e com cada um, para estar desenvolvendo o máximo das suas atividades e cuidado do paciente, quando negligenciamos alguma coisa sobre a segurança do paciente isso vai vir como cobrança em algum momento da nossa vida né (E2, 2019).

O cuidado com o cuidador aparece em vários momentos durante o grupo focal, como pode perceber neste trecho recordado da fala do participante:

Entra justamente na questão que o cuidador, precisa de cuidados (P1, 2019).

McKie e Naysmith, (2013) vêm ressaltar as principais causas que afetam o bem-estar do cuidador, a saber: enfrentamento de situações adversas e inesperadas; vivência do cotidiano em uma unidade de internamento integral; relacionamento interpessoal com familiares; relacionamento interpessoal com os demais membros da equipe profissional; condições socioeconômicas e conflitos gerais. No entanto, conta-se também no ambiente de trabalho com a rotina repetitiva, situações de risco de vida, processo de morte e morrer, e ainda o sofrimento e dor do outro, entre outros.

A partir disso pode-se trabalhar na causalidade para tentar diminuir a incidência de eventos adversos ligados a estrutura emocional dos profissionais em saúde mental:

Se eu estou bem, consigo ter esse olhar para o paciente identificando e prevenindo qualquer evento adverso (M6, 2019).

McKie e Naysmith, (2013) também dizem que ao reconhecer uma pluralidade de bases conceituais, o mérito desse movimento centrado na pessoa reside em sua tentativa de evitar o reducionismo, reconhecendo, assim, que os esforços para conceituar a prática de saúde mental são complexos.

É dado destaque à ética, reconhecendo a humanidade de clientes e profissionais. Conhecimento saliente para a prática assistenciais em saúde

mental deriva de fatores pessoais e socio-econômico-culturais.

Nortvedt, Hem, Skirbekk, (2011) complementam dizendo que uma ética do cuidado se concentra nas redes relacionais. Os agentes morais têm responsabilidades em relação a seres humanos específicos com os quais estão conectados e afetados pelas ações dos agentes morais. O que é eticamente relevante na ética do cuidado é como nos encontramos e cuidamos dos nossos próprios interesses e necessidades do outro. Percebe-se na fala do participante:

Se o paciente não está seguro, o profissional não está, a própria instituição não está, e qualquer evento adverso repercute na visibilidade da própria instituição, na própria família, no retorno desse paciente, ou na questão da vivência desse profissional, se a equipe multiprofissional está integrada, então é muito amplo, segurança do paciente também é segurança da equipe (M9, 2019).

Novamente pode-se citar Mckie e Naysmith (2013), que de maneira ontológica, apontam para a criação de significado, principalmente quando adjacente à vida e ao cuidado de si e do outro. Nortvedt, Hem, Skirbekk, (2011) vêm justamente reforçar a pluralidade e humanidade profissional. Dessa concepção mais ampliada de saúde mental, no qual os valores morais e a atitude ética favoreçam a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre a equipe multiprofissional preservando assim a segurança do paciente, aumentando a comunicação e reduzindo os eventos adversos.

Os participantes reconhecem que é preciso criar um ambiente de trabalho favorável que seja afetuoso, caloroso, atencioso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, ou seja, um ambiente no qual a pessoa experiencie o cuidado humano, proporcionando assim estabilidade emocional e qualidade na assistência, pode-se verificar na fala do participante:

Essa questão é fundamental, quando prestamos assistência com amor, carinho e dedicação naquilo que se faz, vem o retorno, então o que a gente puder focar

ao cuidado e segurança do paciente de estar próximo do mesmo e discutir com a equipe sobre o quadro clínico, podemos gerar estratégias (P7, 2019).

De acordo com Scanlon, (2011), complementa-se que a dimensão ontológica é sobre a prática *in situ*, exigindo doses fortes de socialização, onde os profissionais, como tradicionalmente percebidos, devem exibir altruísmo, confiança, autonomia e conhecimento de sua base de pacientes. Essa dimensão exige que os profissionais desenvolvam um senso de quem eles são em termos de prática profissional, como eles habitam o mundo profissional e em que termos e como eles interagem com os outros naquele mundo.

Percebe-se dos participantes do grupo focal que dentro dos serviços de saúde mental, a estrutura emocional do profissional é um dos focos da segurança do paciente e que deve ter um olhar especial. Os participantes falaram a respeito da estrutura emocional está inserida na segurança do paciente:

Por isso o que ele disse é realmente importante, porque se estamos de bem com a gente podemos lidar e observar esses riscos (P10, 2019).

Se eu estou bem, consigo ter esse olhar para qualquer paciente, identificando e prevenindo qualquer evento adverso (S12, 2019).

No entanto, a formação do conceito real da equipe multiprofissional sob uma abordagem assistencial em saúde mental é impulsionada mais pelo modelo biomédico do paciente do que pelo modelo sociológico e epistemológico. De fato, essa característica pode ser considerada um poderoso indicador da prevalência da perspectiva biomédica no tratamento do paciente. Constata-se o assunto na fala do participante a seguir:

Não adianta só treinamento, pois tem pessoas que realmente não tem tato, precisa de um tipo de feedback do que está acontecendo, a nossa arma mais importante a nosso favor é a ligação afetiva, criar uma

ligação de confiança, diminuindo assim todos os eventos adversos (M8, 2019).

Essa fraqueza também foi apontada por Infante(2006) sobre as pesquisas sociológicas e epistemológicas da equipe multiprofissional relacionadas à segurança do paciente no que diz respeito à questão da relação entre os profissionais da equipe e entre profissionais e pacientes. Finalmente, como Nortvedt, Hem, Skirbekk, (2011) documentaram recentemente a perspectiva e o papel do profissional no processo de colaboração em equipe para a melhora da assistência e principalmente na segurança do paciente.

Notou-se durante o grupo focal a falta de conhecimento da instituição sobre a importância da estrutura emocional dos profissionais de saúde mental, como demonstra o recorte da participante:

Falando da segurança do funcionário, temos a CIPA que particularmente é de extrema importância, pois faz mudanças na estrutura física, como nas redes de proteção da escada que não é uma proteção somente para o paciente como também para o funcionário (G11, 2019).

Incorporar uma cultura de aprendizado sobre as falhas humanas requer das instituições não só a segurança do paciente como objetivo organizacional, mas acima de tudo como ação individual, responsabilidade pessoal e profissional. Diante disso, a falta de conhecimento da equipe multiprofissional sobre segurança do paciente, faz com que haja a necessidade de educação permanente para uma assistência de qualidade, priorizando assim a segurança do profissional e não somente do paciente. Como pode-se perceber na fala do participante:

Como estamos falando também de saúde mental, acho importante cuidar da saúde mental de quem trabalha, porque isso respinga na segurança do paciente, assim o investimento humano, interpessoal, o cuidado com o profissional, percepção previa de si mesmo, abordagens, tudo isso gera compreensão e uma equipe multiprofissional melhor (M9, 2019)

Considera-se necessário que a equipe multiprofissional seja incentivada e orientada a se perceber como peça importante para o equilibrado funcionamento do sistema de saúde mental, e que para tanto, o cuidado e a atenção dispensada ao outro deve ser equivalente aos cuidados que profissionais devem ter com eles mesmos. Somente assim poder-se-á prezar, fortalecer e aprimorar a segurança do paciente.

Dotados deste saber, os profissionais que prestam assistência à saúde mental serão capazes de valorizar e promover saúde e qualidade de vida e, além disso, ofertando atenção de qualidade que responda bem às necessidades dos que procuram excelência no cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Revisitando os objetivos propostos neste estudo, foi apreendido vários aspectos da percepção da equipe multiprofissional sobre a segurança do paciente em saúde mental, identificando-se conceitos advindos de uma prática descontextualizada com as políticas públicas relativas à segurança do paciente em saúde mental.

Reitera-se que a segurança do paciente é peça angular e fundamental do processo de qualidade na assistência ao paciente. Percebe-se também o papel do profissional no processo com a equipe para a melhora da comunicação, qualificação e assistência, principalmente no que tange à segurança do paciente. Certamente, pode-se considerar que, se o profissional não possui estrutura emocional e ferramentas de trabalho seguro acabam não desenvolvendo competências relativas à segurança, e a equipe conseqüentemente não apresentará papel seguro.

A discussão possibilita que os serviços de saúde mental possam desenvolver ações que reforcem as práticas de segurança do paciente, profissionais e ambientes de assistência à saúde. Estas discussões visam contribuir para a minimização de riscos e danos ao paciente, refletindo na melhoria da atenção prestada nos serviços de saúde mental.

Sobre a percepção da equipe multiprofissional de saúde mental sobre segurança do paciente, observou-se o desconhecimento significativo dos profissionais quanto a sua existência e propostas, o que revela ser um desafio diário na assistência à saúde mental. No entanto, a maioria dos participantes não evidenciou resistência com relação à importância da segurança do paciente, porém é fundamental que os profissionais realizem processos de educação permanente e demonstrem interesse em buscar conhecimento técnico-científico.

Preparar programas de educação permanente em saúde mental seria a estratégia para modificar o cenário aqui apreendido. Capacitações que trouxessem debates problematizadores sobre diferentes temas da segurança do cuidador e paciente poderiam suscitar o envolvimento dos profissionais no contexto da saúde mental de qualidade intrínseca.

As metodologias ativas de ensino e aprendizagem certamente poderiam favorecer a construção do conhecimento que não foi percebido nas falas do grupo focal, metodologias tais como Grupo de Verbalização e Grupo de Observação (GVGO), *Team Based Learning* (TBL), *flipped class room*, sala de aula invertida entre outras modalidades de aprendizado interessantes para a equipe.

Um ponto extraído do grupo focal é a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional, principalmente na classificação de risco efetiva e por registros escritos com o máximo de informação acerca do paciente, protocolos bem estabelecidos, compartilhando eventos adversos com toda equipe, transformando assim em aprendizado e minimizando a cultura punitiva.

A gestão, responsável direta pelo fortalecimento da cultura de segurança institucional, poderia voltar seus olhos para um alinhamento organizacional, promovendo canais abertos de comunicação, oferecendo feedbacks apreciativos, possibilitando a escuta do outro como condição prioritária.

Percebe-se, também, que os participantes do grupo focal deram grande importância à estrutura emocional dos profissionais que trabalham na assistência ao paciente com transtorno mental, tornando “um olhar para si” um ponto chave para a segurança do paciente.

O contato humano neste cenário de saúde mental é imperativo e componente preponderante do cuidado, assim sendo, é preciso definir-se estratégias laborais que permitam ultrapassar o “olhar para si” e caminhar para o “cuidar de si” como prioridade e condição para o real processo de “cuidar do outro”.

Novamente a gestão entraria em cena, propiciando ambiente de trabalho adequado, seguro e promovendo, aos profissionais, maior qualidade de vida, que embora tenha uma conceituação difícil, reflete a preocupação com o aprimoramento dos componentes da vida.

Pode-se observar também que mais pesquisas são necessárias sobre segurança do paciente em saúde mental e estruturas emocionais dos profissionais para melhoria e preservação da segurança do paciente, para

assim promover mudanças significativas na assistência à saúde, estimulando modificações nas políticas públicas relacionada à temática.

As informações aqui evidenciadas podem ser trabalhadas na perspectiva da gestão, da assistência e do ensino, e poderão contribuir para a melhoria do cenário da (in)segurança dos pacientes com transtornos mentais.

Espera-se com este trabalho, contribuir para criação de um grupo de apoio estruturado ou a estruturação de redes de apoio, por meio de ações educativas voltadas à segurança do paciente em conjunto com educação permanente em saúde mental, abordando aspectos biopsicossociais, de promoção de saúde, comunicação, proteção específica, do cuidar de si e reabilitação de danos causados, através de formulação de estratégias que visem um olhar mais humanizado tanto ao profissional que se dedica todos os dias à segurança do paciente, e ao paciente que possui o direito à vida e á segurança.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 26, n. 1, p. 251-270, Rio de Janeiro. 2016.

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, Biblioteca digital: bibliografia internacional anotada. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=5624643&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=seguranca-do-paciente-pratique-essa-ideia-&inheritRedirect=true, acesso em :13 de jan. 2020.

AVISA. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. **Agencia Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70, 229 p. São Paulo. 2011.

BOGARIN, Denise Franze. et. al. **Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem**. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33308/23221>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

BORBA. L.O. et. al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**. 2012.

Brasil. Tribunal de Justiça Estadual de Minas Gerais. Apelação Cível : AC 10521080683936001 TJ/MG, **Relator: Amorim Siqueira**, Data de Julgamento: 25/06/2019, Data de Publicação: 11/07/2019, . Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/731029554/apelacao-civel-ac-10521080683936001-mg?ref=serp>, acesso em :12 de mar. 2020.

BRIDGES, Diane. et al. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education, **Medical Education Online**. 2011.

BROCK, D. et. al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. p. 414–423. **BMJ Quality & Safety**. 2013.

CAPELLE, M.C.A. MELO, M.C.O.L. GONÇALVES, C.A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais Organizações Rurais & Agroindustriais. **Revista Eletrônica de Administração da UFLA**. v. 5 n. 1 2011.

COLORAFI, K. J. EVANS, B. Qualitative descriptive methods in health science research. **HERD**, p. 16-25. 2016.

COSTA, Daniele. Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares. 97 f. **Dissertação (Mestrado)**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

DYNIEWICZ, Ana. **Metodologia Da Pesquisa Em Saúde Para Iniciantes**. São Paulo, **Rev enferm UFPE on line**. 2011.

FASSINI, P., HAHN G.V., Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, p. 290-299. 2012.

FAY-HILLIER, T. M., REGAN, R. V., GALLAGHER GORDON, M. Communication and Patient Safety in Simulation for Mental Health Nursing Education. **Issues in Mental Health Nursing**, p. 718–726. 2012.

FONSECA, Regina. Como elaborar projetos de pesquisa e monografias. Curitiba, **IESDE Brasil**. 2012.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. **Perspectiva**. São Paulo. 2008.

GIL, Antônio. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo, 2002.

GOULART, MSB, DURAES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicol. Soc. [online]**. 2010, vol.22, n.1, pp.112-120. 2010.

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

ILIOPOULOS, John. Foucault's Notion of Power and Current Psychiatric Practice. 19(1), 49–58. **Philosophy, Psychiatry, & Psychology**. 2012.

INFANTE, Claudia. Bridging the “system’s” gap between interprofessional care and patient safety: Sociological insights. **Journal of Interprofessional Care**, p. 517–525. 2006.

JEFFS, Lianne. Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members. **BMJ Quality & Safety**, p. 923–930. 2013.

JORGE, M.S.B. et. al. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. **RBPS**, jul./set., p. 221-230. Fortaleza. 2010.

KIERSMA, M. E., PLAKE, K. S., DARBISHIRE, P. L. Patient Safety Instruction in US Health Professions Education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, p. 162. 2011.

KIRMAYER, Laurence. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. **Social Science & Medicine**. p. 249–256. 2012.

KYRKJEBO, J. M., BRATTEBO, G., SMITH-STROM, H. Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. **Journal of Interprofessional Care**. p. 507–516. 2006.

LACERDA, M.R. COSTENARO, R.G.S. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. **Moriá**, 2016.

LIMA, M. CORTEZ, E. A cultura da segurança do paciente na saúde mental: instituindo novas práticas com a educação permanente. **Revista Pró-UniverSUS**. 2017.

MCKIE, A. NAYSMITH, S. Promoting critical perspectives in mental health nursing education. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. 2013.

MINAYO, Maria. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo, **HUCITEC**. 2004.

Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil; Brasília, DF; 2013 [citado 2018 jul 10].

MITCHELL, Pamela. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. **Agency for Healthcare Research and Quality (US)**; Apr. 2008.

NORTVEDT, P. HEM, M. H. SKIRBEKK, H. The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. **Nursing Ethics**.. 2011.

OLINO, L. et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2019.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein (São Paulo)**. 2017.

PIETIKAINEN, P. MADNESS: A History. **Routledge**. 2015.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. 2013.

RUDIO, Franz. Introdução ao projeto de pesquisa científica. **Vozes**. 2004.

SAMMER, C. E. et al. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. **Journal of Nursing Scholarship**. 2010.

SAPOUNA, Lydia. Madness and Civilization: A History of Insanity (2001). **Community Development Journal**, 47(4), 612–617. 2012.

SARRIOT, E. KOULETIO, M. Community Health Systems as Complex Adaptive Systems: Ontology and Praxis Lessons from an Urban Health Experience with Demonstrated Sustainability. **Systemic Practice and Action Research**. p. 255–272. 2014.

SCANLON, Lesley. “Becoming” a Professional. Lifelong Learning Book Series, vol 16. **Springer**, Dordrecht. 2011.

SILVA, N. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Rev. bras. enferm.** v. 66, n. 5, p. 745-752. Brasília. 2013.

TRAD, Leny; BOMFIM, A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, v. 19, n. 3, p. 777-796. Rio de Janeiro. 2009.

VYAS, D. et. al. An Interprofessional Course Using Human Patient Simulation to Teach Patient Safety and Teamwork Skills. **American Journal of Pharmaceutical Education**. 2012.

YASUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **Hist. cienc. Saúde Manguinhos**. 2011.

APÊNDICE 1

PERGUNTAS NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL

1. Qual a percepção da equipe sobre a segurança do paciente em atenção a saúde mental em unidade de internamento integral?
2. Qual a importância da segurança do paciente para a equipe multiprofissional em atenção saúde mental?
3. Como podemos melhorar a segurança do paciente em saúde mental em unidade de atenção a saúde mental?

ANEXO 1



PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

O projeto de Compartilhar surgiu a partir de um projeto de pesquisa de mestrado do Professor Leandro Lopes Gibson Alves, orientado pela Prof^a. Dr^a. Elaine Rossi Ribeiro, que começou abordando temas sobre segurança do paciente (SP) em Saúde Mental, através de grupo focal realizado juntamente a equipe multiprofissional de uma clínica especializada em Psiquiatria no município de Curitiba, onde cada um dentro de suas especialidades socializava seus saberes com outros presentes.

JUSTIFICATIVA

Este documento apresenta uma proposta de organização do processo de educação permanente orientado para a qualificação da equipe multiprofissional, articulando a prática auto avaliativa um conjunto de instrumentos e estratégias que visam apoiar os serviços nessa agenda, que é contínua.

OBJETIVOS

- Delimitar dimensões e padrões de qualidade coletivamente reconhecidos;
- Incentivar a cultura da autoavaliação nas equipes;
- Incentivar processos de monitoramento de indicadores (tomada de decisão e qualificação de processos, modelos e fluxos).

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

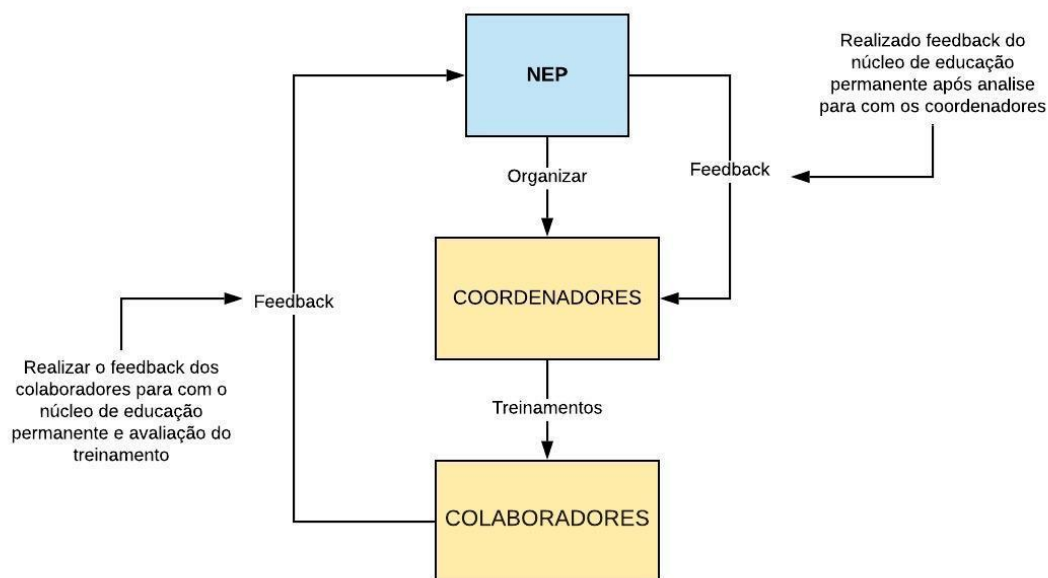
A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/20041, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071. Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

É importante a construção de uma matriz de treinamentos com o objetivo de sistematizar os treinamentos obrigatórios e não obrigatórios anuais previstos a cada setor, e assim, constituir ferramentas de aprendizagem e sistematização que facilite a definição de objetivos e metas, abrangendo todos os colaboradores e setores.

Após sua estruturação, grande parte dos treinamentos serão aplicados *in loco* de forma explanatória e objetiva. Esta metodologia propicia benefícios, como rápido início de aplicação e de disseminação dos treinamentos estipulados em todo o hospital.

Como forma de ferramenta organizacional para a qualidade de treinamentos, todos os coordenadores de setores serão responsáveis pelos treinamentos de seus colaboradores, sendo veículo de informação ou delegando para um colaborador multiplicador sendo de total responsabilidade do mesmo, pois o feedback será realizado pelos colaboradores participantes através de questionários estruturados e direcionado para o setor responsável.

O feedback será realizado através de um questionário de perguntas fechadas que serão depositadas em urnas de acrílico posicionada na entrada do setor, logo mais analisadas pelos Núcleo de Educação Permanente. Como demonstra o fluxograma organizacional de treinamentos.



Fonte: autores (2020)

Verifica-se ainda, que muitos dos temas obrigatórios e não obrigatórios os quais se relacionam, poderiam ser aplicados em uma única oportunidade a um maior número de colaboradores, em eventos institucionais como a Semana de Enfermagem e Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT), com a colaboração de vários setores ou comissões.

Portanto, outras metodologias ativas mostram-se necessárias para uma abordagem mais eficaz. As metodologias ativas de ensino e aprendizagem certamente poderiam favorecer a construção do conhecimento que não foi percebido nas falas do grupo focal, metodologias tais como Grupo de Verbalização e Grupo de Observação (GVGO), *Team Based Learning* (TBL), *flipped class room*, sala de aula invertida entre outras modalidades de aprendizado interessantes para a equipe.

Sendo assim, os treinamentos previstos na Matriz de Treinamentos serão divididos da seguinte forma: treinamentos permanentes e treinamentos continuados, utilizando metodologia ativas realizadas *in loco ou espaços* reservados para treinamentos da equipe.

PLANO DE AÇÃO:

Diante da observação da ativa e da percepção da equipe multiprofissional sobre assistência em saúde mental, não estava ocorrente de maneira satisfatória, será proposto a inclusão de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de Segurança do Paciente (PS), no cotidiano das atividades da equipe, afim de melhorar a assistência prestada a essa comunidade, além de proporcionar momentos sobre a práticas de serviços da equipe em saúde mental e melhorar a interação interdisciplinar.

Quadro 1 – Operações para resolução dos nós críticos 2020:

PROBLEMA	NÓ CRÍTICO	AÇÃO	TEMAS A SEREM DESENVOLVIDOS	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	AÇÃO
Pouco conhecimento da equipe sobre segurança do paciente	Falta de conhecimento de alguns membros da equipe sobre segurança do paciente	Realização de grupos multiprofissional para discutir sobre a prevenção de eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de Queda • Risco de Fuga • Técnicas para diminuir o erro na administração da medicação. • Bioética e Saúde mental. 	Em cada encontro um membro da equipe multiprofissional será responsável por desenvolver a temática, sob a supervisão do responsável técnico da referida clínica.	Os encontros ocorreram a cada 30 dias, sendo assim o prazo para finalização dos encontros é de 7 meses.
	Dificuldade dos profissionais e instituição saber a importância da educação permanente	Capacitar a equipe sobre a importância da educação permanente.	<ul style="list-style-type: none"> • Legislação e Segurança do paciente; • Eventos adversos e suas consequências; • Lidando com a Morte; 	Em cada encontro um membro da médica será responsável por desenvolver a temática, sob a supervisão do responsável técnico da referida clínica.	Os encontros ocorreram a cada 30 dias, sendo assim o prazo para finalização dos encontros
	Atendimento direcionado a patologia e não ao sujeito com a sua integralidade	Capacitar a equipe médica, afim de melhorar as indicações de internamento. Evitando as altas a pedido precoce e internamentos desnecessários.	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução aos protocolos institucionais; • Criando cartilhas para um bom atendimento; • Cuidados paliativos psiquiátricos; 	Em cada encontro um membro da médica será responsável por desenvolver a temática, sob a supervisão do responsável técnico da referida clínica.	Os encontros ocorreram a cada 30 dias, sendo assim o prazo para finalização dos encontros

					é de 2 meses.
--	--	--	--	--	---------------

Quadro 2 - Elaboração do plano Operativo 2020:

Plano Operativo Saúde Mental					
Projeto	Resultado	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Capacitação Permanente	Nivelamento do conhecimento da equipe sobre segurança do paciente em saúde mental; Conscientização da equipe sobre a importância da segurança do paciente;	Equipe capacitada, consciente e comprometida com a assistência do paciente em saúde mental; Aumento da confiança da população para com os trabalhos da equipe, fortalecimento do vínculo. Comunicação efetiva.	Grupos de discussão de temas a cerca da educação permanente e segurança do paciente, brevemente selecionados e convidados na busca de troca de experiencia.	Equipe Multiprofissional e convidados.	Reunião mensal com a equipe multiprofissional, data a ser definida
	Atendimento centrado na pessoa em sua integralidade	Maior conhecimento da história de vida e familiar do paciente	Encontros em grupos terapêuticos afim de discutir melhoras na assistência	Equipe Multiprofissional	Data a ser definidas pela equipe multiprofissional

O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação estratégica, bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

PLANO DE GESTÃO

1. Uma vez na semana reunir toda a equipe daquelas 12h para debatermos 1 assunto relevante, proposto pela Comissão de Segurança do Paciente.
2. Preparar matérias didáticos para os profissionais que atuam no acolhimento do paciente, preservando a sua segurança e a do cliente.
3. Preparar materiais didáticos para os pacientes que são recebidos na Hospital-dia e até mesmo no urgência e emergência, com informativos sobre anti-tabagismo, etilismo, violência doméstica, classificação de risco, IST'S, e etc...
4. A necessidade de revir todos os protocolos institucionais que prese pela segurança do paciente, do colaborador e preserve por consequência o patrimônio da empresa.
5. Revisar os horários de terapia ocupacional e grupos terapêuticos para que comumente aos mesmos faça a realização da educação permanente dos colaboradores.
6. Inserir os Colaboradores de todas as esferas de trabalho na terapia dos pacientes, para que assim aprendam e desenvolva suas habilidades emocionais para as práticas de trabalho.
7. Instituir protocolos de acolhimento e admissão na urgência e emergência no caso de internamento integral que prese pela segurança do paciente e respalde a instituição.
8. Instituir protocolos de acolhimento e admissão na urgência e emergência aos pacientes Transexual, presando pela sua segurança no internamento integral.
9. Instituir protocolos de acolhimento e admissão na urgência e emergência aos pacientes com idade maior de 65 anos e seus acompanhantes que estarão 24h ao lado do mesmo, presando pela segurança do interno.

10. Treinamentos regulares presando pela Educação Permanente dos colaboradores que são responsáveis pela Classificação de Risco dos pacientes que internam na ala integral.

11. Todo Enfermeiro responsável pelo plantão dia, terá como responsabilidade o treinamento regular das equipes técnicas de enfermagem.

12. Revisar os protocolos de contenção física e medicamentosa e os deixando acessível a toda equipe de plantão, sendo um meio de educação individual.

13. Instituir protocolos de revista pessoal, individual e acompanhada ao paciente psiquiátrico que interna na ala integral evitando entradas de armas brancas, fogo e entorpecentes.

14. Revisar documentos de admissão do paciente que irá assina-los para adentrar a ala integral, constando a necessidade de revista íntima, pertences, grupos de “8”, contenção física e medicamentosa se necessário.

15. Necessidade de implementar a classificação de risco para paciente já internados na ala integral, para atendimento médico de urgência e emergência.

16. Necessidade de reuniões mensais com toda a equipe multiprofissional para discutir a prevenção de eventos adversos aos pacientes de urgência e emergência, hospital-dia e integral.

17. Uma das estratégias implementadas em algumas instituições de saúde para inibir que os profissionais sejam interrompidos no momento da medicação é o uso de coletes ou de jalecos com a inscrição “Não interrompa”. Na Austrália, onde foi realizado um dos levantamentos mais amplos, pesquisadores acompanharam por três meses a implantação de um bundle anti-interrupção em um hospital de 650 leitos (3). A intervenção era composta por cinco medidas:

- Uso de um jaleco com a inscrição “Não Interrompa” pela enfermagem durante a preparação e administração de medicamentos;
- Workshops para explicar aos à enfermagem a intervenção e identificar barreiras à implantação nos departamentos e possíveis facilitadores;

- Sessões educativas com os demais profissionais clínicos para alertar sobre o risco das interrupções (pelo menos três sessões em um intervalo de três semanas);
- Educação dos pacientes: explicação de o porquê da enfermagem usar o colete e pedido que para não interrompam durante o processo. Produção e distribuição de panfletos e folders para pacientes, familiares e cuidadores
- Uso de lembretes, como posters e adesivos, pelas alas para lembrar os funcionários de não interromper a enfermagem no momento da medicação

REFERÊNCIAS

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; Planejamento e avaliação das ações de saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da família. Belo Horizonte; Nescon/UFMG, 2010. 110p.

SANTOS, C. M.; TENÓRIO, F, P. S.; KICH, F. D. Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe: Saberes e tecnologias para implantação de uma política. Fundação Estadual de Saúde- FUNESA Aracaju-SE. 2011.