



Segurança do paciente em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: estudo fenomenológico*

Patient safety in a general hospital's psychiatric hospitalization unit: a phenomenological study
Seguridad del paciente en una unidad de internación psiquiátrica de un hospital general: estudio fenomenológico

Como citar este artigo:

Oliveira A, Toledo VP. Patient safety in a general hospital's psychiatric hospitalization unit: a phenomenological study. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03671. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019013103671>

 Andressa de Oliveira¹

 Vanessa Pellegrino Toledo¹

* Extraído da dissertação: "Significado da segurança do paciente psiquiátrico em uma Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral", Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, 2018.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To understand the meaning of patient safety for a multiprofessional team in a psychiatric unit of a general hospital. **Method:** Qualitative study adopting the social phenomenological framework, employing open-ended interviews whose content was analyzed and discussed based on the literature through the elaboration of categories of analysis. **Results:** Eleven open-ended interviews were conducted. The meaning of psychiatric patient safety was understood to encompass team management experiences that emphasize physical coercion and control of symptomatology while indicating the expectation of elaborating new procedures that account for humanization. It also includes issues regarding organizational composition and experienced difficulties concerning physical structure, its interference in the process of providing safe care and expectations of improvement. **Conclusion:** This study analyzed the conception of patient safety in the multiprofessional team viewpoint, considering socio-historical and cultural contexts and the mutual relations that are part of meaning construction in the study setting.

DESCRIPTORS

Patient Safety; Mental Disorders; Psychiatric Nursing; Hospitals, Psychiatric; Mental Health.

Autor correspondente:

Vanessa Pellegrino Toledo
Rua Tessália Vieira de Camargo,
126 – Cidade Universitária
CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil
vtoledo@unicamp.br

Recebido: 21/05/2019
Aprovado: 19/12/2019

INTRODUÇÃO

Pelo começo tardio da Reforma Psiquiátrica no Brasil, já era sabido que a complexidade de um novo processo assistencial voltado a superar o modelo asilar enfrentaria percalços, como o baixo investimento em políticas públicas e a modificação lenta para completa substituição do modelo manicomial⁽¹⁻²⁾. Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), passa-se a repensar os dispositivos de atendimento e, no âmbito do cuidado hospitalar, surgem os leitos em hospitais gerais como alternativa às internações em hospitais psiquiátricos⁽²⁻³⁾.

Embora não constituam a base da assistência, as Unidades de Internação Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UIPHG) têm papel importante na fase aguda do quadro psiquiátrico, quando os serviços extra-hospitalares não são suficientes⁽³⁾. Por seu caráter de cuidado integral em momento de crise, que visa o retorno do sujeito à vida cotidiana, torna-se oportuno pensar como se operacionaliza a segurança do paciente em tais locais, pois estes não são voltados a internações permanentes e que possam causar a perda da identidade e prejuízos nas relações estabelecidas pelo paciente⁽³⁻⁵⁾. A segurança do paciente pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde a um nível mínimo aceitável. Os movimentos em defesa desta temática surgiram com a divulgação de documento publicado nos Estados Unidos pelo *Institute of Medicine*, denominado *To err is human*, em 1999, no qual se estimou, na época, a ocorrência de 44 a 98 mil mortes em decorrência de eventos relacionados à assistência à saúde⁽⁶⁻⁷⁾.

No Brasil, é possível destacar alguns eventos que impulsionaram o tema, como a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004, pela Organização Mundial da Saúde, objetivando despertar nos países-membros o compromisso de desenvolver práticas destinadas à segurança do paciente, além da instituição, em 2013, do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽⁸⁾.

É perceptível o esforço em contemplar nas agendas das instituições hospitalares a reestruturação dos processos assistenciais, com foco na segurança do paciente, e mesmo diante do aumento de publicações sobre a temática; porém, no que diz respeito a pacientes psiquiátricos, o cenário é outro e o assunto permaneceu pouco explorado⁽⁵⁻⁸⁾. Em 2011, em estudo sobre as questões e desafios emergentes para melhorar a segurança do paciente em saúde mental, já se discutia a necessidade de pesquisas na área, graças às peculiaridades no cuidado do paciente psiquiátrico^(5,9-10). Tem-se ainda que as internações psiquiátricas são por vezes prolongadas, o que implica a ocorrência de iatrogenias. Embora existam aspectos em comum com as demais áreas, como eventos relacionados a medicação, procedimentos e comunicação, há também peculiaridades, o que demanda que o tema seja estudado separadamente⁽⁹⁻¹²⁾. São temas importantes relacionados à segurança do paciente psiquiátrico os casos de violência e agressão, auto e heteroagressividade, comportamentos destrutivos, tentativa de suicídio e automutilação, além dos muitos

diagnósticos presentes na área da psiquiatria que, em razão das semelhanças, podem ocasionar equívocos, resultando em tratamento errado e a consequente piora do quadro. Ainda são citados os erros que envolvem medidas de contenção, tentativa de evasão, supermedicação e quedas em decorrência das medicações utilizadas⁽⁹⁻¹²⁾.

Constata-se, no entanto, que o foco dos estudos recai sobre os riscos específicos, como eventos adversos relacionados à medicação; não se discute a segurança do paciente psiquiátrico por meio de uma visão integrada. Além disso, em suma, tais estudos são realizados fora do país⁽⁹⁻¹²⁾. A falta de concepções sobre a segurança do paciente psiquiátrico – a qual, por vezes, não se torna clara – e o que a engloba também se torna um desafio, especialmente em um cenário em que tais questões são vigentes e requerem melhor compreensão⁽⁵⁾.

Neste estudo, pensa-se, a partir da perspectiva fenomenológica, sobre a compreensão da segurança do paciente pela equipe multiprofissional, sendo a investigação uma forma de contribuir com o olhar efetivo em relação às suas experiências. Consequentemente, é possível pensar na segurança do paciente psiquiátrico englobando outras variáveis que, para além das puramente classificatórias, estejam relacionadas à ordem das experiências e do vivido⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Nesse sentido, este estudo se justifica pela necessidade de conhecer a realidade desse cenário sob a percepção da equipe multiprofissional, visto que a segurança do paciente deve constituir responsabilidade compartilhada⁽⁸⁾. Sendo assim, objetivou-se compreender o significado da segurança do paciente para a equipe multiprofissional de uma UIPHG.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa, fenomenológico-social, utilizando-se do referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, que possibilita, no contexto da Enfermagem e da saúde mental, a compreensão do sujeito como um ser no mundo, dotado de conhecimento, subjetividade, singularidade, biografia determinada e motivações⁽¹³⁻¹⁶⁾.

CENÁRIO

O estudo foi realizado na UIPHG de um hospital universitário do interior paulista, no ano de 2017, que conta com 16 leitos mistos e uma equipe composta por seis enfermeiros, uma supervisora de enfermagem, oito técnicos de enfermagem, quatro psiquiatras e uma terapeuta ocupacional voluntária (que realiza atendimento semanal). Não há psicólogos contratados no momento; o aporte psicológico é oferecido por quatro residentes da psicologia, que permaneceram na enfermaria pelo período de um ano. A equipe conta também com dois residentes multiprofissionais – um enfermeiro e uma fonoaudióloga – e com residentes da medicina. A população estudada foi composta de 11 profissionais da equipe multiprofissional, sendo três enfermeiros, um médico psiquiatra, duas terapeutas ocupacionais, duas psicólogas e três técnicos de enfermagem. Para a abordagem dos participantes, foi utilizada a amostragem em rede conhecida como “bola-de-neve”, em que um participante indica o outro⁽¹⁷⁾;

o primeiro foi selecionado pela pesquisadora por meio de sorteio para que a amostragem fosse iniciada.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Profissionais da equipe multiprofissional que trabalhavam em diferentes turnos e não estivessem em férias ou afastados no momento da coleta. Foram excluídos desta pesquisa dentistas e fisioterapeutas, pois estes atendiam apenas interconsultas, não estando em contato direto com os pacientes da unidade.

COLETA DE DADOS

Utilizou-se a entrevista fenomenológica, baseada na intersubjetividade da relação entre pesquisador e participante^(13-14,18). Esse tipo de entrevista possibilita ao sujeito que vivencia o fenômeno expressar o significado de sua ação, desenvolvida em seu mundo de relações, permitindo que, ao se concentrar nos significados, não se preocupe com fatos, mas sim com eventos significativos⁽¹⁸⁾. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, individuais, com questões não diretivas, proporcionando condições para que os participantes se expressassem livremente, em sala privativa, gravadas, com tempo mínimo de 30 e máximo de 55 minutos e compostas das questões norteadoras: “conte-me uma situação envolvendo a segurança do paciente psiquiátrico vivenciada por você” e “como você acha que poderia ser a segurança do paciente psiquiátrico nesta UIPHG?”.

A coleta de dados, realizada de maio a julho de 2017, foi encerrada por saturação teórica, isto é, quando as inquietações da pesquisadora foram respondidas e o objetivo de estudo, alcançado⁽¹⁹⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para análise dos depoimentos, foi utilizado o referencial metodológico proposto por pesquisadores da fenomenologia social na saúde mental⁽¹³⁻¹⁶⁾. Inicialmente, procedeu-se às leituras das entrevistas na íntegra, a fim de apreender o sentido global do significado da segurança do paciente psiquiátrico para a equipe multiprofissional^(14,18). Após, foi feita sua releitura com o objetivo de criar unidades de significado e identificar os “motivos para” e os “motivos porque” da ação^(14,18). Em seguida, foi identificado e descrito o significado da ação expresso em duas categorias^(14,18): a) segurança do paciente psiquiátrico: experiências no manejo e o caminho para um novo olhar; b) desafios cotidianos e expectativas de melhoria.

Como referencial teórico para a discussão dos dados, foram utilizados alguns conceitos da fenomenologia social propostos por Alfred Schütz⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Para garantir o anonimato, os depoimentos foram identificados por letras de A a J. Uma das entrevistas foi excluída, pois foi utilizada para adequação da pergunta de estudo.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo cumpre todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, conforme o proposto pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/12, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Estadual de Campinas por meio do parecer n. 2.025.552, de 2017.

RESULTADOS

CATEGORIA A – SEGURANÇA DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO: EXPERIÊNCIAS NO MANEJO E O CAMINHO PARA UM NOVO OLHAR

Evidenciou-se que a forma como a equipe entende a segurança do paciente psiquiátrico em relação às experiências vividas (ou seja, os “motivos porque”) está atrelada a quadros de agressividade e agitação, bem como pela supremacia de discursos marcados por experiências negativas vividas na UIPHG:

Me vem na cabeça a agressão, na segurança dele com ele mesmo e dele com os outros. Dele ter uma agitação, uma agressividade, eu penso nisso quando você fala em segurança (A).

Ele quebrou a jarra na mesa e se cortou. Então, foi uma coisa que chocou bastante os pacientes, que todo mundo ficou bem agitado (G).

Outro aspecto a emergir dos depoimentos foram as peculiaridades no cuidado ao paciente psiquiátrico, que diferem daqueles de outras especialidades.

Sim, é bem diferente. O paciente psiquiátrico exige muito mais. Às vezes, as coisas que você nem imagina (B).

Outro achado importante é que compreendem a segurança do paciente como contenção física, descrita como a primeira ação que vem à cabeça para garantir a segurança do profissional, do paciente e da sociedade e, também, como a conduta mais rápida e viável, tratada como solução recorrente nas ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional:

Eu imagino mais esse sentido de contenção e o risco que ele tem para ele e para a sociedade; toda vez que falam de segurança em saúde mental é isso que me vem à cabeça (H).

A primeira coisa que me vem à cabeça é contenção, né? Contenção como uma estratégia de segurança, tanto para o profissional, quanto para o paciente (I).

Sempre as soluções mais recorrentes, envolvendo a segurança do paciente, eram envolvendo a questão da contenção mesmo (C).

Embora citem a contenção, conseguem perceber que há pontos positivos e negativos nessa prática. Como pontos negativos, citam o uso excessivo de força e o limiar entre o cuidado e a iatrogenia, que envolve riscos como a perda da ética e lesões aos pacientes, além da realização do procedimento com número insuficiente de profissionais:

Nem todo mundo na hora da contenção acaba usando só a força necessária para conter o paciente mesmo. Eu acho que algumas pessoas extrapolam um pouquinho (G).

Não dá tempo, às vezes, de ter 5 pessoas para você conseguir segurá-lo em 5, né? Eu acho que isso também é prejudicial, acaba machucando o funcionário e acaba machucando o paciente também, né? (G).

Paciente que na contenção quebrou o braço, por estar batendo no funcionário. Também houve uma queda e os dois caíram no chão (G).

A gente tá muito próximo a perder a ética quando envolve uma contenção, porque você está sujeito a sofrer uma agressão quando for conter um paciente, e isso já aconteceu, então você fica ali entre não ser agredido e não machucar o paciente (D).

Os pontos positivos citados pela equipe multiprofissional envolvem cuidado e manejo técnico, visando prevenir danos maiores ao paciente:

Eu presenciei, por exemplo, casos que envolvem contenção física, e eu acho que teve sim um cuidado, pelo menos técnico e de manejo com o paciente (C).

O significado é construído ainda sob um agir pautado em características médico-centradas, evidenciado pela utilização de termos como “medicar e amarrar” e por uma sequência de ações de subordinação no trabalho, guiadas pela autorização de profissionais médicos.

Se o paciente tá meio agitado, você medica, você amarra, mas com os professores autorizando, os residentes, médicos (E).

Tudo é feito na lógica prescritiva (C).

O significado da segurança do paciente também é composto pelos discursos que tratam dos riscos presentes no cotidiano do cuidado, como o desenvolvimento de lesão por pressão, queda, ingestão de objetos, suicídio, agressão por parte de outros pacientes e fuga.

Além de todo o risco que é normal do hospital, risco de escara, por ele ficar contido no leito, apresenta risco de queda quando a gente levanta ele pro banho (B).

Ainda tem tudo o que ele encontra, ele põe na boca, né? Ele engole. Risco de suicídio para alguns pacientes depressivos. De sofrer agressão de outros pacientes também (B).

É diferente porque, nas outras enfermarias, você não precisa trabalhar com o risco do paciente te agredir, do paciente fugir. Aqui, o que eu vejo de segurança é que a gente fica sempre de olho, grades, nas janelas, banquinho, você tem que estar sempre observando (E).

Outro achado importante é a descrição de ações que implicariam a segurança do paciente psiquiátrico, mas que não são implementadas, como o uso de pulseiras de identificação. Sua não implementação justifica-se por haver reconhecimento do sujeito ao longo do tempo de internação e por se perceber o risco de que o paciente retire, jogue fora ou coma a pulseira. Mencionam ainda a falta de controle dos pertences trazidos de casa e da circulação de pessoas na entrada da unidade.

Não, não ficam com a identificação. Aqui, como a internação não tem uma rotatividade gigante, (...) a gente vai ao longo do tempo reconhecendo o sujeito. Todos os dias a gente vai reforçando isso, acho que esse é um ponto positivo (F).

Aqui a gente não tem a pulseira de segurança do paciente, né? Por conta do paciente mesmo, tem paciente que, às vezes, tira, joga fora, algum paciente que come a pulseira (G).

Essa é uma crítica que faço, que deveria ter um controle maior de entrada para acompanhante, pra visita, mesmo porque a gente não consegue garantir se é realmente uma visita, se é a pessoa, quais as intenções, isso deveria ser feito já na admissão do paciente (J).

Esse paciente retorna e a gente teve até que desenvolver da família ir lá, abrir a bolsa, olhar o que tem, porque eu não posso enquanto profissional fazer uma revista na bolsa do paciente, porque é um direito dele ter uma bolsa, mas a gente pode abordar a família (D).

Além das vivências, a equipe multiprofissional expressa suas expectativas em relação ao futuro, ou seja, como poderia ser a segurança do paciente, o que configuram os “motivos para” da ação. Mencionam que existe a necessidade de ouvi-lo, para além do momento em que estão realizando procedimentos. Citam a necessidade de um olhar que não seja estigmatizado e estereotipado, e que leve em conta o momento de relação enfermeiro-paciente, envolvendo a humanização do cuidado e a empatia.

Se atentar um pouco mais a conversar com o paciente, não só conversar na hora quando tá lá dando remédio, tirando a pressão. Não olhar tanto com esse olhar tão estigmatizado, estereotipado, não sei o termo assim, mas se permitir um outro olhar (A).

Algo mais voltado para a escuta do que para o manejo puramente técnico. E depois também da situação de contenção, acho que precisa ter uma retaguarda de escuta constante principalmente por parte da enfermagem, que acho que é escassa (...) um cuidado que tendesse para o lado da humanização (...) que não fosse centrado em algo tão imediato em que tenha a iminência da agressividade. A questão do pensamento empático. Deve-se ter uma reflexão aqui na unidade, singularizar o olhar para o indivíduo (C).

A parte de como chegar ao paciente, a forma de falar, de tentar pela conversa diminuir a ansiedade e o confronto, acho que diminuiria a agressão na hora da contenção (G).

CATEGORIA B – DESAFIOS COTIDIANOS E EXPECTATIVAS DE MELHORIA

O significado da segurança do paciente psiquiátrico também está atrelado a desafios que se impõem durante os processos de trabalho no cotidiano da unidade, como elementos da estrutura física, da organização do cuidado, da composição das equipes e dos serviços ofertados.

A UIPGH, segundo os participantes, é impactante em sua configuração: as grades parecem marcar as experiências daqueles que ali trabalham. Os discursos apontaram experiências em que o paciente se feriu com objetos perfurocortantes presentes no local sobre a disposição de equipamentos e mobiliários. Além disso, a estrutura física é relatada como péssima:

Eu acho que vem a grade, né? Lembro que eu quando cheguei, há 3 anos, assusta um pouco. Porque todas as outras enfermarias são abertas, e a grade, precisamente, na enfermaria de psiquiatria apenas (J).

Segurança do paciente? Acho que equipamentos, né? Começando desde cama, janelas, o tratamento é bom, mas a estrutura é péssima (B).

Eu acho que nossos pacientes ainda têm contato com vidro, das janelas, talvez a disponibilidade dos equipamentos ainda pode oferecer um certo risco. A gente tem pouco espaço pra poder realocar esses equipamentos. Eu me preocupo muito com a questão do vidro (D).

A equipe também aparenta divergências quanto à concepção de o que é uma UIPHG e sua localização. Enquanto há a ideia de que não deveria estar em ambiente hospitalar, há a compreensão de que o espaço poderia ser mais aberto, fugindo um pouco da lógica hospitalocêntrica:

Olha, eu acho que primeiramente a gente tá dentro de um espaço hospitalar, talvez não fosse um espaço tão adequado pra uma enfermaria de psiquiatria (D).

Estrutural, eu acho que aqui é muito fechado, né? Se a gente pudesse ter o espaço aberto mesmo, até para o sujeito sair um pouco, respirar, né? Essa seria a minha sugestão (F).

No que se refere aos processos de trabalho desenvolvidos na UIPHG, os achados evidenciam a falta de profissionais e como esse problema interfere no cuidado prestado ao paciente psiquiátrico no cotidiano da equipe multiprofissional, implicando uma oferta reduzida de ações, o que leva a uma interação permeada por momentos de ócio e confinamento, sem oficinas de atividades.

Não digo: “vamos todos fazer várias oficinas e tal”, porque também falta uma TO e falta um psicólogo aqui também (A).

Às vezes, eles chegam “Pô, não tem nada pra fazer aqui”, “eu tô cansado de ficar aqui”. Mas não tem nada mesmo. Eles ficam bem confinados aqui dentro, né? Agora começou uma menina que vem geralmente no período da tarde. Então, ficam eles olhando um pra cara do outro. Então, ficam meio perdidos sem ter atividades pra fazer, né? (E).

Dentre os “motivos para” apontados pelos discursos, no que se refere às suas expectativas, evidenciou-se a esperança de mudanças na reorganização da UIPHG, com controle de acesso e reformulação estrutural:

Eu penso que se os quartos fossem alojados de uma outra forma, talvez essa agressão não teria acontecido. Da mesma forma também do espelho, né? Com a outra paciente (A).

Teria que quebrar e construir de novo. Às vezes, eu acho que os quartos são muito para o fundo, não é tão bom, tanto que eles deixam os pacientes que tenham mais algum risco, qualquer risco que seja, seja de saúde ou de fazer alguma coisa mesmo, uma hetero ou autoagressão, na frente, mas o resto fica nesses quartos mais isolados aqui (A).

Teria que ser uma estrutura para padrão psiquiátrico mesmo. Essas camas, tudo o que é quebrado eles trazem para cá, não tem uma cama que é boa (B).

O posto de enfermagem não podia ficar aberto da forma que é, tinha que ser um posto fechado, que só a enfermagem e os médicos tivessem acesso (B).

DISCUSSÃO

O mundo da vida cotidiana já se encontra estruturado previamente, sendo anterior ao nascimento do homem. Este passará a agir de modo natural a partir do que lhe é apresentado como realidade social⁽¹⁴⁾.

Para viver no mundo, o homem se orienta pelo modo como define o cenário de sua ação, o qual é por ele interpretado, a partir de seus motivos existenciais. Os “motivos porque” se referem às experiências passadas, determinam a forma como o sujeito agiu ou age e são compreendidos apenas quando a ação é realizada, ou seja, quando ela se torna um ato⁽¹⁶⁾. Os “motivos para”, por sua vez, relacionam-se aos projetos e expectativas existentes⁽¹⁶⁾.

Ao adentrar no mundo da vida da equipe multiprofissional, é possível perceber que estas desenvolvem o cuidado utilizando-se de experiências prévias construídas ao longo de suas vidas. Analisa-se que a UIPHG passa a fazer parte da dimensão do cotidiano dessa equipe, pois ali, além de vivenciar e adquirir conhecimentos, os integrantes desenvolvem seu trabalho⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

A investigação da natureza da ação, além de ocorrer a partir de um mundo previamente estruturado, acontece no local onde o homem se situa com seus sentimentos, preocupações e vivências, isto é, em intersubjetividade com outros atores sociais⁽¹⁴⁾. O acervo de conhecimentos compõe-se como base para a ação, sendo constituído e estruturado primariamente por ensinamentos de progenitores, conhecimento de educadores e experiências concretas vividas e expressas individualmente, o que significa a totalidade de sua construção pelo sujeito no curso de sua existência⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Tem-se que o acervo de conhecimento da equipe, que é disponível, acessível e aliado às experiências subjetivas, em partes foi constituído na UIPHG por meio de significações negativas, como mostram os relatos que envolvem quadros agitação, de lesões e situações marcantes envolvendo o paciente em relação à segurança.

Deve-se considerar que, embora as experiências sejam dotadas de intersubjetividades e levem em conta determinada situação biográfica da equipe multiprofissional, estas carregam consigo muito da construção histórica feita acerca da loucura e do estigma social ainda existente, principalmente nos serviços de saúde mental, evidenciando a persistência do modelo asilar⁽¹⁾. Tal fato pode ser verificado quando os integrantes da equipe reconhecem que a segurança do paciente psiquiátrico possui peculiaridades, o que demonstra os conhecimentos adquiridos; no entanto, eles ainda atrelam esse saber a conceitos reducionistas, como trancar as portas e evitar o movimento do paciente como formas de cuidar. Nota-se a naturalização de tais ações em seu cotidiano, as quais passam a ser difundidas no processo de trabalho. Verifica-se, também, a influência desse modelo na construção do significado da segurança do paciente psiquiátrico quando a equipe se remete primeiramente a ações como medicação e contenção, sendo a dinâmica do cuidado impulsionada pela eliminação de comportamentos agressivos e de quadros agitação^(1,5).

A auto e heteroagressividade, bem como os quadros agitação e de violência, fazem parte do curso dos transtornos

mentais, devendo ser avaliados até mesmo em ampla investigação diferencial, como por meio de exames diagnósticos e exame do estado mental^(9,20). Porém, é preciso reconhecer não somente a agressividade isolada, mas sua causa e o que torna o paciente agressivo. Fazê-lo abriria à equipe um leque de possibilidades e manejos anteriores à medicação e à contenção, pois essa última, em um momento de crise, deve ter seus critérios fundamentados a fim de não configurar repressão ou ameaça, mas sim uma forma de levar o paciente a compreender que necessita de ajuda naquele momento⁽²⁰⁻²¹⁾.

A falta de preparação e de profissionais, relatada no momento da contenção, é algo prejudicial tanto para o paciente quanto para os trabalhadores. A avaliação posterior, como verbaliza um dos entrevistados, nem sempre é possível, o que evidencia o cuidado como prescritivo, sendo a maior preocupação o cumprimento da ordem médica.

Neste estudo, a contenção aparece de forma bastante singular para a equipe. Vale ressaltar que, na perspectiva fenomenológica, mesmo em um ambiente comum, todo sujeito tem sua situação biográfica específica. Isso denota que um mesmo objeto pode significar algo diferente para um sujeito em relação ao que significa para qualquer dos seus semelhantes, o que se deve às diversas instâncias que os atores ocupam e às diferenças nas perspectivas individuais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Embora no estudo o foco seja a equipe multiprofissional, como mostram as falas, o saber médico aparece hipervalorizado em relação aos demais. A equipe também deixa claro que necessita de aprovação médica para realizar ações junto ao paciente. Segue-se, dessa forma, a afirmação da divisão social do trabalho, ocasionando a hierarquização nas relações, com os demais membros da equipe assumindo posições secundárias e tornando-se coadjuvantes no processo de cuidar⁽²²⁾.

Ainda que a contenção física seja um procedimento dependente de avaliação e prescrição médica, tantos outros não o são. A indicação deveria ser de ordem interdisciplinar, pensada em equipe multiprofissional. Por essa razão, faz-se necessário pensar nas ações de campo, de núcleo e em como a falta de valorização do estoque de conhecimento adquirido e a imposição do saber médico se fazem presentes neste estudo.

Todavia, para que núcleo e campo se relacionem e a rede de apoio ocorra, a comunicação entre os sujeitos precisa ocorrer no mundo da vida cotidiana⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. É por meio da relação face a face, ou seja, do relacionamento direto com o outro, que surge a consciência mútua de existência⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Sendo assim, as relações estabelecidas entre os diversos membros da equipe multiprofissional viabilizariam a compreensão das hierarquias de poder existentes, permitindo que discussões sobre campo e núcleo fossem realizadas, tornando os demais profissionais da equipe protagonistas no processo de cuidar com segurança. Além do mais, falhas de comunicação e falta de conhecimento são fatores que predispõem a erros durante a assistência; a comunicação eficaz entre os membros da equipe pode minimizar tais fatores e até impedi-los⁽²³⁾.

Os “motivos porque” contam com o que já foi vivido, isto é, a ação só é elaborada quando passa pelo concreto. Nesse sentido, conforme os relatos, os riscos citados também parecem ser aqueles com os quais a equipe mais tem contato na atualidade ou identifica como risco⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Denominada “fuga” pelos

participantes deste estudo, a evasão hospitalar é amplamente difundida como medida de segurança quando se trata de cuidado de enfermagem psiquiátrica e saúde mental⁽⁹⁾. Os cuidados para esse risco incluem desde a transferência de pacientes para unidades de internação fechadas e observação mais próxima até a busca pela polícia quando ocorre a evasão⁽⁹⁾.

Enquanto são pensados os riscos reais de tais ações – no caso de evasão, o paciente se lesionar e ser atropelado, por exemplo –, há também as concepções que parecem estar relacionadas ao doente mental como um ser incapaz de responsabilizar-se pelos seus atos, ficando sob a tutela da família ou do hospital. Deduz-se, portanto, que, muitas vezes, os cuidados feitos a esses pacientes são guiados mais pelas expectativas postas pela família e instituição do que pelas reais demandas de cuidado e necessidades do paciente⁽²²⁾.

O risco de suicídio também foi mencionado pela equipe deste estudo, pontualmente. Cabe contextualizar que o suicídio é fenômeno multicausal e complexo, fruto da interação de diversos fatores que perpassam a ordem biológica e psicológica, comportando questões filosóficas, antropológicas e sociais⁽²³⁾.

Neste estudo, trancar as portas aparece como medida de segurança para tais situações; entretanto, ainda que proteja momentaneamente, tal medida pode interferir no quadro psíquico, gerando depressão, ansiedade e frustração, além de reforçar o estigma em torno da doença mental^(10,23). Como possibilidade para se repensar o cuidado, há estratégias que levam em conta a intersubjetividade da equipe e o espaço em que se encontra, como a qualificação da escuta, a avaliação do risco, a supervisão, medicação, psicoterapia e orientações para os pacientes e seus cuidadores⁽²³⁾. Ou seja, por meio da situação biográfica do paciente, equipe e família, é possível repensar o cuidado⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Quanto aos “motivos para”, os quais se associam às expectativas em relação à segurança do paciente psiquiátrico, evidenciou-se a probabilidade de que certas ações referentes ao controle do paciente sejam tomadas. Segundo os relatos, o controle de acesso à unidade e aos pertences trazidos de casa deveria ocorrer de forma mais criteriosa. Percebe-se novamente, neste estudo, a construção do significado baseada no estigma e em práticas de controle. De forma antagônica, nota-se um olhar que busca tratar aquele de quem se cuida de forma subjetiva, levando em conta a identificação do sujeito, como quando dizem que a pulseira não é necessária, pois na UIPHG é possível o reconhecimento de todos.

Segundo os relatos, a pulseira de identificação não é utilizada, pois os pacientes passam por um longo período na UIPHG, o que possibilita sua identificação, bem como porque há riscos de o paciente psiquiátrico retirá-la, jogá-la fora ou até mesmo comê-la. Sabe-se, no entanto, que o uso de pulseiras é preconizado pelo PNSP e discutido amplamente no mundo por reduzir os erros e ampliar as práticas seguras, já que a identificação, com duplo propósito, visa a determinar com segurança a legitimidade de quem recebe o tratamento ou procedimento, bem como certificar que o procedimento a ser executado é o necessário⁽²⁴⁾.

Mesmo possuindo poucos leitos, os pacientes são assistidos por diversas equipes e diferentes profissionais e, muitas

vezes, não têm contato direto, por isso não os reconhecem. Além do mais, por se tratar de uma UIPHG, funcionários de outros setores têm acesso a ela. Portanto, a utilização de identificação faz-se necessária e imprescindível⁽²⁴⁾.

A forma de atribuir significado à segurança do paciente também conta com a projeção na mudança da realidade social em que a equipe vive, ou seja, o que os integrantes esperam ser diferente quanto à segurança do paciente psiquiátrico em questões relacionais. Nesse sentido, verbalizam a necessidade do olhar diferenciado ao paciente, levando em conta questões que antecedam a contenção, como algo mais voltado ao paradigma biopsicossocial, surgindo a fim de tentar tirar o foco da doença e transferi-lo para o cuidado integral. Nesse novo olhar, a saúde passa a ser considerada processo contínuo, em consequência da interação entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos e culturais⁽⁴⁾.

Os estoques de conhecimento e a forma como os sujeitos ordenam a sua vida constituem processos difundidos socialmente, recebidos de seus antecessores e de suas experiências anteriores; entretanto, também são constantemente desenvolvidos ininterruptamente no processo de sedimentação que se coaduna à intersubjetividade⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Logo, embora o olhar para a segurança seja voltado às questões biomédicas e com marcações históricas, não se deve considerar o cuidado como um processo estagnado. Pelo contrário, há necessidade crescente de adoção de teorias que o embasem como forma de apoiar-se em padrões de conhecimento que signifiquem mudanças nas ações⁽²⁵⁾.

O olhar da equipe está voltado ao que se espera do outro e não ao que se espera de mudanças entre seus membros. Isso pode ser mais bem elucidado ao se analisar a segunda categoria, em que se descreve o cuidado envolvendo o controle da sintomatologia e contenção e, ao mesmo tempo, esperam-se mudanças organizacionais como resultado. Isto é, as alterações estruturais aparecem como solução para questões de outra ordem.

Neste estudo, a estrutura física, colocada como deficitária, envolve questões referentes à estigmatização das unidades de internação, precarização dos investimentos em saúde e reprodução do hospital psiquiátrico nos novos dispositivos de cuidado, o que denota um olhar voltado à transposição do hospital psiquiátrico para os serviços da RAPS, deixando de lado questões pertinentes ao modelo psicossocial, como a ambiência e a adequação dos espaços de saúde mental, que favoreceriam um olhar integrado ao paciente e à sua segurança⁽²⁰⁾. Entretanto, deve-se haver corresponsabilização dos membros da equipe

nesse processo, pois a resolução de muitas das questões envolvendo a saúde mental e a psiquiatria necessita, primeiramente, de mudanças paradigmáticas para ocorrer^(20,25).

O número limitado de participantes e a singularidade da instituição podem ser considerados uma limitação do estudo; no entanto, dada a complexidade do significado da segurança do paciente para a equipe multiprofissional da UIPHG estudada, pode-se inferir que tal concepção perpassa os resquícios do manicômio, uma vez que suas práticas ainda estão em construção, no sentido de favorecer a sedimentação do modelo psicossocial.

CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível compreender o significado da segurança do paciente para a equipe multiprofissional de uma UIPHG. Aproximando-se do mundo da vida da equipe multiprofissional, pôde-se compreender que a significação da segurança do paciente psiquiátrico leva em conta o acervo de conhecimento dos participantes, ainda em processo de transição paradigmática, mas com características médico-centradas. É evidente, ainda, que os discursos apontam a expectativa da construção de um novo olhar, com maior escuta e humanização, ligado ao modelo biopsicossocial.

Nota-se, também, foco nas mudanças organizacionais, sem a corresponsabilização da equipe no processo de cuidar com segurança e, portanto, na mudança paradigmática que envolve a saúde mental e a psiquiatria.

Por fim, pôde-se analisar a concepção de segurança do paciente pela ótica da equipe multiprofissional, considerando o contexto sócio-histórico e cultural e as relações mútuas que fazem parte da construção desse significado no cenário de cuidado. Este estudo é considerado uma discussão inicial em razão da temática proposta. Ressalta-se, aos que trabalham na área, a necessidade de a segurança do paciente psiquiátrico passar a ser vista de forma mais criteriosa. É crucial o papel de todos na construção de elementos que favoreçam a segurança do paciente em questão.

Como implicação para a prática de enfermagem a partir deste estudo, almeja-se a realização de ações na unidade em que o foco da educação permanente seja a produção de reflexões voltadas à construção de sentido sobre as temáticas diretamente relacionadas ou não à segurança do paciente. Torna-se desafio, portanto, a contribuição para as transformações, em que os profissionais sejam atores na produção de estratégias para a mudança do atual cenário.

RESUMO

Objetivo: Compreender o significado da segurança do paciente para a equipe multiprofissional de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral. **Método:** Estudo qualitativo orientado pela vertente fenomenológica social, com entrevistas abertas cujo conteúdo foi analisado e discutido baseando-se na literatura, por meio da composição de categorias de análise. **Resultados:** Realizaram-se 11 entrevistas abertas. Foi possível compreender que o significado da segurança do paciente psiquiátrico envolve as experiências no manejo da equipe, com ênfase na contenção física e no controle de sintomatologia, mas também aponta para a expectativa de construção de um novo fazer que leve em conta a humanização. Inclui ainda questões referentes à composição organizacional e dificuldades vivenciadas quanto à estrutura física, sua interferência no processo de cuidar de forma segura e as expectativas de melhoria. **Conclusão:** Com esta pesquisa, pôde-se analisar a concepção de segurança do paciente pela ótica da equipe multiprofissional, considerando o contexto sócio-histórico e cultural e as relações mútuas que fazem parte da construção desse significado no cenário de estudo.

DESCRIPTORIOS

Segurança do Paciente; Transtornos Mentais; Enfermagem Psiquiátrica; Hospitais Psiquiátricos; Saúde Mental.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado de la seguridad del paciente para un equipo multiprofesional de una unidad de internación psiquiátrica de un hospital general. **Método:** Estudio cualitativo guiado por la vertiente fenomenológica social, con entrevistas abiertas cuyo contenido fue analizado y discutido en base a la literatura, a través de la composición de categorías de análisis. **Resultados:** Se realizaron 11 entrevistas abiertas. Se pudo entender que el significado de la seguridad del paciente psiquiátrico implica las experiencias en la gestión del equipo, con énfasis en la contención física y el control de los síntomas, pero también se apuntó a la expectativa de construir un nuevo procedimiento que tenga en cuenta la humanización. También incluye cuestiones relativas a la composición de la organización y las dificultades experimentadas en relación con la estructura física, su interferencia en el proceso de cuidado seguro y las expectativas de mejora. **Conclusión:** Con esta investigación se pudo analizar el concepto de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo multiprofesional, considerando el contexto sociohistórico y cultural y las relaciones mutuas que forman parte de la construcción de este significado en el escenario de estudio.

DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Trastornos Mentales; Enfermería Psiquiátrica; Hospitales Psiquiátricos; Salud Mental.

REFERÊNCIAS

- Batista MDG. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Rev Ciênc Soc [Internet]*. 2014 [citado 2017 dez. 27];40(1):391-4. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690/11177>
- Macedo JP, Abreu MM, Fontanele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Soc [Internet]*. 2017 [citado 2017 nov. 16];26(1):155-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>
- Silva TL, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF, Mathias TAF, et al. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Rev Min Enferm [Internet]*. 2014 [citado 2017 nov. 15];18(3):644-51. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/952>
- Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2015 [citado 2017 nov. 16];19(55):1121-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000401121&lng=pt&tlng=pt
- 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;7(1):39-44.
- Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2014 [citado 2017 nov. 16];18(1):122-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
- Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel CS. Rede Brasileira de Enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2015 [citado 2017 nov. 20];24(3):906-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf
- Estrela KSR, Loyola CMD. Administration of medication to use when needed and the care of psychiatric nursing. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2014 [cited 2017 Dec 15];67(4):563-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400563
- Kenerva A, Lammintakanen J, Kivinen T. Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(6):541-8.
- Mascherek AC, Schwappach DL. Patient safety priorities in mental health care in Switzerland a modified Delphi Study. *BMJ Open [Internet]*. 2016 [cited 2017 Feb 14];6(8):e011494. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985788/>
- Keers RN, Williams SD, Vattakatuchery JJ, Brown P, Miller J, Prescott L, et al. Prevalence, nature and predictors of prescribing errors in mental health hospitals: a perspective multicenter study. *BMJ Open [Internet]*. 2014 [cited 2017 Dec 20];4(9):e006084. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4185335/>
- Schneider JF, Nasi C, Camatta MW, Oliveira GC, Mello RM, Guimarães AN. O referencial Schutziano: contribuições para o campo da enfermagem e saúde mental. *Rev Enferm UFPE Online [Internet]*. 2017 [citado 2017 dez. 29];11(12):5439-47. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/173961>
- Jesus MCP, Capalbo C, Merigh MAB, Oliveira DM, Tocantis FR, Rodrigues BMRD, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 [cited 2017 Dec 28];47(3):36-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300736&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Schutz A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu; 2015.
- Wagner HTR. *Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schutz*. Petrópolis: Vozes; 2012.
- Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas [Internet]*. 2014 [citado 2017 dez. 28];44(4):203-20. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/download/2144/1637>
- Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 5ªed. São Paulo: Centauro; 2005.
- Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato EB, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2011 [citado 2017 dez. 29];27(2):388-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
- Silva MLB, Dimenstein MDB. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arq Bras Psicol [Internet]*. 2014 [citado 2017 dez. 29]; 66(3):31-46. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672014000300004

21. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 17];49(2):277-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200277
22. Barbosa VFB, Martinhago F, Hoepfner AMS, Kozuchovski D, Caponi SNC. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [citado 2018 jan. 5];40(108):178-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000100178&script=sci_abstract&tlng=pt
23. Forte ECN, Pires DEP, Padilha MI, Martins MMFPS. Erros de enfermagem: o que está em estudo. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2017 jan. 04];26(2):e01400016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e01400016.pdf
24. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2018 jan. 6];23(1):36-43. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf
25. Oliveira A, Toledo VP, Garcia APF. Padrões de conhecimento utilizados por enfermeiros no primeiro surto psicótico. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado 2018 jan. 10];21(3):e20170001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000300214&script=sci_abstract&tlng=pt



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.