



Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica

Adverse events in a psychiatric hospitalization unit

Eventos adversos en una unidad de hospitalización psiquiátrica

Izabella de Góes Anderson

Maciel Tavares^{1,2}

Maria Angélica de Almeida Peres²

Rafael Celestino da Silva²

1. Marinha do Brasil. Unidade Integrada de Saúde Mental. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever os eventos adversos presentes na internação psiquiátrica, analisando-os à luz da teoria do erro humano. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada em 2018 em um hospital psiquiátrico. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar. A análise foi lexical por meio do software Alceste. **Resultados:** evidenciaram-se eventos adversos medicamentosos por erros de administração ou por reações adversas a medicamentos, que produzem danos como impregnação, reações extrapiramidais associadas aos riscos de queda e broncoaspiração pela sonolência e/ou sedação. Outros danos relacionam-se à agressividade do paciente, que produz lesões corporais a si ou a outro, como durante uma tentativa de suicídio ou uso de violência como comportamento de fuga ou defesa. **Considerações finais e implicações para a prática:** existem eventos adversos mais comuns nos ambientes de internação psiquiátrica que precisam ser de conhecimento da equipe de saúde mental porque demandam ações de mitigação por meio do fortalecimento dos sistemas de segurança do paciente. Os dados subsidiam ações para o fortalecimento dos sistemas de segurança nos ambientes de internação psiquiátrica e contribuem à reflexão do conceito de segurança do paciente na psiquiatria.

Palavras-chave: Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Hospitais Psiquiátricos; Psiquiatria; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: to describe the adverse events found in psychiatric hospitalization, analyzing them in the light of the human error theory. **Method:** a qualitative research study, carried out in 2018 in a psychiatric hospital. The data were collected through semi-structured interviews with 15 health professionals from the multidisciplinary team. Analysis was of the lexical type using the Alceste software. **Results:** adverse drug events were evidenced due to administration errors or adverse drug reactions, which produce harms such as impregnation and extrapyramidal reactions associated with the risks for falls and bronchoaspiration due to drowsiness and/or sedation. Other harms are related to the patient's aggressiveness, which produce bodily self-harm or harms to another person, such as during a suicide attempt or use of violence as an escape or defense behavior. **Conclusion and implications for the practice:** some adverse events are more frequent in psychiatric hospitalization settings; such events need to be known by the mental health team, as they require mitigation actions through the strengthening of patient safety systems. The data subsidize actions for strengthening safety systems in psychiatric hospitalization settings and contribute to reflecting on the concept of patient safety in Psychiatry.

Keywords: Nursing; Patient Assistance Team; Psychiatric Hospitals; Psychiatry; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: describir los eventos adversos presentes en la hospitalización psiquiátrica, analizándolos a la luz de la teoría del error humano. **Método:** investigación cualitativa, realizada en 2018 en un hospital psiquiátrico. Los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas con 15 profesionales de la salud del equipo multidisciplinario. Se llevó a cabo el análisis léxico por medio del software Alceste. **Resultados:** se evidenciaron eventos adversos por errores de administración o reacciones adversas al fármaco, que producen daños como impregnación y reacciones extrapiramidales asociadas al riesgo de caídas y broncoaspiración por somnolencia y / o sedación. Otros daños se relacionan con agresividad por parte del paciente, que produce daño corporal a sí mismo o a otro, como durante un intento de suicidio o uso de violencia como conducta de fuga o defensa. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** hay eventos adversos más comunes en entornos de hospitalización psiquiátrica que deben ser conocidos por el equipo de salud mental porque exigen acciones de mitigación a través del fortalecimiento de los sistemas de seguridad del paciente. Los datos reflejan la necesidad de implementar acciones para fortalecer los sistemas de seguridad en entornos de hospitalización psiquiátrica y contribuyen a la reflexión del concepto de seguridad del paciente en psiquiatria.

Palabras clave: Enfermería; Equipo de Asistencia al Paciente; Hospitales Psiquiátricos; Psiquiatria; Seguridad del Paciente.

Autor correspondente:

Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares.
E-mail: bellatavares@yahoo.com.br

Recebido em 08/10/2021.
Aprovado em 22/03/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0385pt>

INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente tem sido foco das instituições de saúde que visam construir uma assistência cada vez mais segura, efetiva e sustentável. É entendida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Esses incidentes que causam danos aos pacientes, quando acontecem, são denominados de Eventos Adversos (EA).¹

Na assistência psiquiátrica, a segurança do paciente é influenciada pelas especificidades estruturais, terapêuticas e assistenciais. Quanto às especificidades terapêuticas, a sintomatologia das psicopatologias, por exemplo, leva o paciente a comportamentos como isolamento, agressividade, suicídio, fuga e autodefesa reduzida,^{2,3} com elevado risco de produzir EA.

Outro aspecto que exerce influência é o modelo assistencial empregado. Na atualidade, busca-se um cuidado que supere o paradigma psiquiátrico clássico, ao encontro da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, o tratamento hospitalar em saúde mental mantém resquícios de uma prática excludente e estigmatizada, na qual o paciente não tem credibilidade e é “ameaçador e perigoso”, em oposição à perspectiva da segurança do paciente, que coloca o paciente no centro no cuidado.⁴

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a internação psiquiátrica ocorre em setores como emergências e enfermarias de hospital geral, instituições especializadas públicas e privadas e no Centro de Atenção Psicossocial III, no qual existem leitos para repouso e permanência de pacientes com transtornos psiquiátricos por curto período de tempo.⁴ Esse cenário da internação psiquiátrica é correntemente excluído dos estudos gerais sobre segurança do paciente, fato ilustrado em pesquisa que, ao fornecer uma visão geral das intervenções destinadas a reduzir taxas de EA em hospitais, excluiu os estudos com amostra de pacientes psiquiátricos.⁵

Estudo que avaliou os EA nos hospitais irlandeses não considerou as internações cujo diagnóstico principal estivesse relacionado à psiquiatria.⁶ Outra investigação que avaliou a incidência, natureza e consequências de EA em hospitais iranianos suprimiu a especialidade saúde mental.⁷ O exposto indica a especificidade deste campo do conhecimento que precisa ser investigada. Considera-se que nas demandas psiquiátricas existe uma interação complexa entre o ambiente e o diagnóstico que implica na segurança em configurações de cuidado em saúde mental.^{2,8}

A segurança do paciente em serviços de saúde mental constitui prioridade internacional e as produções mostram avanços. O sistema de saúde mental australiano, por exemplo, foca nos riscos e, por isso, tem a admissão do paciente orientada para identificar riscos à segurança física, como suicídio, automutilação, uso indevido de substâncias ou agressão. Outros riscos incluem vulnerabilidade sexual e isolamento social.⁹

No Canadá, a criação da Aliança Canadense sobre Saúde Mental (2006) e a Comissão de Saúde Mental do Canadá (2007) proporcionaram abordagem abrangente e colaborativa para o aprimoramento do cuidado e das políticas em saúde

mental, com investimentos na segurança do paciente em saúde mental como prioridade nacional.² No Brasil, a pesquisa sobre segurança do paciente no contexto psiquiátrico é incipiente, fato refletido no Programa Nacional de Segurança do Paciente, que não contempla as especificidades da assistência psiquiátrica.¹

Essas evidências da literatura somadas às experiências práticas de atuação trouxeram à reflexão as características dos riscos de EA em um hospital psiquiátrico. Isto porque EA envolvem custos econômicos e sociais, podem causar danos ao paciente¹ e associam-se ao prolongamento do tempo de internação, o que vai de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, cuja internação psiquiátrica, quando necessária, deve ser breve. O objetivo deste estudo foi descrever os eventos adversos presentes na internação psiquiátrica, analisando-os à luz da teoria do erro humano.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, qualitativa, na qual se aplicou o referencial da segurança do paciente, que parte da premissa que o ser humano é falível e os erros são esperados, originando-se mais devido a fatores sistêmicos e não tanto na perversidade humana. Logo, a questão principal é saber por que as defesas falharam e não quem errou, em vista de se criar barreiras para evitar a recorrência do erro. Na pesquisa em tela, busca-se analisar as características dos EA no intento de propor medidas que fortaleçam a segurança do paciente na assistência psiquiátrica, evitando a recorrência das falhas que ocasionam tais EA.¹⁰

O cenário foi uma instituição hospitalar psiquiátrica militar no município do Rio de Janeiro, cuja assistência é oferecida a militares da ativa e da reserva e aos seus dependentes e pensionistas. O lócus da pesquisa foi a unidade de internação, que conta com 60 leitos distribuídos em cinco subunidades.

A instituição dispõe de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), criado em 2014 e formado por uma equipe multidisciplinar de assistência ao paciente. Dispõe do Plano de Segurança do Paciente, que descreve as ações de identificação e monitoramento dos riscos. Ainda que se trate de uma instituição militar, é desenvolvido um trabalho pautado na cultura justa, onde não se busca a punição dos profissionais que erram, mas, sim, o aprendizado a partir dos incidentes e o aperfeiçoamento dos processos assistenciais. Do mesmo modo, busca-se a transparência e a assistência integral aos pacientes e familiares envolvidos.

No período de coleta de dados, a equipe de saúde contava com 104 profissionais, distribuídos nas unidades assistenciais, atividades ambulatoriais e administrativas e hospital-dia. Os participantes foram 15 profissionais da equipe multiprofissional que atuavam na unidade de internação, selecionados pelo critério de inclusão: executar atividades assistenciais na unidade de internação. O critério de exclusão foi ter menos de seis meses de experiência na unidade, tempo considerado mínimo para adaptação às práticas assistenciais do setor.

A amostra empírica contou com quatro enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois psiquiatras, um clínico geral, um educador físico, um musicoterapeuta, um dentista, um

nutricionista, um farmacêutico e um terapeuta ocupacional. Os profissionais foram convidados por meio de abordagem direta no setor, com explicação dos objetivos da pesquisa e garantia da confidencialidade e de não interferência nas atividades laborais. Captou-se, no mínimo, um profissional de cada área, com o objetivo de obter equilíbrio entre as categorias profissionais e, assim, melhor compreensão de todas as dimensões dos EA.

Adotou-se o critério da saturação empírica, a qual considera que os dados obtidos são suficientes para a compreensão do fenômeno, independente da possibilidade de adição de novos elementos.¹¹ Neste sentido, houve a imersão analítica da pesquisadora nos dados, possibilitando a análise do seu conteúdo quanto à densidade na compreensão do fenômeno de estudo. Assim, na 15ª entrevista, concluiu-se que os dados obtidos refletiam as múltiplas dimensões do fenômeno, sendo, pois, suficientes para apreensão do objeto de investigação, constatando-se o ponto de saturação.

Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas realizadas imediatamente após o período do expediente, fora do setor de trabalho, mas na instituição, no período compreendido entre a segunda quinzena de fevereiro até o final de maio de 2018. Para tanto, aplicou-se instrumento semiestruturado contendo uma parte para caracterização profissional do participante e outra com questões abertas sobre: características da assistência prestada; experiências relacionadas a EA na internação psiquiátrica; especificidades de segurança do paciente no cenário psiquiátrico; avaliação sobre a segurança do paciente na instituição; e sugestões para melhoria.

Houve um teste piloto que provocou ajustes e o acréscimo de mais uma pergunta ao instrumento. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, responsável pela elaboração do protocolo de pesquisa. Para o registro, foram empregados dois gravadores digitais e um caderno de anotações de expressões não verbais.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e constituíram um *corpus* único, que foi revisado e processado pelo programa computacional “*Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte*” (ALCESTE) versão 2010, na parametrização padrão. Cada entrevista equivaliu a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), separadas por linhas de comando formadas pelas variáveis de caracterização dos participantes. Tais variáveis foram cruzadas com a produção discursiva do participante, separando para análise aquelas que incidiram nesta produção. O *software* realizou uma análise lexical das palavras do conjunto do texto e agrupou as raízes semânticas, definindo classes de palavras em função da sua ocorrência e coocorrência no texto. Para cada classe, agregou uma lista de palavras características, as quais possuíam uma força associativa entre si e sua classe medida pelo Teste Qui-quadrado (Phi). As classes revelam mundos lexicais que trazem traços de sentidos sobre o que o locutor enuncia e conferem racionalidade ao seu discurso, preceito teórico do programa aplicado na interpretação das classes obtidas.

O *corpus* originou três classes lexicais. No recorte deste artigo, o indicador de análise fornecido pelo programa utilizado

para aprofundamento dos dados foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Analisou-se a dinâmica interna da classe pela análise dos léxicos típicos e sua presença nas Unidades de Contexto Elementar (UCE), fragmentos de texto característicos de cada classe, bem como a dinâmica interclasse do *corpus*, por meio das aproximações e distanciamentos lexicais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição lócus sob o parecer nº 2.386.363/2017 em 17 de novembro de 2017. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o anonimato foi garantido por meio da codificação feita pelo *software* empregado na análise dos dados, na qual UCE = Unidade de Contexto Elementar e Ind = Indivíduo, seguido do número arábico da ordem de captação do participante.

RESULTADOS

O *software* ALCESTE reduziu as palavras do *corpus* às suas raízes, originando 412 palavras analisáveis. Após a análise do vocabulário, prosseguiu-se com a divisão do texto e a classificação, com aproveitamento final de 84%. Esses procedimentos analíticos resultaram em três classes estáveis, divididas em dois blocos temáticos, como se observa na Figura 1 que se refere à CHD. Os três mundos lexicais foram: o da classe 1, que representou 66% do *corpus* e foi composto por 94 palavras analisáveis, que remete aos erros e riscos de EA; da classe 2, que respondeu por 22% do *corpus* e apresentou 64 palavras, tratando dos fatores do ambiente que influenciam nos EA; e da classe 3, com 12% e 59 palavras analisadas, sobre os sintomas das psicopatologias.

Erros e riscos de EA na unidade de internação psiquiátrica

As palavras mais representativas da classe 1 evidenciam que um dos erros mais comuns dos profissionais na unidade de internação psiquiátrica são relacionados ao manejo dos medicamentos, conforme indicam os léxicos dose/dosagem, medicações e prescrição/prescrições. Isto porque existem falhas de prescrição pela equipe médica, erro que preocupa a equipe quanto à prescrição da dose correta do fármaco e análise da possibilidade de interação medicamentosa.

Tem erros da parte médica nas medicações. (Ind 14, UCE nº 341)

Quando é um paciente que eu internei, eu costumo também modificar a prescrição em função da primeira reação do paciente, com retirada da medicação em caso de evento adverso, com redução da dose em caso de algum evento adverso. (Ind 15, UCE nº 365).

Acho que é uma falta de sensibilidade nossa em relação às comorbidades dos pacientes. Acho que glaucoma. Hipertensão e diabetes a gente ainda pergunta, e como as medicações psiquiátricas não interagem muito com isso, não tem tanto evento adverso aí, mas com o glaucoma tem bastante erro. (Ind 14, UCE nº 350).

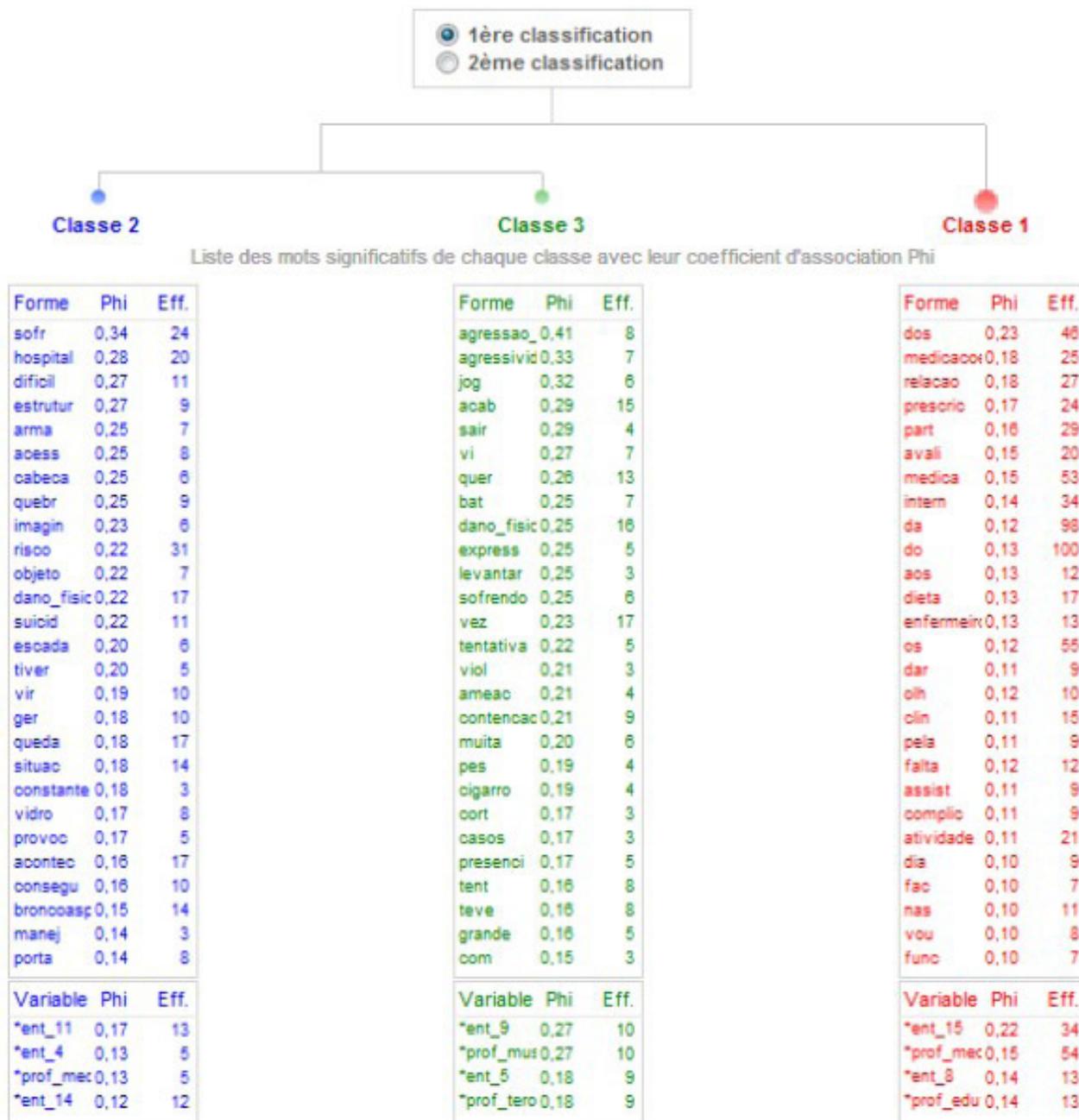


Figura 1. Dendrograma da CHD.
Fonte: Relatório detalhado do Alceste.

No cenário da psiquiatria, a polifarmácia e o uso de psicofármacos são parte da terapêutica, pois auxiliam no controle de sintomas agudos. Diante disso, há o risco das reações adversas aos medicamentos, como é o caso das extrapiramidais e os erros de dosagem que podem levar à impregnação, aspectos destacados pela equipe de saúde quanto aos EA.

Esses EA existem. Reação paradoxal também com o uso de benzodiazepínico, que é uma medicação bastante utilizada na nossa prática clínica. (Ind 15, UCE nº 373).

Impregnação. Tem eventos característicos de alguns psicotrópicos. (Ind 7, UCE nº 153).

Tem umas respostas que eles fazem aos psicotrópicos, os efeitos extrapiramidais, que é só na psiquiatria, porque tem resposta a esse grupo de medicações. (Ind 7, UCE nº 152).

A preocupação dos profissionais também se refere às possíveis falhas de monitoramento da equipe após a administração dos medicamentos. Há reconhecimento da importância da cooperação

multiprofissional, em especial dos de enfermagem, na vigilância dos efeitos dos medicamentos para a prevenção dos EA, como indicam os radicais enfermeiro, olha, avaliar/avaliação.

Tem que melhorar o fluxo de dispensação de medicações. Avaliar a presença de alguns efeitos adversos. Entra a questão da supervisão por parte da equipe de enfermagem, se está respondendo bem à medicação (...). Acho que na psiquiatria tem que ter mais gente olhando, mais supervisão. E a interação entre eles. É mais a supervisão nas unidades, tem que ser maior do que nos outros hospitais, que o paciente está acamado. (Ind 7, UCE nº 154 e nº 153).

Os relatos dos profissionais sobre a necessidade de atividades educativas para a prevenção dos EA apontam que existem outros erros dos profissionais da unidade de internação psiquiátrica, os quais se referem à dieta e à contenção mecânica.

Eu fiz um manual que inclusive está à disposição da copeiragem para quando houver dúvidas eles usarem na prática. Mesmo assim ocorrem erros. Agora estou com uma equipe nova e novamente vou realizar um treinamento sobre os tipos de dieta. (Ind 10, UCE nº 227).

Tem situação de ficar às vezes com contenção mecânica de uma maneira que a gente sabe que não é a melhor forma de contenção. (Ind 14, UCE nº 341).

Fatores do ambiente na ocorrência de EA na unidade de internação psiquiátrica

As palavras mais associadas à classe 2 se relacionaram aos aspectos do ambiente que têm impacto direto na segurança do paciente, devendo ser alvo constante de atenção da equipe de saúde, quais sejam: sofrer, hospital, difícil, estrutura, arma e acesso. Desta forma, os profissionais referiram que o acesso do paciente a possíveis “armas” possibilitadas pela estrutura física e ao mobiliário do hospital, aliado às manifestações sintomatológicas das psicopatologias, podem gerar tentativas de agressão física e de suicídio que representam riscos à segurança dos pacientes.

O que confere segurança na unidade psiquiátrica é um espaço com menor número de objetos possível, tudo pode virar uma arma contra ele. (Ind 14, UCE nº 343).

O paciente que está em crise não tem condições. Você tem que ter um cuidado redobrado porque ele pode pegar um lápis e se ele tiver um risco de suicídio, tesoura, então tem que ter uns cuidados com a tesoura que você vai usar. (Ind 5, UCE nº 109).

Então acho que sempre tem que ver a estrutura, se ele precisa acessar essa escada, se tem alguém supervisionando, auxiliando (...) lugares com desníveis,

no momento da sedação ou desorganização ele pode tropeçar e cair. (Ind 11, UCE nº 268).

Incomoda no hospital psiquiátrico quando o paciente está precisando fazer medicação EV, aquele suporte de soro pelo risco de agressão, vira uma arma muito fácil. (Ind 14, UCE nº 355)

Existem na própria unidade que não conferem segurança para o paciente, portas de vidro, porque, em uma tentativa de evasão, é uma porta que pode quebrar e lesionar. (Ind 1, UCE nº 15).

Tentativa de suicídio sim, o paciente já tentou aproveitar o ambiente, às vezes ter alguma coisa que propicia a tentativa de suicídio, então de ter algum ganchinho, alguma coisa dentro da unidade, do quarto e querer enrolar o lençol. (Ind 11, UCE nº 242).

As UCE acima indicam que o ambiente da unidade de internação pode ser determinante na ocorrência de danos ao paciente na vigência de tentativas de suicídio e agressão física. Dentre os objetos que podem virar armas na enfermaria estão vidro, suportes de soro, tesouras e lápis. Os léxicos que sinalizam isso são suicídio, objeto, quebra, dano físico, arma, quebra. Outro aspecto mencionado para a prevenção de EA que necessita de melhorias foi a disposição do posto de enfermagem, pois precisa permitir boa visualização dos leitos para garantir uma observação mais efetiva e as ações de proteção dos pacientes.

Os quartos poderiam ser na visão ou próximo do posto de enfermagem, o posto de enfermagem ser centralizado, questões estruturais. (Ind 1, UCE nº 15).

EA relacionados às manifestações das psicopatologias

Verifica-se que as UCE apresentadas na classe 2 têm nexos com esta classe 3, pois dentre as manifestações sintomatológicas e comportamentais das psicopatologias está a agressividade do paciente, manifestação que pode fazer com que este jogue algum objeto presente no ambiente. Isso é visto pelas palavras de destaque na classe: agressão física, agressividade e o radical “jog”.

Já vi sofrer lesão na mão, querer tocar com muita intensidade. É comum um bater no outro, jogar o instrumento ou tocar com muita agressividade. (Ind 9, UCE nº 176).

Já teve paciente que ficou nervosa e começou a querer quebrar as coisas, acaba provocando lesão, nessa de bater, etc. (Ind 13, UCE nº 307).

Tem paciente que faz auto-agressão. Quando ele não consegue expressar aquilo que ele quer e ele acaba com agressividade, joga coisas e acerta o outro. (Ind 9, UCE nº 182).

É possível que o tratamento dos sintomas psiquiátricos acarrete efeitos adversos dos psicotrópicos, que incluem tontura, tremores e sonolência e ampliam o risco de queda. As UCE mostram que a queda também se relaciona com o comportamento desorganizado, a agitação psicomotora e a contenção mecânica, léxico em destaque na classe.

O risco de queda na psiquiatria vai de acordo o efeito da medicação, o paciente às vezes vem de uma forma agressiva, quando a medicação começa a fazer efeito, deixa ele um pouco mais sedado e com risco de queda. (Ind 13, UCE nº 314).

Pacientes às vezes tentam realmente agredir e acaba sofrendo lesão, acaba sofrendo queda no momento da contenção mecânica, também já presenciei. O paciente, no momento da contenção mecânica, tentando sair e acaba sofrendo alguma lesão. (Ind 11, UCE nº 238).

Foi dada ênfase à suscetibilidade do paciente psiquiátrico internado sofrer broncoaspiração devido à sedação e ao comportamento ansioso, hiperativo ou compulsivo na hora de alimentar-se, fazendo com que ingira a refeição de forma perigosa.

Já passei uma situação aqui no hospital que o paciente broncoaspirou com um pão, porque a equipe de enfermagem talvez não tenha dado o cuidado certo (...) broncoaspirou com o pão e precisou fazer intubação, ventilação mecânica e foi transferido para o hospital. (Ind 2, UCE nº 34).

Um paciente que broncoaspirou com o pão, ele tinha um comportamento acelerado na hora da alimentação, era algo que a gente sempre tinha que ficar atento para ele comer mais devagar, numa dessas acabou broncoaspirando com o pão. (Ind 13, UCE nº 309).

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que um tipo de EA que ocorre na internação psiquiátrica é o evento adverso a medicamentos, que pode ser evitável ou não evitável. O evitável é oriundo do erro de medicação, entendido como um evento que ocorre quando fragilidades nos sistemas de medicação relacionadas à infraestrutura ou aos fatores humanos afetam as práticas de prescrição, transcrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento dos medicamentos.¹²

Já o não-evitável é a reação adversa ao medicamento, que se refere a um efeito nocivo, indesejável e que ocorre em doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico, tratamento de morbidades ou para a modificação de função fisiológica.¹³ Diante destes conceitos, evidenciou-se no estudo a ocorrência do erro de medicação e da reação adversa.

Erros de medicação têm sido identificados em pesquisas realizadas em hospitais psiquiátricos. Em um deles, a intenção foi

investigar as causas dos erros de administração de medicamentos que afetam os pacientes internados em serviços de saúde mental do noroeste da Inglaterra. Os enfermeiros e estudantes de saúde mental investigados descreveram 26 erros, do tipo deslizos, lapsos de memória e enganos, relacionados a uma complexidade de condições ativas e latentes, como: a tarefa de administração de medicamentos, os medicamentos usados, a equipe de saúde, interrupções, problemas de comunicação, distribuição da equipe, nível de habilidade etc.¹⁴

Na pesquisa em tela, os erros relacionaram-se à dosagem prescrita e à presença de interações medicamentosas, que resultaram em danos como a impregnação. A interação medicamentosa é conceituada por diferentes autores como a alteração dos efeitos farmacológicos entre dois ou mais medicamentos administrados concomitantemente que resulta em aumento ou diminuição na eficácia terapêutica ou em eventos adversos causados por estes, ou no aparecimento de novos efeitos.¹⁵

No caso do tratamento psiquiátrico, é comum a polifarmácia psicotrópica (uso concomitante de cinco ou mais medicamentos), o que aumenta a predisposição para ocorrência dessas interações. Esse uso concomitante tem sido frequente para induzir sedação, tranquilizar o paciente, potencializar efeitos ou devido à presença de comorbidades ou outras condições médicas. Entretanto, acarreta riscos potenciais de interações medicamentosas e danos ao paciente, sobretudo nos idosos, onde a degeneração e os distúrbios dos órgãos e sistemas orgânicos, com consequente alteração da farmacocinética dos medicamentos, ampliam os riscos de EA.¹⁵⁻¹⁷

Exemplo destes riscos é visto em estudo que estimou frequência e características das interações medicamentosas entre fármacos psicotrópicos controlados dispensados em uma farmácia pública brasileira, em que se avaliou 824 prescrições, das quais 30,6% feitas por psiquiatra. Em 642 prescrições (77,9%), identificou-se, pelo menos, uma interação. Foram detectadas 54 diferentes interações, sendo 34 graves, principalmente da fluoxetina com amitriptilina.¹⁸ Na investigação feita em emergência psiquiátrica de hospital geral em 725 prontuários de pacientes, a interação mais frequente foi entre Haloperidol e Prometazina, com 17,7% das 1.537 duplas de medicamentos analisados, com predomínio de interação entre Benzodiazepínicos + Antipsicóticos.¹⁷

Em relação às reações adversas, particularmente as extrapiramidais apontadas pelos depoentes, destacam-se reações como tremores, rigidez muscular, sonolência excessiva/sedação, acatisia, diminuição da coordenação motora, entre outros. São muito comuns no uso dos neurolépticos e afetam até 85% dos pacientes, gerando sofrimento e dificuldade de adesão.¹⁹

A relevância destas reações adversas pelos psicofármacos pode ser visualizada em pesquisa de base comunitária que descreveu a prevalência e fatores associados aos eventos adversos a medicamentos no Brasil. A prevalência geral foi de 6,6% e os eventos foram mais relatados nos medicamentos fluoxetina, diclofenaco e amitriptilina.²⁰

Na perspectiva da segurança, falhas ativas são atos inseguros cometidos por pessoas em contato direto com o paciente e as

condições latentes são inevitáveis do sistema e relacionam-se às decisões gerenciais. Ao contrário das falhas ativas, condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes de ocorrer um EA. Este entendimento permite um gerenciamento de risco proativo, ao invés de reativo.¹⁰ Sob esta ótica, à luz dos resultados apresentados, verifica-se que os múltiplos psicotrópicos empregados no tratamento das psicopatologias apresentam um risco elevado de proporcionar EA por erros de medicação na fase de prescrição ou reações adversas.

Logo, considera-se que existem falhas na gestão de risco do sistema de medicação que repercutem nas falhas ativas dos profissionais no que tange à avaliação frequente e cautelosa dos fármacos, análise da dosagem, levantamento de comorbidades, possibilidade de interação medicamentosa e, ainda, na vigilância proativa de manifestações diferentes do resultado terapêutico esperado. Outra falha latente é o nível de capacitação da equipe, pelos relatos de necessidade de treinamentos. Ao entender essa dinâmica da ocorrência dos EA, é possível a criação de sistemas de segurança que antecipem a recorrência dos erros e estabeleçam mecanismos à sua intercepção antes que atinjam o paciente.¹⁰

No que compete à atuação da enfermagem, o planejamento dos horários, o preparo e a administração de medicamentos são suas atribuições e sua atuação constitui uma barreira para evitar que falhas ativas atinjam o paciente. Nesse sentido, o enfermeiro, desenvolve competências pautadas na autonomia profissional no manejo de medicamentos, nos conhecimentos científicos e técnicos adquiridos e nas suas responsabilidades profissionais.

Isso inclui a avaliação de incoerências de dosagem na prescrição; comunicação ativa com a equipe; avaliação dos horários dos medicamentos e das possibilidades de interação medicamentosa e supervisão do preparo, administração e avaliação da resposta aos medicamentos administrados. Essa atuação demanda melhorias na qualificação, o que pode ser feito por meio de atividades como palestras, cursos e aulas teóricas.²¹

Quanto aos fatores ambientais e o risco de EA relacionados aos sintomas das psicopatologias, os danos foram causados por auto e heteroagressão, resultado congruente com revisão sistemática que sintetizou 367 artigos sobre segurança do paciente em ambiente de saúde mental. A evidência de maior densidade foi denominada “Violência Interpessoal”, que respondeu por 116 estudos, a maioria deles voltada ao estudo dos comportamentos violentos e agressivos.²²

O paciente psiquiátrico pode manifestar agressividade em situações de urgências e emergências psiquiátricas onde existe um distúrbio de pensamento, emocional ou comportamental que implica em risco de morte ou injúria para o paciente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata por uma equipe multiprofissional treinada e de acordo com diretrizes bem estabelecidas.^{23,24} Cabe destacar que a internação psiquiátrica se dá em dispositivos plurais, a exemplo da enfermaria em hospital geral, que possivelmente carece de ambiente e profissionais especializados, o que enaltece a relevância da capacitação em

serviço nesta conjectura, sobretudo da equipe de enfermagem, que permanece no cenário do cuidado integralmente.

Considera-se agressiva a pessoa que verbaliza palavras agressivas ou verbaliza ofensas, xingamentos, ameaças de agressão, chuta portas, móveis, joga objetos, destrói o patrimônio, se joga contra pessoas ou paredes ou agride fisicamente a outros ou a si mesmo de forma premeditada, impulsiva (ou reativa) ou relacionada a uma condição médica (ou psicótica).²³ Pode decorrer de distúrbios do pensamento ou do humor, baixa tolerância à frustração, controle pobre de impulso, entre outros. O paciente exibe atividade motora excessiva e uma experiência subjetiva de tensão, que cursa com fala provocativa, tensão muscular, hiperatividade, impaciência e desconfiança.²⁴

No manejo da agressividade, usualmente emprega-se a contenção física seguida da mecânica, acompanhada da abordagem farmacológica, onde a sedação não é mais considerada o objetivo principal, mas sim a tranquilização.²⁴ Assim, a equipe deve estar atenta à administração de drogas psicolépticas em excesso devido ao risco de impregnação do paciente por erros de dosagem, conforme sinalizaram os depoentes.

Outro EA mencionado nos resultados foi a queda, relacionada tanto à contenção química quanto mecânica. Em revisão da literatura sobre as quedas em pacientes psiquiátricos a partir de 57 artigos, uma das evidências levantadas foi a dos fatores de risco às quedas nesta clientela, dentre os quais está o uso de medicamentos psicotrópicos, particularmente os benzodiazepínicos, antidepressivos e antipsicóticos, que influenciam no equilíbrio postural.²⁵ Outro ponto que aumenta o risco de queda é o comportamento caótico de pacientes psiquiátricos hospitalizados devido a sintomas psicóticos e doenças crônicas concomitantes.²⁶

Sobre a contenção mecânica, embora polêmica em meio à Reforma Psiquiátrica, é uma prática ainda proposta para diminuir as consequências da grave psicopatologia. É uma técnica realizada, na maioria das vezes, sem o consentimento do paciente e, se não aplicada com critérios e cuidados técnicos, apresenta risco de asfixia, aspiração, lesão de pele, desidratação, insuficiência renal aguda, trombose venosa, efeitos psicológicos traumáticos e risco de agressão por outros pacientes.²⁴

Um dos depoentes apontou erro na execução desta técnica. Estudo realizado na Finlândia apontou que a contenção mecânica ocorreu 2.113 vezes em 106 enfermarias em 2017, com 3,21 episódios por 1.000 dias de internação e 38,8 episódios por 100.000 habitantes. A duração média foi de quase 17 h e os pacientes gastaram 2,25 horas por 1.000 horas de hospital (0,23% dos dias de internação) contidos mecanicamente.²⁷

Em face às características dos EA relacionados à clínica do paciente psiquiátrico, na perspectiva da segurança é preciso preveni-los, logo, implica analisar não somente a prática individual, mas também o contexto do trabalho e da instituição que pode ser precursor de atos inseguros e alvo para as intervenções.¹⁰ No âmbito individual, é preciso compreender que o comportamento agressivo representa um sintoma, desprovido de cunho pessoal. Neste sentido, para a prevenção de comportamentos violentos em pessoas com transtornos mentais, é fundamental a adequação

do comportamento dos profissionais de saúde, que devem adotar uma atitude empática e acolhedora, com adequação da fala e movimentos suaves, evitando atitudes de confrontação.²⁸

Na perspectiva da equipe de saúde investigada, a observação intensiva pela enfermagem no cenário de internação psiquiátrica contribui para prevenir esse tipo de EA ao paciente. Neste aspecto, destaca-se que a vigilância e controle são, historicamente, propriedades essenciais do hospital psiquiátrico. Na modernidade, conforme apontado pelos entrevistados, ao passo que a enfermagem fornece o cuidado 24 horas ao paciente, lhe é conferida uma participação maior na observação do paciente, embora seja uma atribuição comum a toda equipe de saúde mental. O papel da enfermagem no modelo de atenção psicossocial é o cuidado integral, que lhe permite perceber os pacientes em sua individualidade, estabelecendo e estreitando os laços terapêuticos.²⁹ Na atenção hospitalar em saúde mental, as intervenções psicossociais tem integrado as iniciativas para superar o cuidado excessivamente medicalizado, com foco nas medidas restritivas.³⁰

Logo, a observação do paciente não deve ser a vigilância disciplinar, característica no modelo manicomial, mas sim sua capacidade de perceber melhor as condições dos pacientes, em especial as alterações cognitivas, sensoperceptivas e comportamentais que colocam em risco a sua integridade física e/ou de outros e demandam um planejamento para minimizá-lo.

Portanto, é importante a avaliação minuciosa do estado psíquico de cada paciente, com discussão interdisciplinar, a fim de detectar as reais possibilidades de ocorrerem EA relacionados às agressões físicas e tentativas de suicídio. Neste entendimento, uma barreira ao EA é o conhecimento do paciente, do seu caso clínico e um pertinente plano de cuidados.

A partir da avaliação do risco de auto ou heteroagressão, é preciso atenção aos fatores ambientais. Esse controle não deve ser realizado pela simples suspensão do acesso do paciente a objetos, encerrando a sua autonomia, pois ele também tem direito a um ambiente terapêutico. Contudo, a mobília e demais itens do ambiente podem ser adequados à sua condição patológica.

Nesse ponto, os dados apontam falhas no contexto do trabalho que influenciam nos EA, demandando investimentos para melhorias nas instalações de saúde, seja na infraestrutura para melhor acompanhamento do paciente pela equipe, como é o caso do posto de enfermagem, seja na adequação do mobiliário para evitar que o paciente se lesione a partir de objetos que viram armas, fortalecendo os sistemas de defesa quanto aos riscos ambientais.

Por fim, salienta-se o emprego dos cuidados fundamentais, técnicas e tecnologias de cuidado pelo(a) enfermeiro(a) psiquiátrico(a). Quanto aos cuidados fundamentais, parte-se da premissa que devem se pautar numa abordagem centrada no sujeito e no seu modo de existir, buscando abordar o paciente com transtorno psiquiátrico por meio da sua disponibilidade interna, com a construção de um projeto terapêutico que respeite suas especificidades e escolhas e aposte no convívio social.

Já no que tange às técnicas, traz-se a de contenção mecânica, que deve ser aplicada como a última escolha para prevenir dano físico aos pacientes em crise. O domínio na sua utilização merece atenção dos gestores para a segurança do paciente. Quanto às tecnologias, elenca-se a incorporação de instrumentos de avaliação de risco de quedas para o paciente psiquiátrico que fortaleçam a cultura de segurança do paciente e possibilitem intervenções que previnam as quedas e seus danos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os dados subsidiam ações para o fortalecimento dos sistemas de segurança nos ambientes de internação psiquiátrica, que devem mitigar os EA aos medicamentos, quedas, danos por contenções, broncoaspiração e lesões corporais por agressividade. As propostas incluem a incorporação de tecnologias de processo e de produto, como sistemas de alertas na prescrição informatizada, escores específicos de avaliação do risco de queda, uso da simulação na capacitação das técnicas, programas interdisciplinares de inclusão social e prevenção da agressividade e reestruturação ambiental.

Do ponto de vista da política de segurança, os resultados contribuem à reflexão do conceito de segurança do paciente na psiquiatria, já que nesta área especializada o dano também se relaciona às especificidades das psicopatologias que implicam em comportamentos agressivos dos pacientes. Nesta ótica, embora tais comportamentos direcionados a si e ao outro possam ser prevenidos pelos profissionais, reconhece-se que também há uma imprevisibilidade inerente a estas condições, cujos danos resultantes não estão associados, necessariamente, ao cuidado em saúde.

As limitações do estudo estão relacionadas à opção metodológica de investigar a equipe de saúde, o que limitou o número de participantes possíveis em algumas categorias. Isso restringiu o quantitativo final de participantes pela necessidade de equilíbrio entre as categorias, reduzindo a abrangência dos dados.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Izabella de Góes Maciel Tavares Campelo, Maria Angélica de Almeida Peres, Rafael Celestino da Silva.

Aquisição de dados. Izabella de Góes Maciel Tavares Campelo.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Izabella de Góes Maciel Tavares Campelo, Maria Angélica de Almeida Peres, Rafael Celestino da Silva.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Izabella de Góes Maciel Tavares Campelo, Maria Angélica de Almeida Peres, Rafael Celestino da Silva.

Aprovação da versão final do artigo. Izabella de Góes Maciel Tavares Campelo, Maria Angélica de Almeida Peres, Rafael Celestino da Silva.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Izabella de Góes Maciel Tavares

Campelo, Maria Angélica de Almeida Peres, Rafael Celestino da Silva.

EDITOR ASSOCIADO

Antonio José Almeida Filho 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. 1ª ed. Brasília; 2013 [citado 2018 jul 3]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>
2. Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster RJ, Lavoie JAA et al. Patient safety in mental health. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association; 2009.
3. D'Lima D, Crawford MJ, Darzi A, Archer S. Patient safety and quality of care in mental health: a world of its own? *BJPsych Bull.* 2017;41(5):241-3. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.116.055327>. PMID:29018546.
4. Prado MF, Sá MC, Miranda L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica *Saúde Debate.* 2015;39(spe):320-37. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005419>.
5. Zegers M, Hesselink G, Geense W, Vincent C, Wollersheim H. Evidence-based interventions to reduce adverse events in hospitals: a systematic review of systematic reviews. *BMJ Open.* 2016;6(9):e012555. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012555>. PMID:27687901.
6. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals-a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(2):111-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>. PMID:26862223.
7. Akbari Sari A, Doshmangir L, Torabi F, Rashidian A, Sedaghat M, Ghomi R et al. The incidence, nature and consequences of adverse events in Iranian hospitals. *Arch Iran Med.* 2015;18(12):811-5. PMID:26621012.
8. D'Lima D, Archer S, Thibaut BI, Ramtale SC, Dewa LH, Darzi A. A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. *Syst Rev.* 2016;5(1):203. <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0365-7>. PMID:27894331.
9. Cutler N, Sim J, Halcomb E, Moxham L, Stephens M. Nurses' influence on consumers' experience of safety in acute mental health units: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2020;29(21-22):4379-86. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15480>. PMID:32888204.
10. Reason J, REAon J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-70. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>. PMID:10720363.
11. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet].* 2017; [citado 2019 jan 31];5(7):1-12. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
12. World Health Organization. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado 2019 jan 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=1AACE861FE10068BB134FBE0E0596B55?sequence=1>
13. World Health Organization. International drug monitoring: the role of national centers [Internet]. Geneva: WHO; 1972 [citado 2019 jan 31]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40968/WHO_TRS_498.pdf
14. Keers RN, Placido M, Bennett K, Clayton K, Brown P, Ashcroft DM. What causes medication administration errors in a mental health hospital? A qualitative study with nursing staff. *PLoS One.* 2018;13(10):e0206233. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0206233>. PMID:30365509.
15. Secoli SR. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2001;35(1):28-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000100005>.
16. Costa JO, Ceccato MGB, Melo APS, Acurcio FA, Guimaraes MDC. Gender differences and psychotropic polypharmacy in psychiatric patients in Brazil: a cross-sectional analysis of the PESSOAS Project. *Cad Saude Publica.* 2017;33(4):e00168915. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00168915>. PMID:28538794.
17. Oliveira LP, Zago KSA, Aguiar SB. Potential medication interactions at a psychiatric emergency service of a general hospital: analysis of the first twenty-four hours. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2015;11(4):190-8. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p190-198>.
18. Balen E, Giordani F, Cano MFF, Zonzini FHT, Klein KA, Vieira MH et al. Potential drug-drug interactions between psychotropic drugs. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(3):172-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000167>.
19. Xavier MS, Terra MG, Silva CT, Souto VT, Mostradeiro SCTS, Vasconcelos RO. El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. *Enferm Glob.* 2014;13(4):126-36. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.4.201121>.
20. Sousa LAO, Fonteles MMF, Monteiro MP, Mengue SS, Bertoldi AD, Pizzol TSD et al. Prevalence and characteristics of adverse drug events in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2018;34(4):e00040017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00040017>. PMID:29617479.
21. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: implications to professional training. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):e20160068. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.
22. Thibaut B, Dewa LH, Ramtale SC, D'Lima D, Adam S, Ashrafian H et al. Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(12):e030230. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030230>. PMID:31874869.
23. Costa MC, Cunha JDS, Silva REB. Principais distúrbios psiquiátricos encontrados/atendidos nos serviços de urgência e emergência em saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Cienc Saber [Internet].* 2018; [citado 2019 jan 31];4(1):8. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/375/175>
24. Del-Ben CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MCM, Oliveira GEC, Guapo VG et al. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. *Medicina.* 2017;50(Supl. 1):98-112. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112>.
25. Cassola TP, Eslabão AD, Santos EO, Cruz IR, Schneider JF, Pinho LB. Psychiatric patients' falls: an integrative review. *Cienc Cuid Saude.* 2019;18(3):e44993. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i3.44993>.
26. Chang WP, Jen HJ. Comparison of risk factors of falling for psychiatric inpatients and general ward inpatients who had fallen. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2021;10783903211033028. <http://dx.doi.org/10.1177/10783903211033028>. PMID:34282675.
27. Laukkanen E, Kuosmanen L, Selander T, Vehviläinen-Julkunen K. Seclusion, restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: a register study with root-level data. *Nord J Psychiatry.* 2020;74(6):439-43. <http://dx.doi.org/10.1080/08039488.2020.1733658>. PMID:32125209.
28. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Managing agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(Supl. 2):96-103. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>.
29. Polubriaginof FC, Campos PFS. Enfermagem psiquiátrica: análise do Manual Cuidados aos Psicopatas. *Rev Enf Ref.* 2016;IV série(9):125-32. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15056>.
30. Raphael J, Price O, Hartley S, Haddock G, Bucci S, Berry K. Overcoming barriers to implementing ward-based psychosocial interventions in acute inpatient mental health settings: a meta-synthesis. *Int J Nurs Stud.* 2021;115:103870. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103870>. PMID:33486388.