



ARTIGO ORIGINAL

SEGURANÇA DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM*
PSYCHIATRIC PATIENT SAFETY: NURSING TEAM PERCEPTION

SEGURIDAD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Vanessa Pellegrino Toledo¹, Andressa de Oliveira², Ingrid Pacheco³, Ana Paula Rigon Francischetti Garcia⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção do erro na visão da equipe de Enfermagem que trabalha em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral universitário. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de abordagem fenomenológica, com 13 membros da equipe de enfermagem. Realizaram-se entrevistas com os profissionais, em seguida, transcritas e analisadas de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise de categorias. **Resultados:** desvelou-se o fenômeno na categoria: Percepção do erro na visão da equipe de Enfermagem de uma unidade de internação psiquiátrica. **Conclusão:** relaciona-se a percepção do erro à interrogação do processo de trabalho, para além do apontamento de erros específicos, também com a falta de preparo profissional, relação com a equipe multiprofissional, hegemonia médica nos processos decisórios e questões organizacionais. Relataram-se outros aspectos como a ocorrência de riscos nos casos de agudização do quadro psicopatológico, imprevisibilidade dos atos dos pacientes, cuidados durante a contenção, prevenção de quedas, revisão de pertences e falta de anotação de Enfermagem. **Descritores:** Saúde Mental; Segurança do Paciente; Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Pesquisa Qualitativa; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to know the perception of error in the view of the Nursing team working in a psychiatric inpatient unit of a general university hospital. **Method:** this is a qualitative, descriptive study with a phenomenological approach, with 13 members of the nursing team. Interviews were conducted with professionals, then transcribed and analyzed according to the technique of Content Analysis in the category Analysis mode. **Results:** the phenomenon was unveiled in the category: Perception of error in the nursing team's view of a psychiatric inpatient unit. **Conclusion:** the perception of error is related to the interrogation of the work process, in addition to pointing out specific errors, as well as lack of professional preparation, relationship with the multidisciplinary team, medical hegemony in decision-making processes and organizational issues. Other aspects were reported as the occurrence of risks in cases of acute psychopathological condition, unpredictability of patients' actions, care during containment, fall prevention, revision of belongings and lack of nursing notes. **Descriptors:** Mental Health; Patient Safety; Nursing; Psychiatric Nursing; Qualitative Research; Nursing Team.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de error desde el punto de vista del equipo de Enfermería que trabaja en una unidad de hospitalización psiquiátrica de un hospital universitario general. **Método:** este es un estudio cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico, con 13 miembros del equipo de enfermería. Las entrevistas se realizaron con profesionales, luego se transcribieron y analizaron de acuerdo con la técnica de Análisis de Contenido en la modalidad Análisis de categorías. **Resultados:** el fenómeno se dio a conocer en la categoría: Percepción de error en la visión del equipo de Enfermería de una unidad de hospitalización psiquiátrica. **Conclusión:** la percepción de error está relacionada con la interrogación del proceso de trabajo, además de señalar errores específicos, así como la falta de preparación profesional, la relación con el equipo multidisciplinario, la hegemonía médica en los procesos de toma de decisiones y los problemas organizacionales. Otros aspectos se informaron como la aparición de riesgos en casos de afección psicopatológica aguda, imprevisibilidad de las acciones de los pacientes, atención durante la contención, prevención de caídas, revisión de pertenencias y falta de notas de Enfermería. **Descriptores:** Salud Mental; Seguridad del Paciente; Enfermería; Enfermería Psiquiátrica; Investigación Cualitativa; Grupo de Enfermería.

^{1,2,3,4}Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0003-4009-1042> ²<https://orcid.org/0000-0002-6270-157X> ³<https://orcid.org/0000-0002-1536-8196> ⁴<https://orcid.org/0000-0002-0478-707X>

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso << Percepção do conceito de erro na visão da equipe de Enfermagem de uma unidade de internação psiquiátrica. Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, 2016.

Como citar este artigo

Toledo VS, Oliveira A, Pacheco I, Garcia APRF. Segurança do paciente psiquiátrico: percepção da equipe de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e242325 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242325>

INTRODUÇÃO

Discute-se o cuidado, no âmbito da organização hospitalar, como um processo complexo e multidisciplinar no qual os profissionais têm como objetivo comum prestar assistência de qualidade ao cliente.¹ Revela-se que os atributos estabelecidos que definem a qualidade do cuidado são a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.¹

Acrescenta-se que, no início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos passou a considerar a segurança do paciente como um dos atributos da qualidade juntamente à efetividade, centralidade no paciente e à oportunidade do cuidado. Passa-se, nesse sentido, a considerar a segurança do paciente como uma dimensão do processo de cuidar.¹

Regulamenta-se, no Brasil, pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a assistência segura oferecida nas instituições de saúde, favorecendo a implantação de medidas para a análise e o controle dos erros por meio da gestão de risco, que inclui desde a notificação à resolução de demandas que afetem a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.^{1,2} Destaca-se, ainda, que, neste programa, o erro é concebido de forma processual e pode favorecer a mudança no processo de trabalho em instituições em que a cultura de segurança do paciente é fomentada.¹

Pode-se definir a segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, de riscos e danos desnecessários associados ao cuidado de saúde.³

Tornou-se, pelo aumento de pesquisas na área, cada vez mais necessário diferenciar os termos utilizados sobre a temática e, nesse sentido, estudos têm se preocupado com tais definições a fim de padronizar os termos e produzir melhor entendimento e uso por parte de quem pesquisa ou deseja realizar intervenções em saúde.²⁻⁴

Pode-se, assim, definir o risco como a probabilidade de um incidente ocorrer. Caracteriza-se o incidente como evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em um dano desnecessário ao paciente.³ Delimita-se o erro, por sua vez, pela falha ao realizar uma ação como pretendido ou a aplicação de um plano incorretamente.²⁻³

Merece-se, por outros termos, não menos importantes, destaque, afinal, estão diretamente relacionados à segurança do paciente como, por exemplo, o fator contribuinte, que é a circunstância, ação ou influência que pode aumentar o risco de um incidente e que pode ser externo, organizacional, relacionado ao fator pessoal ou relacionado ao paciente.³⁻⁴ Pode-se um fator contribuinte ser ou não o suficiente para causar um incidente, mas deve sempre ser levado em conta.³

Devem-se considerar, da mesma forma, as características do paciente, que são atributos, como as condições sociodemográficas ou os motivos da internação e que podem estar relacionados ao aumento de erros ou incidentes.³

Sabe-se que, na Saúde Mental e na Enfermagem Psiquiátrica, a falta de concepções sobre o que é segurança do paciente e os fatores que a englobam tornam o cenário incerto.⁵ Ressalta-se, nesse contexto, a complexidade da clínica do paciente em questão, caracterizada pela relação enfermeiro-paciente associada à psicopatologia e a comportamentos de risco, tais como: ideação suicida; risco para auto e heteroagressividade; prejuízo do juízo de realidade, entre outras alterações das funções psíquicas que podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos.⁵⁻⁶ Consideram-se, ainda, como importantes, as condições específicas da instituição e o perfil profissional.⁶

Variam-se os erros descritos na literatura que envolvem o paciente psiquiátrico desde o abuso verbal nas relações interpessoais entre funcionários, pacientes e familiares, queixas que não são ouvidas, quedas e erros de medicação.⁵⁻⁶ Ocasionam-se, pela ocorrência destes, falhas no desenvolvimento do processo de cuidar, o que pode gerar maiores chances de complicações, aumentando índices de mortalidade, além da insatisfação e a exaustão da equipe de Enfermagem.^{1,6-7}

Observam-se, dentre as possíveis causas de erros, a ausência da comunicação efetiva entre a equipe, a falta de preparo profissional, a falha momentânea do funcionário, a precariedade das anotações de Enfermagem e problemas administrativos da instituição.^{1,5-7}

Salienta-se, visto que os protocolos de segurança do paciente no contexto psiquiátrico nacional são incipientes, compostos por manuais e políticas públicas e sem estudos científicos nacionais que os embasem, que tal tema deve tomar destaque.¹ Enfatiza-se o incremento dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, que se tornaram estratégia de atenção à crise de acordo com a política pública de saúde mental, como estabelecido pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).^{1,8} Torna-se necessário, dessa maneira, desvelar os fenômenos acerca da segurança do paciente psiquiátrico a partir da visão da equipe de Enfermagem.

Justifica-se este estudo pela complexidade do processo de cuidar do paciente psiquiátrico, que está internado devido à agudização de seu quadro clínico, associado à complexidade do cuidado de Enfermagem no *setting* psiquiátrico, o que pode conduzir a maiores chances de erros.⁵⁻⁷

OBJETIVO

- Conhecer a percepção do erro na visão da equipe de Enfermagem que trabalha em uma

unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral universitário.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, orientado pela vertente fenomenológica, que permite desvelar o fenômeno vivido pelo sujeito, considerando sua singularidade, o que possibilita, ao pesquisador, conhecer pensamentos e reações dos indivíduos que vivenciam uma experiência.⁹

Dar-se-á, dessa forma, ao conhecer a percepção do erro pela visão da equipe de Enfermagem que trabalha em uma UIPHG, pelo reconhecimento de seu mundo vida, que é caracterizado pelas experiências vividas que se articulam pelas memórias, percepções e antecipações a cada momento,⁹ pois o mundo experiencial necessita ser constantemente restabelecido no curso da experiência.⁹

Coaduna-se tal característica dinâmica da percepção do objeto desta pesquisa com a literatura sobre a segurança do paciente, uma vez que o erro não deve ser visto de forma punitiva, mas se constituir como oportunidade de aprendizado, visão que se apoia na perspectiva da cultura de segurança do paciente.¹

Realizou-se o estudo em uma UIPHG universitária pública, no município de Campinas/SP, que conta com equipe multiprofissional composta por médicos, equipe de Enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogos, com capacidade para 16 leitos. Possui-se cuidado especializado pela unidade em questão, e o hospital em que está inserida conta com orientação e protocolos advindos do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) instaurado em 2013.

Compreendeu-se, pela coleta de dados, o período de março a junho de 2016, quando foram entrevistados 13 sujeitos (três enfermeiros e dez técnicos de Enfermagem) de diferentes plantões. Elencaram-se como critérios de inclusão: ser profissional de Enfermagem e estar presente no momento da coleta de dados.

Deu-se a seleção da amostra a partir da amostragem em rede na qual um participante indica o outro. Selecionou-se o primeiro por ser conhecido da pesquisadora, porém, seu depoimento não foi considerado na análise dos dados, que se encerrou quando as inquietações foram respondidas e o objetivo do estudo foi atingido.¹⁰

Utilizou-se a entrevista semiestruturada como instrumento para a compreensão do fenômeno a partir da seguinte pergunta norteadora:¹¹ “Em sua prática como membro da equipe de Enfermagem dessa unidade de internação psiquiátrica, houve alguma situação em que você percebeu que a segurança do paciente foi colocada em risco por algum erro? Se sim, conte-me como foi”.

Realizaram-se as entrevistas no local de trabalho, com duração média de 40 minutos, gravadas em áudio digital após a anuência pelo entrevistado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo, posteriormente, transcritas.

Analisaram-se as informações seguindo os passos: 1 - leitura e releitura de cada depoimento; 2 - identificação e posterior agrupamento dos aspectos significativos dos depoimentos em unidades de significado; 3 - composição das categorias de análise.⁹ Seguiu-se, pelo estudo, a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), sob o parecer número 1.302.219, no ano de 2015. Identificaram-se os participantes, para garantir o anonimato, com a inicial da palavra enfermeiro “E”, seguida de número arábico.

RESULTADOS

Considerou-se o mundo de vida da equipe de Enfermagem deste estudo a partir das memórias, percepções e antecipações que caracterizaram a percepção do erro de forma singular e estão descritas na seguinte categoria.

♦ A percepção do conceito de erro na visão da equipe de Enfermagem de uma Unidade de Internação Psiquiátrica

Observou-se o erro na situação em que ocorre a evasão de paciente.

Procura fazer tudo para dar segurança para o paciente, mas aí tem aqueles que fogem. (E3)

Existe-se, ainda, nesta equipe, o reconhecimento do erro, que favorece a interrogação sobre o processo de trabalho.

Vamos arriscar, vamos tateando, para tomada de decisão mais correta, só que a gente erra [...] não sei se seria culpa da equipe ou falha no nosso processo. (E7)

Evidenciou-se que a equipe participante deste estudo também apresenta percepção diferente da apresentada pela literatura, equivalendo o conceito de erro ao de fatores contribuintes para o aumento do risco, descritos pela planta física, dimensionamento de pessoal, falta de preparo profissional e característica institucional.

A planta física não é boa [...]. Não é de acordo com a reforma psiquiátrica. (E10)

Esse número de pessoas nem é estipulado pelo Coren, essa dimensão de funcionários, de funcionário-paciente, é tudo desfavorável. (E13)
Funcionário que é inadequado, não tem habilidade para lidar com o paciente. (E11)

É muita gente, até os alunos, e é um hospital escola, é um entra e sai e a rotina bem intensa, não depende só da Enfermagem. (E5)

Destaca-se que, durante o processo de trabalho, a relação com a equipe multidisciplinar é considerada um fator de risco à segurança do

paciente, com o predomínio da hegemonia médica nos processos de decisão.

Tenta-se mudar, pela equipe de Enfermagem, algumas coisas [...]. Mas não é feita muita coisa não. Acho meio largado. (E9)

A equipe médica está avaliando [...]. Mas se não concordamos com a decisão, não somos levados em conta e isso causa riscos [...]. (E1)

Identifica-se, embora não se correlacione ao risco, pela equipe, também, que a característica do paciente, como a agudização do seu quadro psicopatológico, pode implicar situações imprevisíveis.

São pacientes agudizados, com doenças de prejuízo mental muito grande que estão ali e são situações imprevisíveis. (E2)

Relatam-se processos de trabalho que envolvem ações que reduzem o risco em situações pontuais localizadas no contexto da assistência de Enfermagem ao paciente caracterizados por: cuidados à contenção, quedas, revisão de pertences, a importância de registro e a necessidade de conhecer a história do paciente.

A contenção é feita com todo cuidado visando à segurança dele. (E2)

Quando o paciente possui risco, a gente coloca uma cama com grade [...] para evitar quedas. (E6)

Ver a bolsa para saber se tem coisas que venham machucar o paciente e o funcionário. (E8)

Se a Enfermagem fizer alguma coisa que não estiver de acordo, quem sofre somos nós, se não tivemos a anotação; por isso, que eu falo: anotem tudo. (E12)

O paciente vem com a história pela metade ou, às vezes, sem história nenhuma. A gente não sabe muito bem por onde começar [...] depois que a gente conhece como o paciente funciona, aí é muito mais fácil. (E7)

DISCUSSÃO

Levam-se em consideração, neste estudo, pela compreensão acerca do que é errar, fatores contribuintes influenciados por ações e circunstâncias externas, institucionais e pessoais ao processo de cuidar.³⁻⁴ Tem-se, considerando as vivências como subjetivas, que o conhecimento do mundo de vida se realiza de forma única para cada pessoa.⁹

Percebe-se, segundo os relatos, que a equipe não delimita os erros cometidos de maneira específica, relacionando-os ao processo de cuidar do paciente psiquiátrico; no entanto, o reconhecimento do erro de forma subjetiva pode favorecer a interrogação sobre o processo de trabalho. Acrescenta-se que, quando o erro acontece em decorrência de tal processo, não é uma falha apenas dos membros da equipe, mas de todo o contexto em que estão envolvidos¹⁻² e, nesse sentido, um entrevistado confirma ao dizer que a equipe arrisca, mas erra, entretanto, não sabe dizer se a culpa é da equipe ou de falha no processo de trabalho.

Conceitua-se o erro como um engano, deslize ou lapso que pode ser ocasionado por fatores institucionais e humanos, causando falha da ação ou a aplicação incorreta de um plano.¹⁻³ Torna-se oportuno, quando identificado, discutir e implantar mudanças no processo de trabalho que visam à segurança do paciente.² Desenvolve-se, atualmente, a prevenção do erro no próprio processo de cuidado, seguindo, por exemplo, o modelo do queijo suíço que estabelece barreiras preventivas ao erro.¹⁻²

Salienta-se, assim, a expansão da cultura segura como aspecto importante para o cuidado. Recomenda-se sua inclusão nas instituições de saúde, sustentando-a no PNSP cujo objetivo é qualificar a assistência e criar formas para a prevenção de erros.¹ Compreende-se que uma das formas de instituí-la é por meio do sistema de notificação, que proporciona ações para detectar, documentar e analisar os eventos adversos (EA) a fim de solucioná-los sistemicamente.¹² Direccionam-se os EA, quando quantificados e analisados, para o aprendizado e mudanças no processo de trabalho e têm como finalidade a prevenção.^{1-2,12-3}

Observa-se, em geral, que, quando ocorre o erro no campo da saúde mental, sua notificação é dificultada, uma vez que o sistema de notificação organizado pelo PNSP propõe que o relato de EA ou de incidente de quase erro seja declarado em uma das categorias intrínsecas ao cuidado, que são: quedas, erros de medicação, técnicas de Enfermagem e problemas com materiais;^{1,12} no entanto, tais categorias não incluem erros que ampliam o entendimento do cuidado, caracterizado por meio de ações relacionais que afetam diretamente o processo de reabilitação do paciente psiquiátrico.⁶⁻⁷

Tem-se a notificação a finalidade de identificar o erro para posterior análise em cadeia de todos os processos anteriores envolvidos e embasar o aprimoramento de barreiras para evitar novas ocorrências.¹

Infere-se, nesse contexto, que, na saúde mental, a notificação deve se adequar às características do paciente psiquiátrico que são evidenciadas por sua psicopatologia específica e podem ser exemplificadas pelos comportamentos de auto e heteroagressividade e alterações do juízo de realidade. Ressalta-se, ainda, o contexto institucional, que tem como diretriz organizacional para o cuidado a perspectiva da reabilitação psicossocial, que preza pelo cuidado inserido no contexto comunitário, não considerando exclusivamente o contexto hospitalar.^{6,8}

Apresentou-se, pela equipe participante deste estudo, percepção distinta daquela apresentada pela literatura sobre o conceito de erro, equivalendo-o ao de fatores contribuintes caracterizados por circunstâncias, ações ou

influências que podem aumentar o risco de um incidente.³

Citou-se como primeiro fator contribuinte a estrutura física na medida em que a equipe aponta que ela não se adequa aos princípios da reforma psiquiátrica. Considera-se a reforma psiquiátrica um marco simbólico do processo de conquistas que resultaram na reformulação do cuidado às doenças mentais, transformando os ambientes terapêuticos para a reabilitação psicossocial, e é nesse contexto que a desinstitucionalização possibilitou o aumento de vagas psiquiátricas nos hospitais gerais.⁸

Pontua-se, entretanto, que reestruturar os ambientes e organizar recursos humanos capacitados depende também da gestão da instituição, de fomento de recursos e, principalmente, de ações governamentais e intersetoriais que auxiliem a alteração de paradigmas em saúde mental.⁷⁻⁸

Citou-se o dimensionamento de pessoal, considerando-o um fator contribuinte para a ocorrência de falhas no processo de trabalho, que pode ocasionar erro ou eventos adversos.¹⁴ Destaca-se que, no cotidiano da assistência de Enfermagem, o número de profissionais influencia a implantação de ações que fomentem a cultura de segurança.¹⁴ Torna-se, assim, o dimensionamento de pessoal elemento fundamental para a instalação do processo de trabalho, que visa à qualidade da assistência de Enfermagem, associado a condições organizacionais que computam o impacto causado na saúde física e mental do trabalhador.¹⁴

Mencionou-se outro aspecto, que pode ser considerado como fator contribuinte, que é o individual, relacionado à percepção de que o profissional não tem habilidade em tratar do paciente psiquiátrico.

Deve-se o profissional, no processo de reabilitação psicossocial, ter competência para estabelecer a relação terapêutica junto ao paciente, além de habilidades que favoreçam a criação de um ambiente terapêutico. Incluem-se, nas competências esperadas para o profissional de saúde no contexto da reabilitação, resolução de problemas complexos, ações comunicativas - relacionais, trabalho em equipe, ações técnicas, aprendizagem ativa e “resgate do outro” caracterizado pelo desenvolvimento de autonomia, identidade e dignidade.¹⁵⁻⁶

Alerta-se que, se o profissional não desenvolve tais habilidades, somadas às preocupações inerentes ao processo de trabalho e estrutura, o cuidado pode se tornar fragmentado.¹⁵⁻⁶ Podem-se desenvolver tais habilidades pela estratégia da educação continuada, caracterizada como método de atualização e aprimoramento da assistência, a fim de evitar erros.¹ Torna-se importante, dessa forma, que o perfil profissional seja discutido na

medida em que ele colabora para a assistência segura e de qualidade.¹⁵

Evidenciam-se outros fatores contribuintes para a ocorrência de erros pela característica da UIPHG estudada por se localizar em um hospital universitário e contar com alto fluxo de estudantes que, somados à equipe multiprofissional, dificultam o controle de riscos desenvolvido pela equipe de Enfermagem.

Pode-se considerar que a formação de profissionais em serviço é diretriz para a sua inserção nos equipamentos de atenção à saúde mental, fomentando o desenvolvimento do cuidado no contexto da reabilitação psicossocial pautado nas políticas públicas de atenção à saúde.⁸

Destaca-se, também, que a inexperiência para a identificação de riscos por parte do estudante pode aumentar a possibilidade de ocorrência de erros.¹⁷ Nota-se, no entanto, que o ambiente hospitalar, embora proporcione chances de erro, é um cenário importante para o aprendizado sobre o que é erro, como evitá-lo e, assim, contribui para fomentar, nos novos profissionais, a cultura de segurança do paciente.^{1,17}

Acentua-se, pela equipe, que a relação com a equipe multidisciplinar pode ser considerada um fator de risco à segurança do paciente, quando identifica que o trabalho em equipe pode aumentar a probabilidade de um incidente ocorrer,³ pois os trabalhadores de Enfermagem identificam que não são ouvidos e há a hegemonia médica nos processos de decisão.

Percebe-se que o desafio do trabalho em equipe e do desenvolvimento da comunicação efetiva são questões descritas pela literatura sobre a segurança do paciente, e pode ser recomendado que tais aspectos sejam aprimorados institucionalmente.¹

Torna-se a valorização da comunicação relevante no campo da saúde mental, por se tratar de instrumento primordial para o desenvolvimento da relação terapêutica, aspecto prioritário do cuidado integral ao paciente psiquiátrico desenvolvido pelo enfermeiro.¹⁸ Pode-se o foco na assistência a partir da relação ser alternativa para que o enfermeiro ocupe um lugar e tenha voz dentro da equipe multiprofissional e, assim, poder assumir protagonismo na contribuição das decisões terapêuticas.¹⁸ Salienta-se que a implicação do enfermeiro como agente terapêutico pode facilitar o reconhecimento do erro e, por consequência, tornar-se agente de mudança do processo de trabalho com vistas ao incremento da cultura de segurança.

Acrescenta-se que, embora os profissionais estudados não correlacionem ao risco, a equipe também identifica que as características do paciente, como a agudização do seu quadro psicopatológico, podem implicar situações imprevisíveis.

Pode-se considerar a alteração do estado mental um fator de risco, no entanto, a equipe não o reconhece, associando a imprevisibilidade a quadros agudos, o que pode corroborar a sensação de impotência e medo quanto aos comportamentos e reações do paciente,¹⁹ sendo que tais sensações identificadas podem favorecer a sobrecarga que estes profissionais têm durante o processo de cuidar, o que pode aumentar o risco para erros. Associa-se, de modo complexo, a imprevisibilidade do comportamento do paciente psiquiátrico discutida pela literatura aos casos de violência à equipe de Enfermagem, e as soluções para este problema são: garantir segurança em todo o local de trabalho, repensando esse ambiente, e educação continuada, a fim de desenvolver habilidades de comunicação da equipe de Enfermagem junto ao paciente psiquiátrico para a elaboração de ações seguras.^{1,7,19}

Aponta-se, pela literatura, que situações-problema observadas na relação entre cuidador e paciente podem agravar o risco de suicídio ou fuga, quando verificadas alterações do exame do estado mental determinadas pela psicopatologia.⁷

Defende-se, no entanto, que a criação de unidades de internação em hospital geral demanda uma infraestrutura diferenciada das demais unidades, concordando com a equipe estudada devido ao risco associado à psicopatologia e à forma que o paciente fará o uso de objetos para desenvolver atividades de vida diária e também sua circulação na própria estrutura física.^{5-6,17}

Recomendam-se, na abordagem inicial, habilidades e aprimoramento em equipe para o desenvolvimento de técnicas terapêuticas caracterizadas pela escuta e o atendimento aos familiares para minimizar qualquer risco ao paciente e ao ambiente, uma vez que a equipe o desconhece. Torna-se possível, a partir do reconhecimento inicial, conseguir direcionar o cuidado e reavaliar o paciente durante a internação.^{7,17-8}

Frisa-se o exame do estado mental pela associação com a psicopatologia e tem como finalidade acompanhar a evolução do quadro e proporcionar um cuidado pautado pelo diagnóstico clínico.^{7,16} Implica-se, também, a construção clínica na avaliação de risco, pois a instabilidade de comportamentos pode propiciar danos à vida do paciente psiquiátrico durante o processo de internação.¹⁶

Relatam-se, também, neste estudo, pela equipe, processos de trabalho que envolvem ações que reduzem o risco em situações pontuais, localizadas no contexto da assistência de Enfermagem ao paciente, como, por exemplo, cuidados à contenção, quedas, revisão de mala, a importância de registro e a necessidade de conhecer a história do paciente.

Descreve-se que contenções são métodos manuais, físicos ou mecânicos, que se utilizam de

equipamentos para garantir individualmente as restrições do movimento e são indicadas para casos de confusão mental, prevenção de quedas, agitação ou problemas psíquicos que causam risco ao paciente ou ao ambiente.^{7,19}

Demandam-se, na implementação da técnica de contenção, treinamento e embasamento científico para que a equipe de Enfermagem adquira habilidades para executá-la.¹⁹ Faz-se o treinamento importante para que se possa prevenir as complicações em decorrência de sua utilização, como por exemplo: hematomas, fraturas, torsões, alterações de consciência, associações a infecções urinárias, dor e lesões por pressão.¹⁹ Torna-se importante avaliar o tipo de contenção para observar a necessidade de continuar com o uso da técnica.¹⁹

Identificou-se a prevenção de quedas também pelos entrevistados como uma ação que minimiza os riscos relacionados ao paciente psiquiátrico. Consideram-se as quedas como indicador de qualidade da assistência de Enfermagem, pois se trata de um evento danoso que pode prolongar a internação ou ser fatal ao paciente.²⁰ Começa-se a discussão das medidas seguras para prevenir quedas com o treinamento da equipe para identificar riscos e também pela utilização de técnicas de suporte que envolvem: ambiente seguro; uso de calçados; estratégias de sinalização do risco junto à equipe; utilização de campanhas e orientação do paciente quanto ao seu risco.²⁰ Merece-se o paciente psiquiátrico destaque neste contexto, pois pode apresentar alterações do estado mental e usar psicotrópicos, o que implica um risco para quedas aumentado.^{16,20}

Enfatiza-se que outro aspecto identificado nos depoimentos da equipe para a diminuição de riscos foi a revisão de pertences do paciente a fim de assegurar a privação de objetos ou substâncias que possam ser levados ao hospital durante a internação e ocasionar riscos à sua integridade. Reforça-se, assim, a importância da avaliação do estado mental associada ao uso de objetos que podem estar disponíveis e proporcionar riscos ao paciente, reconhecendo-se que é relevante zelar pela sua privacidade e garantia de autonomia, entretanto, com a necessidade de observação constante.^{5-7,16,18}

Torna-se a documentação do cuidado também um aspecto de comunicação para o trabalho em equipe e é relatada como fator que diminui o risco.¹⁵ Afirmou-se, pela equipe estudada, que se utiliza a anotação de Enfermagem como parte do processo de trabalho para justificar suas condutas e se proteger caso haja desacordos. Têm-se as anotações de Enfermagem como objetivos documentar, garantir a comunicação entre os profissionais que estão envolvidos no cuidado, avaliar a assistência prestada, proporcionar um projeto terapêutico e acompanhar a evolução do cuidado de modo diário e contínuo.¹³ Evidencia-se,

pela literatura, que os registros de Enfermagem psiquiátrica na prática são incipientes, pois se nota dificuldade em descrever os aspectos subjetivos inerentes ao processo de cuidar na saúde mental.^{1,7} Infere-se que tal dificuldade acentua ainda mais a necessidade e importância da documentação para a prevenção do erro e avaliação de risco, pois a falta de registros se torna um obstáculo para a própria assistência de Enfermagem.

Apresenta-se a segurança do paciente psiquiátrico como tema muito incipiente no Brasil, sendo assim, pode fomentar discussão que permite repensar o processo de trabalho nos diversos contextos em que a atenção à saúde mental está inserida, já que não existem diretrizes oficiais que abordem o tema aqui estudado. Considera-se como importante que os erros de Enfermagem são compostos por nodulações entre causa e efeito o que, muitas vezes, não permite detecção precoce, em tempo de impedi-los; sendo assim, destaca-se a necessidade não somente de educação permanente da equipe, bem como a melhoria das condições de trabalho.^{14,17}

CONCLUSÃO

Torna-se a percepção do erro, na visão da equipe de Enfermagem de uma unidade de internação psiquiátrica, mais relacionada ao reconhecimento do erro, o que favorece mais a interrogação sobre o processo de trabalho do que o apontamento de erros específicos.

Identificaram-se, pelos participantes deste estudo, a falta de preparo profissional, a relação com a equipe multidisciplinar, a hegemonia médica nos processos de decisão e as questões organizacionais, como a planta física, o dimensionamento de pessoal e características institucionais, como fatores que contribuem para o aumento de riscos envolvendo o paciente psiquiátrico. Revela-se que outro aspecto relatado pela equipe estudada, embora não relacionado à ocorrência de riscos, foi a agudização do quadro psicopatológico do paciente, que pode implicar situações imprevisíveis. Citaram-se, também, os processos de trabalho localizados no contexto da assistência de Enfermagem como ações que podem implicar a redução do risco, que são: cuidados durante a contenção; prevenção de quedas; revisão de pertences e a importância das anotações de Enfermagem.

Enfatiza-se, assim, como contribuição deste estudo no avanço sobre a prática segura no contexto psiquiátrico, a necessidade de ações de educação continuada, e faz-se necessário destacar a necessidade de reconhecer a avaliação e reorganização do processo de trabalho com vistas a responder às necessidades clínicas específicas do contexto psiquiátrico.

Aponta-se, ainda, por este estudo, para a necessidade de expansão da temática sobre

segurança do paciente, considerando o contexto da saúde mental, e pode-se sugerir a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas para elencar quantitativamente os erros, aprimorar inovações do cuidar seguro, desenvolver protocolos e fomentar a adequação de gerenciamento de risco em UIPHG.

Limita-se este estudo ao abranger a visão do conceito do erro delimitada por uma equipe de Enfermagem, sendo necessária a ampliação para outros equipamentos onde o cuidado à saúde mental ocorre no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 June 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
2. Mitchel I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after to err is human. *BMJ Qual Saf*. 2016 Feb;25(2):92-9. DOI: [10.1136/bmjqs-2015-004405](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004405)
3. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sheerman H, Lewalle P. Towards an International Classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009 Feb;21(1):18-26. DOI: [10.1093/intqhc/mzn057](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057)
4. Keriél-Gascou M, Bami J, Chenelière M, Haeringer-Cholet A, Larrieu C, Villebrun F, et al. Which definition and taxonomy of incident to use for a French reporting system in primary care settings? *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014 Jan;62(1):41-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.10.007>
5. Brickell TA, McLean C. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: a qualitative analysis of expert perspectives. *J Patient Saf*. 2011 Mar;7(1):39-44. DOI: [10.1097/PTS.0b013e31820cd78](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31820cd78)
6. Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res*. 2013 Feb;4(1):13-44. DOI: [10.1186/1472-6963-13-44](https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-44)
7. Petrucci C, Marcucci G, Carpico A, Lancia L. Nursing care complexity in a psychiatric setting: results of an observational study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Feb;21(1):79-86. DOI: [10.1111/jpm.12049](https://doi.org/10.1111/jpm.12049)
8. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras

providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Apr 12]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

9. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5th ed. São Paulo: Centauro;2005.

10. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas [Internet]. 2014 Aug/Dec [cited 2019 July 10];(44):203-20. Available from: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>

11. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. J Adv Nurs. 2016 Dec;72(12):2954-5. DOI: [10.1111/jan.13031](https://doi.org/10.1111/jan.13031)

12. Paiva MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMC. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014 Sept/Oct;22(5):747-54. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3556.2476)

13. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. Rev Esc Enferm USP. 2015 Mar/Apr;49(2):277-83. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013)

14. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. Rev Bras Enferm. 2015 Jan/Feb;68(1):144-54. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p)

15. Veloso ASF. Skills to work in the area of psychosocial rehabilitation. Rev Port Enferm Saúde Mental. 2014 June;11(1):39-44. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602014000200006&lng=pt&nrm=iso

16. Oliveira RM, Junior Siqueira AC, Furegato ARF. The sense of nursing care during psychiatric intervention. J Nurs UFPE on line. 2017 Apr;11(4):1687-98. DOI: [10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201711](https://doi.org/10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201711)

17. Cauduro GMR, Magnago TSBS, Andolhe R, Dal Ongaro J, Lanes TC. Patient safety in the understanding of health care students. Rev Gaúcha Enferm. 2017 July;38(2):e64818. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64818)

18. Lopes PF, Garcia APRF, Toledo VP. Nursing process in the everyday life of nurses in Psycho-Social Attention Centers. Rev RENE. 2014 Sept/Oct;15(5):780-8. DOI: [10.15253/2175-6783.2014000500007](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500007)

19. Øye C, Jacobsen FF, Mekki TE. Do organizational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from

three nursing homes in Norway. J Clin Nurs. 2017 July;26(13-14):1906-16. DOI: [10.1111/jocn.13504](https://doi.org/10.1111/jocn.13504)

20. Pessoa Junior JM, Santos RCA, Clementino FS, Oliveira KKD, Miranda FAN. Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: Challenges and perspectives. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2016 Jan/Mar;20(1):83-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160012](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160012)

Correspondência

Ana Paula Rigon Francischetti Garcia
E-mail: apgarcia@unicamp.br

Submissão: 16/08/2019

Aceito: 28/10/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index>