**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ADRIELLE CRISTINA SILVA SOUZA**

# INCIDENTES COM PACIENTES ATENDIDOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE

**Goiânia, 2019**

sistema de bibliotecas ufg

PRPG
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

UFG

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico**: **[ ] Dissertação** **[ X ] Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação:**

Nome completo do autor: Adrielle Cristina Silva Souza.
Título do trabalho: Incidentes com pacientes atendidos nos centros de atenção psicossociais: vivências da equipe de saúde.

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento [ X ] SIM [ ] NÃO[1]

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Adrielle Cristina Silva Souza
Assinatura do(a) autor(a)[2]

Ciente e de acordo:
Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Assinatura do(a) orientador(a)[2]

Data: 29 / 05 / 2019.

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.
Casos de embargo:
- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

[2] A assinatura deve ser escaneada.

Versão atualizada em setembro de 2017.

**ADRIELLE CRISTINA SILVA SOUZA**

# INCIDENTES COM PACIENTES ATENDIDOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE

*Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.*

**Área de Concentração:** A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana

**Linha de Pesquisa:** Gestão em Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Profª Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra

**Co-Orientadora**: Profa. Dra. Camila Cardoso Caixeta

**Goiânia, 2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Souza, Adrielle Cristina Silva
INCIDENTES COM PACIENTES ATENDIDOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE [manuscrito] / Adrielle Cristina Silva Souza. - 2019.
CCLX, 260 f.

Orientador: Prof. Ana Lúcia Queiroz Bezerra; co-orientador Camila Cardoso Caixeta .
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Enfermagem, Cidade de Goiás, 2019.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, tabelas, lista de figuras.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Segurança do Paciente. 3. Dano ao Paciente. 4. Assistência Centrada no Paciente. 5. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Queiroz Bezerra, Ana Lúcia , orient. II. Título.

CDU 616-083

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE ADRIELLE CRISTINA SILVA SOUZA** – Aos vinte e nove dias do mês de abril de dois mil e dezenove (29/04/2019), às 14h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Profª. Drª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra (Orientadora), Profª. Drª. Roselma Lucchese (Membro Externo/UFCat), Profª. Drª. Sergiane Bisinoto Alves (Membro Externo/PUC-GO), Profª. Drª. Elizabeth Esperidião Cardozo (Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG), Prof. Dr. Marcelo Medeiros ( Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Auditório da Faculdade de Enfermagem, para procederem à avaliação da defesa de Tese intitulada: "**INCIDENTES COM PACIENTES ATENDIDOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE**", de autoria de **Adrielle Cristina Silva Souza**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Profª. Drª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Tese foi:

☒ **APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOUTOR EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

☐ **REPROVADA**, considerando _____

_____

_____

_____

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Tese: _____

_____

Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Tese e, para constar, eu, **Daniela Dias Robalo**, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em duas vias de igual teor.

Profª. Drª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Orientador(a) - Presidente // PPGENF-FEN/UFG

Profª. Drª. Roselma Lucchese
Membro Externo/UFCat

Profª. Drª. Sergiane Bisinoto Alves
Membro Externo/PUC-GO

Profª. Drª. Elizabeth Esperidião Cardozo
Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG

Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Membro Interno/PPGENF/FEN/UFG

*Dedico ao meu filho, Artur. És minha maior motivação, meu ânimo nos dias difíceis, que não me deixa desistir frente aos desafios encontrados.*
*Filho eu te amo!*

# AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conduzir com firmeza, guiando meus passos no doutoramento, que me proporcionou chegar a realização deste sonho com imensa alegria e mais fortalecida para vida e para a fé. Que em Sua infinita bondade sempre me rege, me guarde e me governe. Amém!

À minha orientadora Profª Drª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, pelos ensinamentos para além da formação acadêmica, empenho, competência e orientações atenciosas pertinentes para o crescimento e aprimoramento do trabalho, por ser sempre tão disponível e aberta. Pelo apoio, amizade, compreensão e por acreditar em mim nos meus momentos de dificuldade. Obrigada pelas conversas e pelo acolhimento nos nossos encontros.

À minha mãe, Maria Licioni, minha base, minha amiga, meu maior incentivo para seguir em frente, meu exemplo de ser humano. Mãe, você sempre me fez sonhar e lutar para as nossas realizações, dedicou sua vida para proporcionar alegria e sucesso para mim e para o Pedro, fazendo de tudo para que a gente estudasse e se formasse de forma ética, íntegra e honesta.

Ao meu pai José Pedro, que sempre esteve ao meu lado, torcendo pelo meu sucesso, se alegrando a cada conquista, que traz em seu olhar um orgulho de mim, essencial para me motivar a alçar voos mais altos.

Ao meu irmão Pedro Henrique, por sua irmandade, fraternidade, por seu amor e dedicação, por me amparar e confortar diante dos obstáculos da vida. Meu primeiro e eterno parceiro de todas as horas, te amo e te admiro demais.

Ao meu companheiro Alberto, meu ponto de equilíbrio, pelo incentivo, paciência e compreensão. Obrigada por cuidar diariamente de mim, por se preocupar, se doar e tirar de mim os melhores sorrisos, mesmo quando quero

chorar. Sou grata por saber que posso sempre contar com você e por ser você quem está ao meu lado vibrando pelas minhas vitórias, amparando quando os resultados não saem como esperado e caminhando comigo por novos caminhos.

Ao meu filho, príncipe Artur, minha linda surpresa enviada por Deus na trajetória do doutoramento, que me fez crescer e amadurecer. Peço desculpas pelas ausências devido ao trabalho e estudos, minha prioridade sempre é, e será, você. Amo-te infinitamente. Amor maior que esse não existe meu pequeno, obrigada por me permitir sentir.

Às minhas preferidas tia Maria, madrinha Fernanda e Larissa pelo incentivo constante, palavras de sabedoria, por estarem à disposição para o que der e vier, além de, direta e indiretamente, contribuírem para a minha formação, desde o ensino fundamental.

Às minhas amigas Verônica, Natália, Fernanda e Carol. Vocês renovam minhas energias e preservam minha saúde mental. Juntas formamos as *top five,* que me fortalecem para continuar minhas empreitadas na vida.

À Luiza, pelos dias dedicados a auxiliar na construção do trabalho.

À família Barroso, pela torcida, orações, boas vibrações e conselhos. Vocês são incríveis.

À minha coorientadora, Profª Drª. Camila Cardoso Caixeta, pelas contribuições, companheirismo e amizade.

À Profª Drª. Elizabeth Esperidião Cardozo, pelo apoio, preocupação e por sempre contribuir para meu crescimento profissional e pessoal.

Às professoras Drª. Roselma Lucchese, Drª. Bárbara Souza, Drª. Thattiany Tanferri e Drª. Nathália dos Santos, pela dedicação para correções e

direcionamentos assertivos do trabalho, no momento da qualificação. A contribuição de vocês foi essencial no aprimoramento do estudo.

Aos Professores Drª. Elizabeth Esperidião, Dr.ª Marcelo Medeiros, Dr.ª Sergiane Bisinoto e, novamente, Drª. Nathália dos Santos e Drª. Roselma Lucchese, pela disponibilidade para a avaliação final deste estudo.

À Coordenação de Saúde Mental de Aparecida de Goiânia, pela colaboração e apoio no desenvolvimento deste estudo.

À Carolina Sartori, pela amizade, pela flexibilidade que possibilitou o desenvolvimento da pesquisa, cuidado com minha saúde mental e por acreditar no meu potencial, me oportunizando crescimento profissional.

Aos coordenadores e profissionais dos CAPS III, por terem aceitado essa empreitada de forma muito acolhedora, se envolverem e agarraraem fazendo com que esta conquista seja nossa.

Às minhas parceiras que a vida cientifica me presenteou, Eurides Pinho e Fernanda Nunes, por estarem ao meu lado no aprimoramento da ideia do estudo e construção, na coleta dos dados, realizando de forma excepcional um processo de Educação Permanente em Saúde, e na construção e delineamento dos frutos do trabalho. Além da amizade, que nasceu de um carinho verdadeiro que eu quero preservar para sempre. Muito obrigada pelos cuidados que dedicam a mim e a minha família.

Às minhas pesquisadoras Cristiane Chagas Teixeira e Thaisa Afonso, pelas conversas acolhedoras, troca de ideias e por se envolverem na escrita e aprimoramento final da tese.

Ao meu coordenador de trabalho, Mayk Diego da Glória, grande líder, por incentivar minha qualificação profissional, apoiar a execução do estudo e me acolher nas angústias do dia a dia.

À equipe do Consultório na Rua de Aparecida de Goiânia – Pamela, Thaís, Carolina, Vanoilson (Jagunço), José, Fatima (Mamed), Francisco, Álvaro e Valdinar – por me fortalecer ao longo do processo, me oportunizar amadurecimento profissional e pessoal, me acolher e cuidar nos momentos difíceis, por me mostrar que nosso trabalho, na maioria das vezes, não merece ser chamado de trabalho, por ser agradável, leve, divertido, gratificante e incrivelmente competente. Vocês me permitem vivenciar aprendizados múltiplos que só uma equipe fantástica tem capacidade de proporcionar.

Às alunas Lorrayne, Beatriz, Franciele e Laís, que se envolveram nas transcrições dos dados e construção dos resultados, com garra e dedicação.

Aos integrantes dos grupos de pesquisa RECUID e GERHSEN, pelas trocas de conhecimento e incentivo para a pesquisa.

A todos os técnicos-administrativos e docentes da Faculdade de Enfermagem, que contribuíram para minha formação.

Às minhas colegas de turma do curso de doutorado em Enfermagem, companheiras na aprendizagem para o ensino, pesquisa e vida, para além da científica.

A todos que me incentivaram a persistir, por acreditarem no meu potencial. Vocês fazem parte da minha história.

*Ninguém comete erro maior do que não fazer nada porque só pode fazer um pouco.*

***Edmund Burke***

# SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....09
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS .....10

RESUMO .....12
ABSTRACT .....13
RESUMEN .....14
APRESENTAÇÃO .....15

1. INTRODUÇÃO .....21
2. OBJETIVOS .....29
    2.1 Objetivo Geral .....30
    2.2 Objetivos Específicos .....30
3. REVISÃO DA TEMÁTICA .....31
    3.1 Atenção em Saúde Mental .....32
    3.2 Dimensões da Qualidade do Cuidado em Saúde Mental e a Segurança do Paciente .....38
    3.3 Educação Permanente em Saúde: produzindo conhecimento .....47

4. METODOLOGIA .....52
    4.1 Tipo da pesquisa .....53
    4.2 Ciclo de Aprendizagem Vivencial segundo Fela Moscovici .....53
    4.3 Cenários da pesquisa .....57
    4.4 População da pesquisa .....59
    4.5 Aspectos ético-legais .....59
    4.6 Procedimentos para a coleta de dados .....60
    4.7 Análise dos dados .....65

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....66
    5.1 Características dos participantes .....67
    5.2 Categorias Temáticas .....69
        5.2.1 Conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente .....69

5.2.2 Construção do conhecimento e incidentes percebidos pelos profissionais da equipe .....95
5.2.3 Estratégias e avaliação do processo educativo para promoção da segurança no cuidado .....161

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....214
REFERÊNCIAS .....219
ANEXOS.....238
APÊNDICE .....258

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 01.** Ciclo De Atividade Vivencial – CAV (MOSCOVICI, 2009, P.15) .....54
**Figura 02.** Fluxograma da Categoria Temáticas. Goiânia, 2019.....69
**Figura 03.** Adaptação da Teoria do Queijo Suíço, demonstrando as defesas e falhas para ocorrência de dano ao usuário. Goiânia, 2018 .....196
**Figura 04.** Árvore da Competência CAPS III. Aparecida De Goiânia, 2017 .....202
**Figura 05.** Árvore da Competência CAPS AD III. Aparecida De Goiânia, 2017.....203
**Figura 06.** Avaliação do método e conteúdo utilizado no processo de reflexão e aprendizagem. Goiânia, 2018.....213

**Quadro 01.** Estrutura Operacional dos Encontros: objetivo e estratégia/vivência. Aparecida De Goiânia, 2017.....63
**Quadro 02.** Registro fotográfico, feito por profissionais do CAPS III, de situações de risco. Aparecida De Goiânia, 2017 .....104
**Quadro 03.** Incidentes e situações de risco relacionados à estrutura e organização do serviço. Aparecida De Goiânia. Goiás. 2017 .....106
**Quadro 04.** Incidentes e situações de riscos relacionados à rede de atendimento. Aparecida De Goiânia. Goiás. 2017 .....120
**Quadro 05.** Incidentes e situações de riscos relacionados à equipe multiprofissional. Aparecida De Goiânia. Goiás. 2017 .....129
**Quadro 06.** Incidentes e situações de riscos relacionados aos cuidados prestados pela equipe multiprofissional. Aparecida De Goiânia. Goiás. 2017 .....140
**Quadro 07.** Incidentes e situações de riscos relacionados ao envolvimento familiar destacados pelos profissionais da equipe multiprofissional. Aparecida De Goiânia. Goiás. 2017 .....148
**Quadro 08.** Incidentes e situações de riscos relacionados aos registros destacados pelos profissionais da equipe multiprofissional. Aparecida De Goiânia. Goiás. 2017.... .....151
**Quadro 09.** Incidentes e situações de riscos relacionados aos medicamentos destacados pelos profissionais da equipe multiprofissional. Aparecida De Goiânia. Goiás. 2017 .....154

# LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AD – Álcool e Drogas

AN – Acolhimento Noturno

APS – Atenção Primária em Saúde

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CAV - Ciclo de Aprendizagem Vivencial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CISP - Classificação Internacional para Segurança do Paciente

DM - Diabetes Mellitus

EA - Evento Adverso

EAM - Evento Adverso a Medicamento

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEN - Faculdade de Enfermagem

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GERHSEn - Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HC - Hospital das Clínicas

HGT – Hemogligoteste

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HNT - Habilidades Não Técnicas

ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAM - Reação Adversa a Medicamentos

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SOBRAP - Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama

UA- Unidade de Acolhimento

UFG -Universidade Federal de Goiás

UNL - Universidade Nova de Lisboa

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VD - Visita Domiciliar

# RESUMO

**OBJETIVO**: Analisar o contexto da segurança dos usuários atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial, a partir das vivências da equipe multiprofissional. **METODOLOGIA**: Estudo qualitativo, de intervenção, mediado pelo Ciclo de Aprendizagem Vivencial. Participaram 31 profissionais de duas unidades de serviços - Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III adulto da Região Metropolitana de Goiânia. A coleta de dados ocorreu por meio de encontros grupais, nos quais os profissionais desenvolveram atividades propostas pela pesquisadora, que levaram a reflexão e aprendizagem sobre a segurança do paciente. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, com auxílio de um *software* de análise qualitativa. **RESULTADOS**: Com os dados obtidos por meio de técnicas vivenciais dos participantes, foi realizada a análise temática de conteúdo. As categorias temáticas que emergiram da análise de conteúdo foram: 1 - Conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente; 2 - Incidentes e situações de riscos vivenciadas pelos profissionais da equipe multiprofissional 3 - Estratégias e avaliação do processo educativo para promoção da segurança no cuidado. Os dados revelaram um baixo conhecimento no âmbito da segurança do paciente, o que aguçou mais o interesse dos profissionais da equipe quanto à sua compreensão sobre o tema. Entendendo que a teoria, atualmente está mais voltada para o ambiente hospitalar, o seu direcionamento na atenção psicossocial é algo inovador. Foram desvelados incidentes e situações de risco à segurança do paciente, nos aspectos físicos da unidade; no processo de trabalho nos serviços e baixa comunicação da rede de atendimento; na carência e qualificação profissional; inadequação dos cuidados prestados; baixo envolvimento familiar; deficiência de registros e no mecanismo desde a prescrição à administração de medicamento. A estratégia de Educação Permanente em Saúde de forma problematizadora e participativa desenvolveu compreensão da equipe sobre o cuidado seguro o que permitiu aos profissionais delinearem estratégias para prevenção de incidentes e promoção do cuidado seguro nos CAPS. O Processo foi avaliado como positivo por permitir repensar e instigar melhores atitudes no trabalho, de forma dinâmica e envolvente, sendo possível alinhar teoria e prática, além de conseguir desmistificar que a clínica não cabe na unidade de saúde mental respeitando a atenção psicossocial. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** São necessários esforços contínuos na prática, desde a alta direção aos profissionais da assistência direta, com o intuito de promover estrutura física, humana e organizacional que garanta a promoção da cultura de segurança nos CAPS. O método vivencial favoreceu a reflexão da dinâmica dos serviços, desvelando as situações de risco na assistência aos usuários. É perceptível a legitimidade da EPS como espaço de trocas de práticas e saberes no processo reflexão-ação-reflexão, para a produção de conhecimento que aperfeiçoe o cuidado em segurança do paciente na saúde mental, o que auxiliará tanto na melhoria da qualidade dos serviços quanto na formação dos profissionais.



**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Mental; Segurança do Paciente; Dano ao Paciente; Assistência Centrada no Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem Psiquiátrica.

# ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze the security context of the users served at the Psychosocial Care Centers, based on the experiences of the multiprofessional team. **METHODOLOGY**: Qualitative study, intervention, mediated by the Cycle of Experiential Learning. 31 professionals from two service units - Psychosocial Care Center - Adult CAPS III from the metropolitan region of Goiânia participated. The data collection took place through group meetings, in which the professionals developed activities proposed by the researcher that led to reflection and learning about patient safety. The data were submitted to content analysis, using qualitative analysis software. **RESULTS**: The thematic content analysis was performed with the data obtained through participants' experiential techniques. The thematic categories that emerged from the content analysis were: 1 - Knowledge of professionals about patient safety; 2 - Incidents and situations of risks experienced by professionals of the multiprofessional team 3 - Strategies and evaluation of the educational process to promote safety in care. The data revealed low knowledge in the area of patient safety, which further heightened the interest of the team's professionals in understanding the issue. Understanding that the theory is currently more focused on the hospital environment, its focus on psychosocial care is something innovative. Incidents and situations of risks to the patient's safety were revealed in the physical aspects of the unit; in the work process in the services and low communication of the service network; in the lack and professional qualification; inadequate care; low family involvement; deficiency of records and mechanism from prescription to drug administration. The Permanent Health Education strategy in a problematic and participatory manner developed the team's understanding of safe care, which enabled professionals to outline strategies for incident prevention and promotion of safe care in CAPS. The process was evaluated as positive because it allows rethinking and instigating better attitudes in the work, in a dynamic and involving way, being possible to align theory and practice, besides being able to demystify that the clinic does not fit in the unit of mental health respecting the psychosocial attention. **FINAL CONSIDERATIONS:** Continuous efforts are required in practice, from senior management to direct assistance professionals, with the aim of promoting physical, human and organizational structure that guarantees the promotion of the safety culture in the CAPS. The experiential method favored the reflection of the service dynamics revealing the risk situations in the assistance to the users. The legitimacy of EPS as spaces for the exchange of practices and knowledge in the reflexion-action-reflection process, for the production of knowledge that improves patient safety in mental health is perceived, which will help both the improvement of the quality of services and in the training of professionals.



**Keywords**: Mental Health Services; Patient Safety; Patient Harm; Patient-Centered Care; Quality of Health Care; Psychiatric Nursing.

# RESUMEN

**OBJETIVO**: Analizar el contexto de la seguridad de los usuarios atendidos en los Centros de Atención Psicosocial, a partir de las vivencias del equipo multiprofesional. **METODOLOGÍA**: Estudio cualitativo, de intervención, mediado por el Ciclo de Aprendizaje Vivencial. Participaron 31 profesionales de dos unidades de servicios - Centro de Atención Psicosocial - CAPS III adulto de la región metropolitana de Goiânia. La recolección de datos ocurrió por medio de encuentros grupales, en los cuales los profesionales desarrollaron actividades propuestas por la investigadora que llevaron la reflexión y aprendizaje sobre la seguridad del paciente. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido, con ayuda de un software de análisis cualitativo. **RESULTADOS**: Con los datos obtenidos por medio de técnicas vivenciales de los participantes se realizó el análisis temático de contenido. Las categorías temáticas que surgieron del análisis de contenido fueron: 1 - Conocimiento de los profesionales sobre seguridad del paciente; 2 - Incidentes y situaciones de riesgos vivenciados por los profesionales del equipo multiprofesional 3 - Estrategias y evaluación del proceso educativo para promoción de la seguridad en el cuidado. Los datos revelaron un bajo conocimiento en el ámbito de la seguridad del paciente, lo que agudizó más el interés de los profesionales del equipo en cuanto a su comprensión sobre el tema. Entendiendo que la teoría, actualmente está más orientada hacia el ambiente hospitalario, su dirección en la atención psicosocial es algo innovador. Se desvelaron incidentes y situaciones de riesgo a la seguridad del paciente, en los aspectos físicos de la unidad; en el proceso de trabajo en los servicios y baja comunicación de la red de atención; en la carencia y cualificación profesional; inadecuación de la atención prestada; bajo participación familiar; deficiencia de registros y en el mecanismo desde la prescripción a la administración de medicamentos. La estrategia de Educación Permanente en Salud de forma problematizadora y participativa desarrolló comprensión del equipo sobre el cuidado seguro lo que permitió a los profesionales delinear estrategias para prevención de incidentes y promoción del cuidado seguro en los CAPS. El proceso fue evaluado como positivo por permitir repensar e instigar mejores actitudes en el trabajo, de forma dinámica y envolvente, siendo posible alinear teoría y práctica, además de conseguir desmitificar que la clínica no cabe en la unidad de salud mental respetando la atención psicosocial. CONSIDERACIONES FINALES: Se necesitan esfuerzos continuos en la práctica, desde la alta dirección a los profesionales de la asistencia directa, con el propósito de promover la estructura física, humana y organizacional que garantice la promoción de la cultura de seguridad en los CAPS. El método vivencial favoreció la reflexión de la dinámica de los servicios desvelando las situaciones de riesgo en la asistencia a los usuarios. Es perceptible la legitimidad de la EPS como espacios de intercambios de prácticas y saberes en el proceso reflexión-acción-reflexión, para la producción de conocimiento que perfeccionen el cuidado en seguridad del paciente en la salud mental, lo que auxiliará tanto en la mejora de la calidad de los servicios como en la formación de los profesionales.



**Palabras clave:** Servicios de Salud Mental; Seguridad del paciente; Daño al paciente; Asistencia centrada en el paciente; Calidad de la asistencia sanitaria; Enfermería Psiquiátrica.

# APRESENTAÇÃO

O presente estudo, intitulado "Incidentes com pacientes atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial: vivências da equipe de saúde", é uma tese de doutorado na área de concentração "A enfermagem no cuidado à saúde humana", inserido na Linha de Pesquisa "Gestão em Saúde e em Enfermagem" do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPG/FEN/UFG).

Trata-se de uma proposta inovadora que avaliou a qualidade da assistência psicossocial, com foco na gestão da segurança do paciente em serviços comunitários de saúde mental. Propõe-se a utilização do Ciclo de Aprendizagem Vivencial como caminho metodológico para compreender a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre o contexto de prática e a análise da qualificação e segurança do cuidado seguro, em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do tipo III.

A aproximação com a saúde mental, especificamente com os CAPS, surgiu ainda na minha graduação, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, pelo envolvimento enquanto aluna de iniciação científica em um projeto de descrição dos processos de trabalho nos CAPS do Estado de Goiás, comparando com o esperado pela Política Nacional de Saúde Mental, o que permitiu observar algumas inadequações e fatores que dificultavam a atenção psicossocial nestes serviços especializados. A iniciação científica estimulou meu ingresso na área da pesquisa, motivando-me a iniciar o mestrado no PPG/FEN/UFG.

Os resultados contraditórios entre o preconizado pelas portariais ministeriais, segundo modelo psicossocial, e a assistência oferecida nos CAPS, despertou meu interesse em desenvolver um projeto de intervenção na expectativa colaborar, de alguma forma, na transformação da realidade de um serviço de saúde mental. Nesse tempo, desenvolvi junto a minha orientadora de mestrado uma pesquisa intervensionista em um CAPS de Goiânia, buscando compreender as dificuldades vivenciadas e intervir junto aos profissionais de forma positiva, visando melhoria no serviço.

No período da pesquisa, o CAPS em questão estava em transição do tipo de complexidade de atendimento, de CAPS II para CAPS III, e os profissionais encontravam-se ansiosos e inseguros com as mudanças e manifestaram-se despreparados para o enfrentamento das possíveis dificuldades para desenvolver ações junto à clientela, em momentos de crises relacionadas aos problemas

mentais. Além disso, havia muitas dúvidas em como fazer funcionar, adequadamente, o sistema de atendimento durante 24 horas, para não retroceder ao modelo hospitalar.

Neste tempo, houve um crescente avanço no movimento pelo cuidado seguro, coincidindo com a minha inserção como enfermeira em serviços de atenção psicossocial, despertando a minha inquietação quanto à segurança no cuidado aos usuários atendidos nos CAPS. Esta temática ainda é um desafio nos hospitais e na atenção básica, locais que já contam com processos avaliativos. Instigou-me pensar a segurança do paciente sem ferir o modelo psicossocial; problematizar, com os profissionais da equipe de saúde, o atendimento aos usuários que buscam nos CAPS atenção psicossocial para resolver ou minimizar os seus problemas de saúde mental.

Tendo em vista que o CAPS III deve ser um local privilegiado para oferta de tratamento contínuo e especializado em saúde mental, devendo atender os momentos de crise, ao oferecer hospitalidade noturna, é sabido que, para que isto seja possível, garantindo qualidade e segurança ao usuário, deve-se contar com profissionais preparados, além de infraestrutura adequada à complexidade almejada.

Então, idealizei, juntamente com minha orientadora do doutorado, uma proposta de avaliação, nos moldes da pesquisa de intervenção, nos CAPS III existentes no Estado de Goiás, com o propósito de verificar como os profissionais atuavam na dimensão da qualidade para a segurança dos usuários, e de repensar junto a eles modos de promover a segurança, defendendo as práticas psicossociais.

Ao considerar como positiva a minha experiência em pesquisa de intervenção no mestrado, decidimos por esta proposta metodológica, visando impactar mudanças nas unidades. Sabendo que os CAPS são compostos por equipes multidisciplinares, propusemos uma metodologia ativa que versa o desenvolvimento de competências em grupo.

Inicialmente, para aprimorar o desenvolvimento da proposta do estudo, cursei disciplinas sobre segurança do paciente e abordagens do processo de ensino focado em técnicas direcionadas para metodologias ativas e educação em saúde no PPG/FEN/UFG, além de formação para coordenação de grupos pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama (SOBRAP) Regional

Goiás e MBA em Especialização Multiprofissional em Dinâmica de Grupos e Gestão de Equipes no Centro de Ensino, Avaliação e Pesquisa de Goiás (CEAPG).

Para o desenvolvimento do presente estudo alçamos, como objetivos, analisar a segurança do paciente na atenção psicossocial a partir das vivências da equipe multiprofissional. Para tal, buscamos verificar o conhecimento dos profissionais acerca da segurança do paciente, instigamos a identificação dos incidentes ocorridos e das situações de risco pela equipe, nos seus processos de trabalho, e desenvolvemos, junto aos profissionais, um processo vivencial de Educação Permanente em Saúde (EPS) sobre segurança do paciente.

O intuito foi o desenvolvimento de uma pesquisa que contribua para alavancar a produção e a qualificação da prática da segurança nos diversos cenários do cuidado, impactando de forma positiva na qualidade das práticas dos profissionais. Trata-se de um estudo qualitativo e do tipo intervenção, rigorosamente construído, utilizando como metodologia ativa o Ciclo de Aprendizagem Vivencial. Atentamos para a análise da literatura, na sistematização das evidências encontradas e no respeito aos princípios éticos que envolvem a pesquisa. Além de certificar o refinamento necessário, de forma a viabilizar respostas aos problemas encontrados na prática profissional, com ações voltadas para o cuidado com qualidade, direito fundamental aos usuários do sistema de saúde.

Os resultados das avaliações nos CAPS são fundamentais para a gestão dos serviços, no sentido de contribuir com a tomada de decisões na implementação do direito do paciente por uma assistência segura, com o mínimo de riscos possível.

Este estudo é de interesse científico internacional por preocupar-se com um tema atual, amplamente discutido (segurança do paciente) em diferentes espaços, como os serviços comunitários de saúde mental, que atendem pessoas em vulnerabilidades distintas das encontradas em unidades de atenção clínica. A junção entre discutir e repensar modos de agir para segurança do paciente na atenção psicossocial até o momento eram inexistentes, e poder contribuir com a prática segura dos profissionais em diversos espaços comunitários de cuidado em saúde mental é urgente.

O material desta tese está apresentado em capítulos, o que favorece a compreensão do leitor. Inicialmente, fizemos uma breve apresentação com a proposta e justificativa de realização desta pesquisa.

A Introdução destaca o tema do estudo, fundamentos teóricos e epidemiológicos que demonstram a relevância da pesquisa, bem como o problema e a justificativa. Na sequência estão apresentados os objetivos que norteiam o estudo.

O Referencial Teórico, que explora os temas diretamente relacionados ao estudo, alicerçado em evidências científicas, está apresentado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta o cenário da saúde mental segundo o modelo de atenção psicossocial, descrevendo os princípios norteadores para o funcionamento do CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O segundo capítulo trata da fundamentação teórica sobre segurança do paciente, aborda a importância da gestão de riscos, apresenta estudos de segurança do paciente em saúde mental e evidencia a necessidade de desenvolver suporte para aprendizagem aos profissionais de saúde para aplicar no ambiente de trabalho. No terceiro capítulo são apresentados aspectos conceituais da Educação Permanente em Saúde, demonstrando ser potente ferramenta para a mudança da prática, com vistas a garantir a segurança do paciente.

A Metodologia delineia os passos no desenvolvimento da investigação, apresentada de forma detalhada para permitir a compreensão do leitor, incluindo: tipo de pesquisa; referencial teórico metodológico sobre Ciclo de Aprendizagem Vivencial, segundo Fela Moscovici; cenários e participantes da pesquisa; cuidados éticos-legais na condução da pesquisa; procedimento para a coleta de dados; e estratégia de análise dos dados.

Os Resultados e Discussão estão apresentados em três categorias, de forma a corresponder com os objetivos da pesquisa, evidenciando aspectos que demonstraram relevância para as áreas de conhecimento. Utilizamos figuras e quadros com o intuito de facilitar a visualização dos dados.

As Considerações Finais sintetizam os dados evidenciados, aponta reflexões quanto às responsabilidades dos profissionais, gestores e serviços da rede de cuidados na prevenção e no gerenciamento dos incidentes e sugerem possíveis intervenções para os problemas identificados.

Finalizou-se a tese com as referências bibliográficas que subsidiaram a fundamentação da pesquisa. Os Apêndices e os Anexos contemplam comprovações dos termos éticos, o instrumentos para coleta de dados e construções dos participantes ao longo do processo de EPS vivencial.

Esse estudo pretende despertar a busca constante pela atualização do conhecimento de forma a conduzir melhor as práticas profissionais no contexto da atenção psicossocial, com vistas a segurança do paciente a uma população historicamente sofrida e negligenciada.

# 1 - INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira provocou importantes mudanças no cenário da saúde mental ao propor, entre outras ações, a desconstrução dos manicômios e a desinstitucionalização do doente mental. Os direitos de cidadania dos doentes mentais são reconhecidos de forma legítima e estabelecem que os cuidados para essas pessoas ocorram em serviços abertos e inseridos na comunidade, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Apresenta-se como imperativo no processo de readequação da atenção em saúde mental o princípio da “não maleficência”, o qual afirma que uma primeira atitude ética na constituição das práticas de saúde é desconstruir o protocolo clínico e o modelo de assistência que produzam efeitos iatrogênicos, como os reconhecidos no processo de institucionalização do paciente com transtorno mental. Isso significa problematizar os modos de construir práticas seguras em saúde mental e seus efeitos sobre os sujeitos nos diferentes pontos da RAPS (LEMKE; SILVA, 2011).

O princípio bioético da não maleficência preconiza que a atenção em saúde cause o menor dano ou agravo à saúde do paciente. Para isto, o profissional deve ter informação técnica para avaliar os riscos de determinada terapêutica, por meio do conhecimento dos possíveis eventos adversos, assegurando que seus atos sejam benéficos ao paciente com menor prejuízo ou agravo à sua saúde, e proporcionar uma prática mais segura e menos iatrogênica (TEIXEIRA, 2013).

Nesse sentido, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se tema prioritário nas agendas de diversos países, a partir do início do século XXI, visto que na ocorrência de erros, os pacientes eram penalizados com sofrimentos e lesões com graves consequências (RIGOBELLO; CARVALHO; CASSIANI, 2012; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Na área da saúde, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados. Estes podem ser inerentes ao paciente, de ordem institucional, financeira, de recursos estruturais, além dos fatores humanos, como falta de conhecimentos e habilidades (HARADA, 2006).

Há necessidade de se desenvolver estratégias e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem minimizar a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde. O Ministério da Saúde, no ano de 2013, por meio da Portaria nº 529/2013, lançou o

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

O PNSP tem como objetivo apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; fomentar a inclusão do tema nos processos educativos na área da saúde; e, assim, contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Segundo o PNSP, os incidentes são considerados circunstâncias ou eventos não esperados, decorrentes do cuidado prestado e não associados à doença de base, que podem resultar em dano desnecessário ao paciente, mas são evitáveis na sua maioria. Evento adverso (EA) é definido como um incidente que, obrigatoriamente, resulta em dano ao paciente, e pode ser classificado em leve, moderado, grave e óbito (WHO, 2009).

A mobilização quanto à segurança do paciente é fruto da constatação de que a ocorrência de EA envolve custos sociais e econômicos consideráveis, além de implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A segurança do paciente repensa os processos de cuidado com o intuito de identificar a ocorrência das falhas antes que lhes causem danos. Assim, é importante conhecer quais são os processos mais críticos e, portanto, com maior probabilidade de ocorrência, para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção e mitigação de riscos (ANVISA, 2013).

Investigações sobre segurança do paciente têm sido desenvolvidas mundialmente e desvelaram que, nos hospitais, a maioria dos EA associa-se à cirurgia e ao medicamento, enquanto na atenção primária à saúde os EA mais frequentes estão associados ao medicamento e ao diagnóstico do paciente (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a). Já em saúde mental, um estudo de revisão da literatura evidenciou que as investigações sobre a segurança do paciente estão centradas na atenção hospitalar e não revelam quais EA ocorrem nas práticas do cuidado nos CAPS (SOUZA et al., 2017).

Evidências apontam para a necessidade de estudos sobre o tema segurança do paciente, pois, além de estabelecer o diagnóstico dos processos de trabalhos relacionados à assistência segura, podem auxiliar no desenvolvimento da cultura de

segurança institucional e entre os profissionais. Há necessidade de disseminar a cultura de segurança nos diversos tipos de serviços de saúde, de conscientizar pacientes e profissionais para reconhecerem e gerenciarem os riscos, no intuito de sensibilizar para a adoção de atitudes compartilhadas que levem à mudanças, reduzindo erros e tensões entre profissionais e população (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Para o desenvolvimento da cultura de segurança, a gestão deve instigar uma visão da realidade que seja motivadora e comunicativa para efetivar uma mudança organizacional que supere as barreiras internas e, ao mesmo tempo, promova um ambiente de segurança psicológica para ampla disseminação de informações que levem a questionamentos ativos por parte dos profissionais e ao compartilhamento de preocupações e percepções dos processos de trabalho. Além de capacitar e apoiar os processos de aprendizagem da equipe de trabalho, como forma de identificar, analisar e remover riscos que ameaçam a segurança do paciente (EDMONSON, 2004).

O crescente interesse pela cultura de segurança centra-se na necessidade de instrumentos de avaliação focados nos aspectos culturais dos esforços de melhoria da segurança do paciente. Uma cultura de segurança positiva reconhece a inevitabilidade do erro e busca proativamente identificar ameaças latentes. O maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente (NIEVA; SORRA, 2003).

A identificação e redução do erro médico é prioridade para todos os prestadores de cuidados de saúde, incluindo os cuidados primários. Conhecer a frequência e a natureza dos incidentes na Atenção Primária em Saúde (APS) é o passo inicial para reduzir danos e promover a cultura de segurança do paciente. Um estudo de revisão identificou que o erro médico ocorre entre cinco e 80 vezes por 100.000 consultas na APS, sendo estes principalmente relacionadas aos processos envolvidos no diagnóstico e tratamento. Erros de prescrição foram identificados em até 11%, em sua maioria relacionada a erros de dose (SANDARS; ESMAIL, 2003).

Um estudo holandês evidenciou a frequência e fatores de risco para internações hospitalares, relacionadas à erro evitável na medicação. Seus resultados apontaram que quase metade (46,5%) das internações não planejadas avaliadas foram potencialmente evitáveis, sendo os principais determinantes da internação a cognição prejudicada, comorbidades, situação de vida dependente, não

adesão ao regime medicamentoso e polifarmácia. E em relação à APS mostrou que os eventos adversos de drogas administradas no domicílio foram uma importante causa de hospitalizações agudas, com quase 50% de internações potencialmente evitáveis (LEENDERTSE; EGBERTS; STOKER, 2008).

Em saúde mental, a terapêutica medicamentosa, geralmente de uso prolongado, faz com que essas pessoas convivam diariamente com os efeitos colaterais e adversos da medicação, que podem resultar em importantes limitações à pessoa com transtorno mental, pois afeta o paciente em aspectos bioquímicos e acarretam implicações em seus sentimentos e interações com o meio (VEDANA; MIASSO, 2014; ALCANTARA et al, 2018).

As pessoas com transtorno mental convivem com a complexidade das prescrições, por serem compostas por diversas medicações a serem ingeridas em vários momentos do dia, tendendo a questionar a real necessidade das doses prescritas e sua capacidade de suportar a polifarmacoterapia. Muitas vezes, a resistência a polifarmacoterapia é reforçada pela opinião de amigos e familiares, que incentivam a pessoa com transtorno mental a interromper o tratamento medicamentoso (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012; IBANEZ et al, 2015).

O fato de os resultados do uso do psicofármaco não estarem condizentes com a expectativa de total remissão dos sintomas pode fazer com que a pessoa com transtorno mental, muitas vezes, interrompa a terapêutica medicamentosa por considerá-la limitada ou até mesmo ineficaz, ao não identificar uma redução acentuada ou mesmo a eliminação completa dos sintomas do transtorno mental (IBANEZ et al, 2015).

Outra situação de risco em relação ao uso de psicofármacos são os efeitos adversos dos antipsicóticos como dislipidemias, síndrome metabólica, diabetes e obesidade. Essas alterações metabólicas aumentam significativamente o risco de morte por doença cardiovascular, correspondendo a uma redução da expectativa de vida de 10 a 25 anos (LAURSEN; MUNK-OLSEN; VESTERGAARD, 2012; KIM et al, 2018).

Na terapia medicamentosa são fundamentais as abordagens educativas, por parte dos profissionais, considerando a pessoa com transtorno mental como centro do processo de cuidar, permitindo-lhe expor suas dúvidas, expectativas, anseios, dificuldades, opiniões e medo, relacionados ao tratamento, promovendo mudanças para hábitos de vida saudáveis (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012).

Percebe-se que é de extrema importância investigações relacionadas à segurança do paciente em serviços primários e comunitários de saúde, uma vez que a maioria dos pacientes recebe seus cuidados de saúde nesses ambientes. No entanto, as pesquisas ainda estão direcionadas, principalmente, para a assistência hospitalar (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014; PARANAGUÁ, 2015).

Ao considerar que a APS visa garantir a cobertura universal, com foco na prevenção de doenças, promoção, proteção, vigilância e a recuperação da saúde, os profissionais devem identificar os possíveis riscos das práticas de atenção à saúde, mantendo um serviço acessível e seguro, meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2012).

Nesse sentido, desenvolveu-se uma investigação sobre segurança do paciente no Estado de Goiás, Brasil, em que se constatou um total de 92 incidentes vivenciados pelos profissionais na APS. Desses, 37,0% foram identificados como incidentes sem danos, 26,1% eventos adversos, 23,9% circunstâncias notificáveis e 13,0% *near miss*. Os participantes deste estudo destacaram incidentes relacionados ao processo de medicação, dentre eles a falta de medicamento por 81,3%, a baixa adesão ao tratamento e a falha na orientação do paciente para o uso de medicamentos, ambos evidenciados por 52,0% dos profissionais. Também delinearam incidentes que não envolveram o processo de medicação, referidos, por 56,0% dos profissionais, o acompanhamento familiar/domiciliar inadequado e, por 53,3%, a consulta agendada e não realizada devido à falta de profissionais (PARANAGUA, 2015).

Diante dos riscos conhecidos nos hospitais e na APS, faz-se necessário conhecer como está a segurança do paciente nos CAPS, que são os serviços especializados em saúde mental de base comunitária no Brasil.

Assim sendo, o presente estudo analisou o conhecimento dos profissionais implicados no cuidado, em relação à segurança do paciente, identificou os incidentes e os fatores que contribuíram para a ocorrência dos mesmos e, então, desenvolveu junto aos profissionais dos CAPS um processo educativo vivencial sobre segurança do paciente, estabelecendo e empreendendo estratégias de melhorias na segurança do paciente nos CAPS.

O processo educativo vivencial em grupo permite que os profissionais redescubram suas potencialidades e desenvolvam conhecimento por meio do

processo de reflexão de suas práticas, visando à mudança mais consistente. Essa metodologia possibilita trabalhar emoções, razão e processos de trabalho, focando aspectos intrapessoal, profissional e grupal (MASSAROLI, 2016).

Estudos sobre a segurança do paciente, na perspectiva de otimização do cuidado seguro, foi realizado em serviços hospitalares e de atenção primária em Goiânia, por pesquisadores do Grupo de Estudos em Gestão e Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (GERHSEn) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG), obtendo resultados positivos, como evidências científicas dos momentos e áreas de maior risco para ocorrência de incidentes, subsidiando a (re)formulação de estratégias preventivas (PARANAGUA, 2012; TOBIAS, 2013; TEIXEIRA, 2015; MUSMANNO, 2018; ARRUDA, 2017). Além de promover ações para a formação de uma cultura de segurança, por meio de um programa educativo sobre segurança do paciente que provocou mudanças no conhecimento dos profissionais (PARANAGUA 2015).

Evidências científicas e reflexões na prática sobre a segurança do paciente na área da saúde física vêm aumentando nos últimos anos, porém o estudo de revisão da bibliográfica de Souza, Bezerra e Pinho (2017) demonstrou a escassez de pesquisas sobre estas questões na área da saúde mental. Há necessidade de estudos que explorem diversos cenários da atenção à saúde mental, a fim de elucidar os principais riscos a que estes pacientes estão expostos e quais medidas são mais eficazes para preveni-los.

Ressalta-se que em campo de pesquisa nos CAPS não foram encontrados estudos publicados que apontem quais incidentes ocorrem (SOUZA; BEZERRA; PINHO, 2017), entendendo que não foram realizadas investigações na perspectiva da segurança do paciente nesses contextos. Por se tratarem de serviços estratégicos no tratamento dos doentes mentais, há necessidade de desenvolvê-los, visando o atendimento seguro e a resolutividade na assistência à saúde desta parcela da população.

Compreender as características dos cuidados desenvolvidos nos CAPS, atentando-se para seus riscos, como eles são percebidos, avaliados e conduzidos pelos profissionais, é extremamente relevante para estabelecer ações que contribuam para a melhoria da qualidade assistencial, na medida em que reduz a ocorrência de erros e eventos adversos.

A presente proposta foi motivada pelas evidências científicas de que é fundamental o desenvolvimento do cuidado seguro na atenção em saúde mental, sobretudo com o uso de metodologias que viabilizem a transformação de suas práticas. Assim, apresentamos as seguintes questões de pesquisa: Qual o conhecimento dos profissionais dos CAPS III adulto sobre a segurança dos pacientes? Quais os incidentes que ocorrem com os pacientes atendidos nos CAPS III? A realização do processo educativo sobre segurança produziu efeito na prática dos profissionais de saúde que prestam atendimento nestes CAPS?

Neste estudo utilizaremos o termo usuário no lugar de paciente, adotado na área de saúde mental, pois se compreende que usuário é um termo mais amplo - capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal - no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania (SAITO, 2013).

Essa pesquisa contribui para que as organizações de saúde reconheçam a importância do desenvolvimento do cuidado seguro na formação do profissional que atua em saúde mental. A luta por maior segurança do paciente exige esforços coordenados de gestores e profissionais para evitar danos causados pelo processo de cuidados de saúde (SOUSA, 2014). Nessa perspectiva, pretende-se promover conscientização e mudança destes trabalhadores quanto à cultura de segurança e ao compromisso no gerenciamento de risco com o intuito de suprimir a lacuna existente no aspecto da segurança dos pacientes nos CAPS.

Vislumbra-se que os desdobramentos deste estudo reflitam nos demais serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás e ultrapassem barreiras, propagando-se dentro e fora do País, na medida em que estudos neste sentido sejam oportunamente desenvolvidos.

# 2 - OBJETIVOS

## 2.1 Geral

Analisar o contexto da segurança dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial a partir das vivências da equipe multiprofissional.

## 2.2 Específicos

- Verificar o conhecimento dos profissionais da atenção psicossocial acerca da segurança do paciente.
- Identificar os incidentes ocorridos e situações de riscos vivenciados pela equipe multiprofissional na atenção psicossocial.
- Desenvolver competências, saberes e fazeres em relação a segurança do paciente no contexto da saúde mental, por meio de um processo educativo vivencial.
- Conhecer a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional quanto aos resultados do processo educativo vivencial sobre segurança do paciente e sua aplicação na prática em saúde mental nos CAPS.

# 3 – REVISÃO DA TEMÁTICA

### 3.1 Atenção em Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica brasileira, ao longo dos últimos 30 anos, provocou no campo da saúde mental diversas transformações positivas, nas formas de organização dos serviços, no modo de abordar as pessoas com transtornos mentais, nas práticas de saúde, no modelo assistencial e nos saberes no campo da psiquiatria. Essas transformações balizam novas práticas no campo da saúde mental, tendo influência de teorias de diversos países, tais como Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos apontando, assim, para a construção de um novo modelo de atenção (QUINDERE; JORGE, 2010).

A partir da década de 1970 o movimento da reforma psiquiátrica desenvolveu o pensamento crítico à institucionalização da loucura e no final dos anos 1980, surge a perspectiva de criar serviços que deem início a práticas inovadoras (AMARANTE; NUNES, 2018). Somente em 2001 é sancionada a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), instituindo a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

No contexto da PNSM, os CAPS se desvelam como propostas inovadoras, sendo dispositivo norteador na redefinição da atenção psiquiátrica hospitalocêntrica, pois oferecem cuidados efetivos e substitutivos em relação ao conceito do regime ambulatorial e da internação hospitalar, realizados por uma equipe multiprofissional, com funcionamento ininterrupto (PAIVA; YAMAMOTO, 2007; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010; AMARANTE; NUNES, 2018).

Os cuidados em saúde mental não devem se limitar aos CAPS, pois essa restrição local de assistência configura um perigo de institucionalização e, apesar das novas propostas, as equipes correm o risco de efetuar e reproduzir velhas práticas no seu interior, como o aprisionamento (WETZEL et al, 2011).

O modelo de atenção psicossocial preconiza assistir o usuário nos diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que integra os seguintes componentes, segundo a portaria 3.088/ 2011: I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde (equipe de atenção básica, Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência); II - atenção psicossocial especializada (CAPS, nas suas diferentes modalidades); III -

atenção de urgência e emergência (SAMU; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro); IV - atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial); V - atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); VI - estratégias de desinstitucionalização, (Serviços Residenciais Terapêuticos); e VII - reabilitação psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2017 a Portaria nº 3.588, em movimento contrário à proposta de substituição gradativa e integral dos hospitais psiquiátricos antes denominados como manicômios, altera a Política Nacional de Saúde Mental e inclui na RAPS a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, as Unidades Ambulatoriais Especializadas, a Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; o Hospital Psiquiátrico Especializado e o Hospital-dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A referida Portaria também ampliou de 15% para 20%, o valor da diária de internação paga aos hospitais psiquiátricos, e exigiu uma taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais como condição para recebimento da verba de custeio do serviço. Assim, as alterações trazidas por ela são questionáveis e criticadas por especialistas no campo da saúde mental, acreditando ser um processo de desmonte de todas conquistas construídas por meio de luta popular e ampla discussão democrática entre trabalhadores, usuários e familiares, de modo a invalidar as conquistas obtidas ao longo de décadas, no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018; GIOVANETTI, 2018). Cabe ressaltar que o movimento político de alteração das legislações que defendem os direitos e a lógica do cuidado psicossocial das pessoas com transtorno mental, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, ocorreu de modo arbitrário, sem consulta aos estudiosos da área e aos usuários e familiares, com vistas à priorização de interesses econômicos e favorecimento ao modelo hospitalocêntrico.

O modelo de atenção psicossocial em saúde mental demonstra que é possível cuidar das pessoas com transtornos mentais a partir de um modelo de saúde que esteja integrado aos diversos níveis de complexidade do sistema de

saúde e dos dispositivos psicossociais e não prioritário ao hospital psiquiátrico, que só onera o setor saúde e martiriza as pessoas que dele precisam (QUINDERE; JORGE, 2010).

Nesse sentido, houve diminuição expressiva de leitos psiquiátricos, de 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Devido ao investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, em 2014 a assistência aos usuários ultrapassou a cifra dos dois mil, alcançando uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes. Os custos com hospitais caíram de 75,24%, em 2002, para 20,61%, em 2013, enquanto que, revertendo a política, os custos com atenção psicossocial passou de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Em 2014, foram registrados 610 Residências Terapêuticas, com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas, o Programa de Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários e as iniciativas de geração de renda chegaram a 1.008 (AMARANTE; NUNES, 2018).

A RAPS, instituída pela Portaria 3.088/ 2011, viabilizou a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, a oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, da organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais, e a formação permanente aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Outro marco para cuidar em rede veio por meio da Portaria 154 de 2008 que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoio matricial às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte, tanto técnico quanto institucional, na atenção básica para a atenção em Saúde Mental (NUNES; LANDIM, 2016).

As redes são constituídas de relações de trabalho mais horizontalizadas entre os serviços diversos, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados, que necessitam de canais permanentes de comunicação. Assim, desenvolver a RAPS é assumir a responsabilidade pela saúde mental de um determinado território, de modo a desconstruir, na prática, o modelo manicomial e a necessidade dos hospitais psiquiátricos (MAGALHÃES, 2014).

Para tecer o trabalho em rede são necessárias mudanças de atitude por parte dos profissionais e, para tal, estes devem ter conhecimentos e habilidades específicas sobre o processo de adoecimento mental, acolhimento do usuário e o papel que o território exerce como importante estratégia na articulação da dinâmica e do processo de trabalho no serviço substitutivo, agregando competências fundamentais para o trabalho em saúde mental. O trabalho interdisciplinar desenvolvido pela equipe do CAPS é essencial para a construção e consolidação do modelo de atenção psicossocial exposto e para a garantia da assistência adequada aos usuários dos serviços (PINHO, 2015).

Os CAPS, ao serem criados, cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave, sem lançar mão da hospitalização ou do frágil modelo ambulatorial, que consiste em consultas esparsas, renovação de receitas e/ou tímida oferta psicoterápica (PITTA, 1994). Eles foram implementados tendo por diretrizes os princípios da Reforma Sanitária, precursora da Reforma Psiquiátrica, revelando a materialização dos ideais sanitários como: garantia de acesso, acolhimento e tratamento digno ao indivíduo com sofrimento mental e técnicas terapêuticas (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Os CAPS consistem em serviços de atenção contínua, abertos, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade. Preconizam o atendimento territorializado, com inclusão da família no tratamento e/ou reabilitação, e orientam o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente, respeitando sua subjetividade (MIELKE et al., 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os CAPS desenvolvem atividades em grupo e individuais, destinadas às famílias e comunidade. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos como: atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimento em grupo (oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate); atendimento para a família (atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares); atividades comunitárias (desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do

serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários; assembleias (reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço, discutem os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As práticas desenvolvidas nesses serviços são, prioritariamente, acolhimento, construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS (que é acompanhado por um profissional ou equipe de referência técnica, que garante seu desenvolvimento, mediando adequações necessárias), grupos e oficinas terapêuticas, apoio matricial, visita domiciliar, atendimento familiar, manejo em situações de crise, reinserção pelo trabalho, reunião de equipe e assembleias de usuários (PINHO, SOUZA, ESPERIDIÃO, 2018).

O perfil do usuário atendido e o número populacional do município irão determinar o perfil do CAPS, sendo: CAPS álcool e drogas (AD), para atender pessoas em sofrimento devido ao uso ou abuso dessas substâncias; e o CAPS destinado a atender portadores de transtorno mental grave e severo. São divididos em unidades para atender público infanto-juvenil (menos de 18 anos), denominados CAPSi e em unidades de CAPS adulto (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004a).

Os CAPS também se organizam em tipos I, II, III e IV, cujos parâmetros são definidos da seguinte forma: municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes recebem incentivo para CAPS I; municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes recebem incentivo para CAPS II, que funcionam de segunda a sexta em horário comercial, podendo oferecer acolhimento diurno; municípios com mais de 200.000 habitantes recebem incentivo para abertura de CAPS III, que funcionam 24 horas, oferecendo acolhimento diurno e noturno aos usuários nos momentos de crise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; 2004a); e municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado podem pleitear a implantação do CAPS AD IV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O acolhimento diurno consiste no conjunto das ações de hospitalidade diurna, por meio de uma ambiência acolhedora e de estratégias de cuidado segundo as demandas ofertadas ao usuário no CAPS para continência às situações que o desestabilizaram. Destina-se a usuários em situação de crise, que estão em

situação de intenso sofrimento psíquico, de rupturas familiares e comunitárias, de limitação comunicacional e/ou de dificuldades de convivência relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, 2013b).

Por acolhimento noturno (AN) entende-se o conjunto das ações de hospitalidade noturna no CAPS, que visa ofertar cuidado a situações de crise, motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas. A hospitalidade noturna não deve exceder 14 dias e, assim como o acolhimento diurno, objetiva a estabilização da crise e o início da retomada dos vínculos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; 2013b).

A mudança do modelo de atenção em saúde mental deve ser cuidada para não se ater apenas ao processo de desospitalização, saída do hospital para os CAPS, sem a real mudança nos processos de trabalho (PESSOA et al, 2016). Acolhimento diurno e noturno não são o mesmo que internação. Os usuários não ficam restritos em leitos ou enfermarias, nem tampouco sua assistência é centrada no medicamento (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017).

Os CAPS devem trabalhar na perspectiva da desinstitucionalização, que supere a mera desospitalização, prevendo a desconstrução de práticas manicomiais, produzindo novas formas de atenção em saúde mental, avessas a cultura hospitalocêntrica. Para desinstitucionalizar é necessário o compromisso com a promoção de transformações nas relações sociais, de políticas públicas incisivas e financiamento adequado. Este processo inclui práticas que visem à inclusão social dos indivíduos portadores de transtorno mental no território, respeitando sua autonomia e subjetividade, além de promover o exercício de sua cidadania (PAIVA; YAMAMOTO, 2007; MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

As práticas de cuidado pautadas na desinstitucionalização são dificultadas pelos valores sociais que legitimam a necessidade de reclusão, simplificando a complexidade do sofrimento psíquico e anulando as contradições sociais que ele vem denunciar. É urgente romper com a forma de compreender e lidar com a experiência do sofrimento, entendendo que suas causas circulam por entre os atores sociais, sendo expressas nas formas de viver e estar no mundo (KINKER, 2017).

Somente a criação de serviços substitutivos não garante a readequação do modelo psicossocial. Para o avanço da PNSM (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012), a desconstrução do manicômio passa pela desinstitucionalização de nós mesmos e

pela construção de novas formas de vida. Associa-se a desconstrução das formas de viver que empobrecem a existência (KINKER, 2017).

Revisão integrativa da literatura de Pinho, Souza e Esperidião (2018), acerca dos processos de trabalho dos profissionais dos CAPS, demonstra como dissonâncias na proposta de desinstitucionalização a articulação em rede ineficaz com consequente institucionalização dentro do CAPS, ressaltando, como fatores que dificultam os processos de trabalho, a inadequação da estrutura física e material, o vínculo precário com serviços e baixos salários, dificuldades de desenvolver o trabalho em equipe, permanência da hegemonia da especialidade médica, medicalização da assistência e formação deficiente para o trabalho.

São constatados como desafios vigentes em saúde mental o aumento do número de profissionais especializados para suprir a demanda gerada pela expansão dos serviços; adequaçaão da formação profissional para o modelo vigente e a supervisão dos profissionais que já estão no sistema de saúde, avaliando suas práticas em prol das práticas psicossociais (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Para a progressão e melhoria da qualidade nas adequações dos serviços de atendimento psicossociais (integral, interligado e que considere a pessoa em seu contexto e momento), deve-se atentar para a adoção de processos avaliativos e educativos, na tentativa de evitar estagnação, ou até mesmo retrocesso na atenção em saúde mental, muitas vezes podendo ser justificado por precárias condições de trabalho, reduzindo a qualidade do cuidado prestado, podendo oferecer riscos ao paciente (OLIVEIRA et al, 2014a).

### 3.2 Dimensões da Qualidade do Cuidado em Saúde Mental e a Segurança do Paciente

Para se avaliar a qualidade do cuidado é necessário ter critérios e padrões que são a base do julgamento para, assim, chegar a um acordo a respeito do que é a qualidade nos cuidados (DONABEDIAN, 1969).

Avedis Donabedian (1969) propõe avaliar a qualidade dos serviços de saúde sob a perspectiva das dimensões: estrutura, processo e resultado.

A análise da estrutura consiste na avaliação dos instrumentos do cuidado e da organização, inclui as propriedades, instalações, equipamentos, gestão de pessoas e financiamento. Ao atender as condições padrões específicas, resulta em cuidados seguros e de qualidade (DONABEDIAN, 1969).

A análise do processo trata de avaliar o cuidado em si, ou seja, as atividades desenvolvidas pelos profissionais das unidades de saúde na condução dos cuidados com os pacientes, nos quais os elementos e detalhes do atendimento estão sujeitos aos julgamentos profissionais (DONABEDIAN, 1969; 1992).

E, avaliar a dimensão do resultado consiste na investigação dos efeitos e consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde, satisfação e bem-estar do paciente (DONABEDIAN, 1969).

Donabedian entende que a qualidade nos serviços de saúde pode ser avaliada por meio de sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Eficácia é o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis para o paciente. Efetividade é o grau de melhoria na saúde alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Eficiência é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Otimização é o uso da relação do custo/ benefício na assistência à saúde. Aceitabilidade é a adequação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias, depende da efetividade, eficiência e otimização. Legitimidade é a aceitabilidade do cuidado, da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. Equidade trata-se do princípio de justiça na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população (DONABEDIAN, 1990).

Avaliar a qualidade também versa sobre determinar o grau de sucesso das ações de saúde. Assim, deve-se exercer vigilância contínua, desde o acesso do usuário ao serviço de saúde até o presumível cuidado final, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos, prevenindo os erros (DONABEDIAN, 1978).

Discute-se sobre a avaliação da segurança dos pacientes atendidos nos serviços de saúde para se alcançar a qualidade assistencial no modelo proposto pelo autor citado acima. Essas discussões se tornaram de interesse mundial em decorrência de erros sistêmicos envolvendo aspectos da estrutura e processos que têm levado à ocorrência de incidentes com mortes e lesões incapacitantes aos indivíduos, resultando em altos custos para os órgãos públicos, comprometimento psicológico e físico dos pacientes, familiares e profissionais (WHO, 2009).

Com o intuito de facilitar a comparação, análise e interpretação de informações sobre incidentes visando o uso adequado de estratégias para a sua prevenção e melhora o cuidado ao paciente, a Organização Mundial de Saúde

(2009) desenvolveu a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, na qual entende-se por segurança do paciente ações de saúde promovidas para reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado ao paciente. Neste documento são considerados incidentes os eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente e se diferem em quatro grupos: incidente sem dano, que consiste no incidente que atinge o paciente, mas não resultou em dano; incidente com dano (ou evento adverso), que é o incidente que atinge o paciente e, obrigatoriamente, resulta em algum tipo de dano; circunstância notificável, que é uma situação em que existe potencial significativo para dano; e, *near miss* (quase erro, em uma tradução aproximada) que é o incidente que não atinge o paciente (WHO, 2009).

Vários países têm desenvolvido estudos para identificar ações que possibilitem a redução de erros e que promovam melhorias no atendimento dos pacientes e, especialmente, que promovam mudanças capazes de desenvolver e institucionalizar uma cultura de segurança que alcance os profissionais e serviços de saúde (WHO, 2008).

O erro não ocorre de forma individualizada, assim a abordagem individualizada do erro é obsoleta e o paradigma proposto é de uma abordagem do erro de forma mais ampliada, sendo a sua ocorrência fruto de falhas de um sistema organizacional (REASON, 2000).

Culturalmente tem-se o ideário que bons profissionais não erram, ou que o erro ocorre basicamente devido à falta de atenção, poucos se dão conta de que errar é humano e diante da ação do erro, a reação é punir (REASON, 2000).

A substituição da punição pela abordagem sistêmica visa fortalecer os processos de notificação para que todos os profissionais aprendam com os erros, traçando estratégias para que os mesmos ou outros não voltem a acontecer (REASON, 2000).

A atual abordagem da segurança do paciente substitui a cultura tradicional punitiva pela cultura de segurança, pautada no pensamento sistêmico que reconhece que os humanos erram e que a segurança depende da criação de sistemas que possibilitem antecipar, prevenir ou captar, antes de sua ocorrência, os erros. Estes sistemas também permitiriam criar um ambiente de trabalho que valoriza a existência de processos bem delineados e que a comunicação destes seja eficaz para a segurança no contexto da prática de atenção em saúde, em que está

inserida a saúde mental. Para tanto, a mudança de cultura de segurança tem sido a pedra fundamental de melhorias na segurança do paciente (REASON, 2009; WACHTER, 2013).

O relatório "*To Err is Human: Building a Safer Health Care System"* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro) descreve que os seres humanos, em todas as linhas de trabalho, cometem erros que poderiam ser evitados com a projeção de sistemas seguros. O relatório exemplifica o caso dos horários de trabalho de pilotos, que são projetados para que eles não pilotem muitas horas consecutivas sem descanso, porque o estado de alerta e desempenho ficariam comprometidos (KOHN, 2000).

Este relatório tornou-se notório, pois revelou a alta taxa de mortalidade nos hospitais dos Estados Unidos, demostrando que de 44 mil a 98 mil americanos morrem a cada ano como resultado de erros médicos. Mesmo com estimativas mais baixas, as mortes por erros médicos excedem o número atribuível à 8ª principal causa de morte naquele ano, ou seja, mais pessoas morrem em um dado ano como resultado de erros médicos do que por acidentes com veículos motorizados, câncer de mama, ou SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida) (KOHN, 2000).

Singh, Meyer e Thomas em 2013 e Makary e Daniel em 2016 evidenciaram o aumento de erros desde a publicação do relatório de Kohn. Singh, Meyer e Thomas (2013) estimaram que aproximadamente 12 milhões de pacientes norte-americanos sofrem um erro diagnóstico ambulatorial e metade destes tem potencial de gerar dano. Makary e Daniel (2016) concluíram que o erro assistencial é a terceira causa de morte nos EUA, estando atrás somente de doenças cardiovasculares e câncer, podendo chegar a 400.000 óbitos por ano.

Jha et al (2013) em seu estudo estimaram que haja 421 milhões de hospitalizações no mundo anualmente e aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos. Aproximadamente dois terços de todos os eventos adversos ocorreram em países de baixa e média renda.

Estudo realizado em um hospital de ensino da comunidade no México identificou 34 eventos adversos graves, 82,35% foram classificados como evitáveis. Em 58,82% destes, os EA estavam relacionados à equipe médica (GUTIÉRREZ-MENDOZA et al, 2015).

Influenciadas pelo cenário mundial, no Brasil, pesquisas nesta área surgiram no início da década de 2000, junto aos processos de certificações e métodos de

avaliação de caráter não obrigatório, demonstrando que os processos hospitalares não se encontravam organizados e adequados para garantir uma assistência segura, tendo como efeito os erros (BUENO, 2012).

O estudo de Macri et al (2004) avaliou as características dos processos referentes a erro médico instaurados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo no período de 1995 a 2000. Concluiu que os motivos mais frequentes foram relacionados às condutas ético-profissionais e negligência, imperícia, imprudência, sendo Ortopedia e Traumatologia e Cirurgia Geral as principais especialidades envolvidas. Perceberam que os processos de erro médico foram mais frequentes nas especialidades cirúrgicas.

Um estudo de revisão retrospectiva do registro dos pacientes atendidos no ano de 2003, que avaliou a incidência de eventos adversos em três hospitais no Estado do Rio de Janeiro, constatou que em 7,6% dos atendimentos ocorreram eventos adversos. A proporção global de eventos adversos evitáveis foi de 66,7%. A enfermaria na qual o paciente estava internado foi o local mais frequente de eventos adversos (48,5%), sendo os eventos adversos cirúrgicos os mais frequentes (35,2%). Concluiu-se que a incidência de pacientes com eventos adversos nos três hospitais foi semelhante à de estudos internacionais. No entanto, a proporção de eventos adversos evitáveis foi muito maior nos hospitais brasileiros (MENDES et al, 2008).

Em 2015, uma investigação conduzida no Brasil, sobre estimativas de óbitos no ano, concluiu que ocorreram no mínimo de 104.187 a 434.112 possíveis óbitos associados a eventos adversos hospitalares no ano (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

O estudo de Maia et al (2018) descreveu os eventos adversos relacionados com a assistência à saúde e que resultaram em óbito no Brasil, no período de 2014 a 2016, notificados no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa), sob responsabilidade da Anvisa. Identificou-se 417 óbitos registrados, a maioria em adultos e idosos (85%), sem diferenças entre sexos; os estados de São Paulo (N=92), Paraná (N=75) e Minas Gerais (N=66) foram os maiores notificadores; os hospitais contribuíram com 97% dos registros, com concentração nos setores ‘terapia intensiva’ e ‘internação’. O tipo de incidente mais comum registrado foi ‘falhas durante a assistência à saúde’ (50%), sendo que, devido a generalidade, não permite intervenções e busca por melhorias mais específicas nos serviços

Essas evidências devem encorajar as organizações e pesquisadores a monitorar as práticas em saúde a fim de reduzir os erros (SINGH; MEYER; THOMAS, 2014).

Chama-se a atenção para a necessidade de melhor compreender o contexto em que os erros acontecem durante a atenção à saúde, para direcionar as políticas públicas voltadas à qualidade dos serviços (MAIA et al, 2018).

Estudos nacionais sobre segurança dos processos de trabalho, seja direta ou indiretamente, concordam na premência de modificações de pensamentos e atitudes por parte dos envolvidos, desde profissionais de saúde até o Estado, no que tange a abordagem sistêmica dos eventos adversos, a fim de tornar o ambiente de trabalho seguro onde não há falta de recursos estruturais, equipe qualificada e uma cultura alicerçada nos princípios da educação (BUENO, 2012).

O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, que objetiva adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde, por meio da socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas na busca da segurança do paciente. A OMS recomendou, aos países membros da Aliança Mundial, devida atenção à Segurança do Paciente, buscando conscientizar e conquistar o compromisso político, lançando campanhas internacionais e programas preventivos, gerando alerta sobre aspectos sistêmicos (ANVISA, 2011).

Para se ter conhecimento e buscar soluções sobre erros dependemos de notificações dos incidentes, no entanto a notificação espontânea não tem atingido o volume e o grau de confiança desejáveis para embasar a regularização do mercado mediante reavaliações futuras de um dado produto. Nesse tocante, a Rede Sentinela foi criada para responder a necessidade da ANVISA de obter informação qualificada para o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de saúde hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Os hospitais brasileiros aderiram voluntariamente e criaram uma estrutura responsável para fazer a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e dos desvios de qualidade, visando desenvolver um conjunto de atividades no sentido de fortalecer a cultura da vigilância sanitária. Novas iniciativas foram implementadas, a partir de discussões baseadas na experiência, nos referenciais

internacionais sobre risco e gestão em saúde, qualidade e segurança, permitindo o estabelecimento de critérios de organização da Rede. Ficou estabelecido, a partir de 2011, que as instituições necessitavam criar uma gerência de risco e apresentar uma política de gestão de risco com estratégias para a identificação, a avaliação, o monitoramento e a comunicação de riscos. Portanto, além das instituições de saúde notificarem os eventos adversos relacionados a produtos para a saúde, através do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), devem fomentar a identificação de riscos hospitalares, a análise da causa da ocorrência e as providências para a correção de falhas nos processos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Destacamos também o Proqualis, criado em 2009, que visa à produção e disseminação de informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente. Está vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e conta com o financiamento do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), objetivando ser uma fonte permanente de consulta e atualização para os profissionais de saúde, por meio da divulgação de conteúdos técnico-científicos, selecionados a partir da relevância, qualidade e atualidade. Trabalhar em rede é uma característica do Proqualis e, nesse sentido, foram estabelecidas parcerias com instituições nacionais e internacionais, como a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz e da Universidade Nova de Lisboa (UNL) e com a OMS. Esta integração permitiu ao Proqualis contribuir na elaboração da Portaria 529/2013, que lançou o PNSP (PORTELA, 2016).

Vigente deste 2013, a Portaria número 529, do Ministério da Saúde, sobre segurança do paciente, preconiza promover e apoiar a implementação de iniciativas em diferentes áreas da atenção à saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de EA relacionados à assistência nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo a RDC 36 de 2013, o NSP elabora um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), planejando estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática. O objetivo é instituir ações para a promoção

da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (ANVISA, 2013a).

Estratégias simples e efetivas relacionadas à gestão de riscos podem promover a cultura de segurança, prevenir e reduzir riscos e danos nos serviços de saúde, por meio do seguimento de protocolos específicos, treinamento e mecanismos para melhorar a comunicação da equipe (WEAVER et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2014b). Mudanças na cultura de segurança podem não ser demonstradas nas avaliações psicométricas, porém os resultados impactam na redução na taxa de eventos adversos, morbidade e mortalidade (MARINHO et al, 2016).

A gestão de riscos é o processo de análise contextual na busca da identificação, avaliação, análise, tratamento e monitoramento contínuo de todos os riscos e incidentes, em todos os níveis da organização. Facilita escolhas conscientes na definição de prioridades e delineamento de formas alternativas de ação, a fim de se alcançar o equilíbrio ideal do risco, benefício e custo (WHO, 2009).

A gestão de risco é interativa, com capacidade de reagir a mudanças, na medida em que alguns riscos podem se modificar, outros desaparecerem e novos riscos podem surgir. Assim, a gestão de riscos convém ser incorporada em todas as práticas e processos da organização, de forma que seja sistemática, pertinente, eficaz e eficiente, e que seu processo se torne parte integrante da rotina organizacional, alinhado ao planejamento estratégico da instituição (ABNT, 2010).

O conhecimento da magnitude e frequência dos EA, da sua natureza e impacto é fator crucial para a implementação de estratégias com vistas à melhoria da segurança do paciente (SOUSA, 2014). Para isto é necessário a implantação de sistema de notificação de incidentes e estudos investigativos que contemplem a segurança do paciente e gestão de riscos, envolvendo a assistência à saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Os diversos serviços de saúde devem adotar a gestão de risco, criando uma base sólida e segura para a tomada de decisão no planejamento da segurança do paciente, por meio do monitoramento de eventos adversos, minimização dos danos e prevenção de novos incidentes (HINRICHSEN, 2012).

A revisão de Souza et al (2017) demonstrou escassez de estudos de segurança do paciente em saúde mental, sendo que os estudos existentes centram-

se no contexto hospitalar. Em serviços comunitários de Saúde Mental foram encontrados apenas dois estudos: uma pesquisa original e uma revisão sistemática.

A pesquisa original examinou 46 instituições quanto a cultura de segurança do paciente (divididas em 18 tipos de serviços) e as classificou como mais ou menos culturas favoráveis à segurança do paciente, dentre eles hospital psiquiátrico e serviços de saúde mental de base comunitária, no Estado da Austrália do Sul. Concluiu que os serviços de saúde mental e os hospitais psiquiátricos estavam entre as instituições com culturas de segurança mais negativos (GALLEGO et al, 2012) embora não tenha apontado os incidentes que ocorreram.

Em revisão sistemática sobre o erro de medicação na área da saúde mental, foi evidenciado que os eventos adversos envolvendo fármacos psicotrópicos são comuns e alguns podem ser devido a erros na prescrição médica ou acompanhamento medicamentoso dos danos (MAIDMENT; LELLIOTT; PATON, 2006).

Em relação aos erros de prescrições, as eletrônicas apresentam a vantagem de serem legíveis, reduzindo o risco de erros de prescrição. Outra vantagem em se ter programas de prescrição eletrônica é que alertam sobre interações medicamentosas e efeitos adversos (WORMSER; ERB; HOROWITZ, 2016).

A escassez de publicações sobre segurança do paciente nos serviços comunitários em saúde mental implica na ausência de reflexões, impossibilitando projetar iniciativas de melhoria nas práticas profissionais, como barreiras para ocorrência de erros (PLUMB et al, 2011).

Devido ao fato de não encontrar estudos sistemáticos em serviços comunitários em saúde mental, o potencial de prevenção de erros, danos e mortes nesses serviços é desconhecido (SOUZA et al, 2017).

Todo serviço de saúde possui um potencial iatrogênico, que reduz consideravelmente as chances de segurança dos cuidados oferecidos no sistema de saúde. As iatrogenias e a segurança dos pacientes são novos desafios aos sistemas de saúde (PALHA, 2015).

Ao conhecer os riscos potenciais nos serviços, pode-se promover investigações para elucidar as possíveis causas, direcionando reflexões e educação permanente à equipe de profissionais do serviço. Esta ação deve receber especial atenção dos gestores, que têm o papel de incentivar e capacitar os profissionais

para prevenção, notificação e manejo efetivo desses riscos durante a realização e a avaliação da assistência prestada (OLIVEIRA et al, 2014b).

A agenda de segurança seguir em frente na investigação sobre a segurança do paciente em saúde mental significa requisito fundamental para evitar inadequadas intervenções e promover iniciativas de melhoria no contexto dos serviços comunitários de saúde mental (PLUMB et al, 2011; SOUZA et al, 2017).

Nessa perspectiva, estudos qualitativos norteados por metodologias ativas, pautadas em vivências dos profissionais advindas de situações da prática em saúde, podem ser positivos para o desenvolvimento de competências relacionadas aos conhecimentos sobre segurança e habilidades para atuar em situações complexas que envolvam riscos de incidentes.

### 3.3 Educação Permanente em Saúde: produzindo conhecimento

A Educação Permanente em Saúde (EPS) trata da aprendizagem no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, onde o aprender e o ensinar se incorporam nos processos de trabalho. Tem como base a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde em objeto da reflexão participativa e ativa pelos mesmos. A aprendizagem significativa se dá a partir da problematização da realidade e dos saberes prévios dos sujeitos articulados às vivências no trabalho (CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Segundo a Portaria nº 278/2014, do Ministério da Saúde, são diretrizes para EPS valorizar o trabalhador e o trabalho; fomentar práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais; promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas; favorecer a autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização nos processos de trabalho do Ministério da Saúde; articular a EPS e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no Ministério da Saúde; fortalecer a gestão da EPS de forma compartilhada e participativa; contribuir para a mudança cultural e institucional direcionada à gestão compartilhada e ao aprimoramento do SUS; constituir-se como uma estratégia política para o enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde; e valorizar as múltiplas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) visa promover a qualificação e a transformação dos processos de trabalho das equipes dos serviços de saúde, a fim de fortalecer as práticas de cuidado e otimizar a consolidação de novas ações em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b; 2009; NOGUEIRA et al, 2018).

Na perspectiva da PNEPS, há uma positividade na relação entre educação e trabalho, ao considerar a "transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho", pois os trabalhadores são componentes indispensáveis para se alcançar os objetivos dos serviços, cabendo a eles acessar constantes espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços (PEDUZZI, 2009; LEMOS, 2016).

Assim, por vezes, momentos de EPS enfrentam, em seu cerne, limites como desconsiderar as condições estruturais que têm grande impacto na qualidade do SUS, ao dar grande peso ao profissional como elemento de mudança (LEMOS, 2016).

Ressalta-se que a EPS deve considerar o cotidiano e contexto do serviço, essencial para o ensino-aprendizagem ao articular trabalho e aprendizagem, visando maior poder de resolução, satisfação e adequação das ações e dos serviços propostos às necessidades de saúde da população (MISHIMA et al, 2015; NOGUEIRA et al, 2018).

A problematização dos processos de trabalho pelos profissionais – considerando seus desconfortos e suas aspirações - forneceram elementos que auxiliaram a discussão acerca da EPS. Essa reflexão, feita de maneira crítica, permite que a realidade vivenciada pelos profissionais emerja com força potente, logo, eles adquirem subsídios para dar início a um processo de mudança de suas atividades profissionais (ANDRADE et al, 2016a).

Tais momentos de problematização acerca dos processos de trabalho produzem mobilização e questionamentos de várias ordens, o que pode ocasionar incômodos para gestão se essa não desejar democratizar e horizontalizar os processos de decisão e também para os trabalhadores que são resistentes a alternativas inovadoras que requerem envolvimento. Se percebidas por outro ângulo, também podem potencializar a gestão, se essa compreende ser esse o espaço privilegiado para problematizar, produzir novas negociações, construir

equipes/times, acarretando transformações positivas na produção de saúde (FEUERWERKER, 2014).

O engajamento dos gestores é imprescindível na construção de espaços coletivos de reflexão no trabalho e para o trabalho, no entanto persiste a dificuldade de compreensão acerca dos fundamentos e os fins da EPS, reduzindo a concepção de que se trata de cursos pontuais, palestras e ações focais na qualificação das equipes e dos trabalhadores de saúde, comprometendo que as metas ou objetivos sejam alcançados (MISHIMA et al, 2015).

A EPS se configura quando há uma discussão e é possível absorver uma informação. Racionaliza essa informação, tem-se um produto e, assim, há um intercâmbio entre a discussão teórica, o que pode reverberar na prática, tendo um efeito no trabalho em equipe. Então, os profissionais entram de um jeito na discussão e saem de outro (SILVA; KNOBLOCH, 2016). É possível construir e reconstruir espaços de troca entre os profissionais, o que contribuirá para a qualificação do trabalho e, consequentemente, para a assistência. Os profissionais que participaram dessas ações referem à confiança adquirida por sentirem-se mais seguros para prestar a assistência, e o usuário que acredita e confia neste profissional capacitado (FIGUEIREDO et al, 2018).

É importante que as práticas educativas configurem-se como dispositivos para a análise das vivências locais dos serviços; da organização de ações em rede; das possibilidades de integração entre formação, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde; fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais. Nesse tocante, as consultorias, os apoios (como as pesquisas intervenção) têm de ser capazes de organizar sua prática de modo que esta produção seja possível, ou seja, elas precisam oferecer a pedagogia da EPS para que façam sentido na realidade e operem processos significativos às equipes dos serviços (CECCIM, 2005).

Porém, o objetivo da EPS pode ficar comprometido se a equipe faz o trabalho de forma mais burocrática, fazendo o mínimo, sem se envolver tanto. Esta situação é comum em locais onde não há espaços de encontros para discussão além do momento da EPS, como: passagem de plantão, reunião geral de equipe, reunião de equipe de referência. A ausência de encontros impossibilita espaços de educação permanente, que sozinhos são insuficientes (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

O trabalho em equipe é destacado como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho, bem como o envolvimento dos trabalhadores de saúde e da compreensão de que nenhum profissional ou equipe domina sozinho todos os conhecimentos necessários para a produção de cuidado integral (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

Equipes que em sua rotina têm espaços de elaboração coletiva garantidos, apresentarão uma potência interna do grupo que permitirá que os próprios trabalhadores contribuam, ao atuarem como facilitadores nesses processos de reflexão, inclusive, enquanto pesquisadores e multiplicadores, dando continuidade às discussões de forma longitudinal, transformando suas práticas (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

Apesar de cada serviço de saúde vivenciar sua própria realidade – do ponto de vista estrutural, de gestão de pessoas, de contexto social, cultural, político e ideológico – a implementação de processos de ensino-aprendizagem participativos e crítico-reflexivos nos distintos pontos da rede de atenção em saúde é um desafio que vale ser superado diante das profundas transformações que se pretende alcançar, ao modificar processos de trabalho ancorados nos preceitos do modelo biomédico medicalizador, centrado nas tecnologias e nas doenças (ANDRADE et al, 2016a).

É urgente a mudança de paradigma que deve favorecer atividades educativas grupais em detrimento de ações curativistas e biomédicas. O que implica na necessidade de apoio das coordenações centrais, as quais detêm poder para incentivar ou desestimular práticas educacionais (MENDONÇA et al, 2017).

Quando as ações programadas de saúde acerca da atenção em saúde não são pautadas em métodos em prol da saúde, privilegiando ações curativas voltadas às condições crônicas em detrimento da integralidade da atenção em saúde (NOGUEIRA et al, 2018), segue-se o caminho inverso da proposta de segurança do paciente, por não investir na promoção e prevenção em saúde, prejudicando o usuário do serviço.

A cultura de segurança precisa ser fortalecida por meio da adoção de comportamentos favoráveis à segurança do paciente e, para isso, a EPS é essencial como forma de atualizar conhecimentos, formar profissionais competentes e corrigir os erros antes que eles possam gerar consequências maiores ao paciente (TOBIAS et al, 2016).

Os espaços de problematização e reflexão devem acontecer de forma contínua e permanente nos diversos serviços da RAPS, para que as ações de saúde sejam integrais, seguras e por consequência de qualidade. Estudos desvelam que um dos principais limitantes das ações de saúde mental em rede é devido aos trabalhadores, na atenção básica e hospitalar, não possuírem conhecimento sobre o universo do sofrimento psíquico, nem familiaridades com os profissionais que trabalham nos CAPS (RIBEIRO et al., 2010; PINHO, 2015).

A conquista de uma atenção de qualidade, humanizada e menos estigmatizada, que beneficie o usuário e seus familiares, requer um modelo assistencial pautado em políticas públicas articuladas, serviços estruturados em rede que garantam a continuidade da atenção em saúde, e profissionais com formação permanente, que desenvolvam trabalho interdisciplinar, que se relacionem com os dispositivos sociais (incluindo atividades culturais, esportivas, artísticas e de geração de renda) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015a). Porém, esta não é a realidade da maioria dos serviços, e causa desconfortos, o que pode ser minimizado por processos de formação em serviço (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

Nogueira e Baldissera (2018) em seu estudo enfatizou que os profissionais vivenciam mais dificuldades do que facilidades para desenvolver EPS, que estão relacionadas à falta ou ausência de apoio, ferramentas e subsídios necessários para que ocorram a EPS.

A EPS possibilita superar a transformação no modo tradicional de se conduzir as ações de educação nos serviços de saúde, pois faz com que os conhecimentos sejam construídos por meio de ações problematizadoras, crítico-reflexivas. Estes momentos devem ter um espaço prioritário, exclusivo e permanente na equipe.

É preciso ir além dos temas biomédicos recorrentes como doença, medicações, complicações e tratamentos, de modo que se possa alcançar outros temas como lazer, troca de experiências populares (MENDONÇA et al, 2017), dentre tantas outras possibilidades que tenham sentido para a equipe e para o contexto do dos serviços de mental e da saúde de forma geral.

Este estudo trata-se de uma proposta de avaliação de uma realidade transformadora, por romper com os enfoques tradicionais de pesquisa, com vistas a ampliar os conhecimentos e práticas seguras na atenção psicossocial, campo até o momento não fecundado na temática segurança do paciente.

# 4 - METODOLOGIA

### 4.1 – Tipo da pesquisa

Pesquisa intervenção, de natureza qualitativa, mediada pelo Ciclo de Aprendizagem Vivencial (CAV).

A pesquisa de intervenção não visa mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é consequência da produção de uma relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. Para tal fim, a pesquisa intervenção propõe metodologias problematizadoras e coletivas, por favorecer discussão e produção cooperativa na perspectiva de fragilidade das hierarquias burocráticas e das divisões em especialidades que fragmentam o cotidiano e o cuidado, além de isolar os profissionais, assim por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado (ROCHA; AGUIAR, 2003).

O impacto deste tipo de pesquisa para a prática está na capacidade de produzir modificações, que podem gerar resultados como a melhoria da autonomia, a satisfação no trabalho, o empoderamento e a reflexão crítica coletiva, ainda que inicialmente se deem apenas na dimensão reflexiva dos profissionais (ROCHA et al, 2017).

Em pesquisas dessa natureza fica clara a vontade de modificar a prática e os contextos vividos pelos participantes, que se comprometem a vivenciar a intervenção e avançam no sentido de produzir ferramentas que os apoiem. Porém, deparam-se com uma limitação comum: pouco tempo para a realização dos estudos, que compromete a reflexão mais aprofundada dos envolvidos (ROCHA et al, 2017).

Neste tocante, a abordagem qualitativa permite conhecer as percepções e reflexões acerca de determinado tema, que se desenvolve em situação natural. Por isso é o tipo de pesquisa ideal para penetrar e compreender o significado e a intencionalidade das falas, vivências, valores, necessidades e atitudes, focalizando a realidade de forma contextualizada (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

### 4.2 - Ciclo de Aprendizagem Vivencial segundo Fela Moscovici

O Ciclo de Aprendizagem Vivencial (CAV) caracteriza-se por uma operacionalização positiva. Seu cerne metodológico visa mudanças a partir de aprendizagens baseadas em experiências diretas ou vivências. Neste sentido, a aprendizagem vivencial tem como meta propiciar o aprender a aprender, aprender a dar ajuda e aprender a participar do grupo, podendo promover desenvolvimento interpessoal, cognitivo e produção de resultados coletivos (MOSCOVICI, 2000).

O CAV é desenvolvido por meio da participação dos profissionais em atividades relacionadas a situações do cotidiano nos serviços e do empenho dos participantes na resolução de problemas e exercícios decorrentes da aprendizagem (MOSCOVICI, 2009), o que possibilita o desenvolvimento de reflexão e diálogo que se convertam em práticas, sendo um fértil intercâmbio entre pesquisa e prática, além da contribuição teórica que essa relação proporciona (WALKOFF; SZYMANSK, 2012).

A operacionalização do CAV ocorre em quatro etapas (figura 01). A primeira é a fase da vivência de uma situação por meio de atividades que requerem empenho dos participantes, como resolução de problemas, exercícios, entre outros. Na segunda etapa, inicia-se a análise, que inclui relato e ampla discussão das atividades realizadas, e avaliação crítica dos resultados, permitindo ainda a exposição de sentimentos que emergiram durante a vivência. A terceira etapa é a fase de insumos cognitivos, informações e fundamentos teóricos que possibilitem a sistematização e a elaboração de mapas cognitivos que subsidiam a conceituação. Finda-se na quarta etapa de conexão, na qual é feita uma comparação com o real no que se refere aos aspectos teóricos e situações da prática de trabalho e vida (MOSCOVICI, 2009).




**Figura 01.** Ciclo de Atividade Vivencial – CAV (MOSCOVICI, 2009, p.15).

Na primeira etapa, o participante vivencia um desafio que o estimula a se envolver na atividade. Nesse momento ocorre excitação e divertimento, bem como

conflitos nas interações humanas, situação que deve ser analisada na fase seguinte – do processo de diagnóstico (CIDRAL, 2003; ALBINO, 2014).

Após a atividade, os participantes estão prontos, até mesmo ansiosos, para compartilhar o que viram, vivenciaram e como se sentiram durante o evento, dando início à segunda etapa. Suscita-se o relato e a análise, que poderão ser facilitados por maior abertura à exposição e ao *feedback* da vivência, ou dificultados por posição defensiva em virtude da dissonância entre as percepções dos participantes do grupo em relação ao vivenciado (CIDRAL, 2003; ALBINO, 2014).

Na terceira etapa, por meio de estudos e debates, ocorre a conscientização sobre os aspectos inadequados que dificultaram decisões e ações quanto às alternativas que poderiam ter sido buscadas na vivência. A partir desta conscientização é possível elaborar mapas cognitivos e reformular comportamentos disfuncionais em níveis individual e grupal. Por outro lado, o participante pode negar tais mudanças, apresentando posição rígida diante das críticas e argumentos elaborados pelo grupo (CIDRAL, 2003).

Na quarta etapa, o participante elabora conclusões e generalizações para uso futuro, pode buscar oportunidades de mudança, avaliar riscos e até experimentar a aplicação à realidade do que aprendeu, o que o conduz, novamente à primeira etapa do ciclo. Por outro lado, se o participante não vivenciou o ciclo de forma satisfatória, a quarta etapa sofrerá limitações à medida que não será vislumbrada a aplicação do que foi vivenciado, o que pode ser expressão de resistência e negação à mudança (CIDRAL, 2003).

As mudanças podem abranger diversos níveis de aprendizagem: cognitivo, emocional, atitudinal, comportamental, informações, conhecimentos, compreensão intelectual, emoções e sentimentos, gostos, preferências, bem como percepções, emoções e predisposição para ação, que, integrados, conjugam-se para alcançar conduta qualificada e competência interpessoal (MOSCOVICI, 2008).

Esse movimento é possível somente se o grupo convidado a pensar o seu cotidiano, em um clima de confiança e credibilidade coletiva, for capaz de promover mudanças, pois faz com que o participante se comprometa com seu desempenho, não somente devido a uma prerrogativa institucional, mas motivado por um desejo relacionado à realização interna. Assim, a aprendizagem vivencial mostra-se como uma estratégia que viabiliza uma oportunidade única de profissionais viverem seus dilemas, anseios e potencialidades, em um ambiente propício para a

experimentação de mudança e de reflexões sobre o modo de funcionamento das pessoas e dos grupos (MUNARI et al, 2008).

A estrutura geral e integrada da metodologia do CAV concebe o desenvolvimento de competências, pois permite reflexão sobre o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de conhecimento, de habilidades e de mudanças atitudinais, além de apresentar uma alternativa à resolução de problemas por propiciar o ajustamento à mudança (CIDRAL, 2003). Também é possível identificar uma melhora significativa na organização e na participação do grupo. Esta evolução indica que o processo ensino-aprendizagem foi efetivo. Neste sentido, os participantes constroem conhecimento, bem como aperfeiçoam o trabalho em grupo (ALBINO, 2014).

Na dinâmica do CAV o grupo percebe a contradição entre como a ação é executada e como ela deveria ser, o que o leva a refletir, buscar e desejar algo mais do que simplesmente realizar suas tarefas para atender às exigências mínimas de uma organização. Esse processo ocorre no momento em que o grupo se dá conta de sua potencialidade para melhorar a visibilidade do seu trabalho, proporcionar cuidado humanizado ao cliente interno e externo e ser reconhecido pelo seu trabalho (MUNARI et al, 2008).

A pesquisa intervenção por meio da aprendizagem vivencial apresenta-se como uma potente ferramenta no processo de qualificação. Ela possibilita avançar para além do aprendizado técnico, alcançando os níveis emocional e atitudinal. Os participantes produzem reflexões profundas sobre sua postura enquanto profissionais e elaboram um diagnóstico sobre si mesmos, mapeando seus pontos fortes e aqueles que necessitam desenvolver. Também comparam seus perfis com os requisitos mais adequados, estabelecidos na literatura, que sinaliza como podem agir, pois, ao findar o ciclo disporão de elementos teóricos mais consistentes (MUNARI et al, 2008).

Apesar das potencialidades, há limitações na aplicação do CAV em pesquisa. Alguns estudos apontaram que quem participa dos grupos de aprendizagem geralmente é uma parcela do corpo integrante da instituição, o que parece reduzir o impacto das mudanças, além do tempo limitado reservado ao desenvolvimento de pesquisa, o que faz com que o grupo, algumas vezes, não consiga articular nenhuma ação em direção à mudança efetiva (como elaborar um plano de ação, adotar um programa de motivação para implementar em sua unidade

ou mesmo assegurar um padrão de gestão). Porém, é fundamental para mobilizar as forças impulsoras e restritivas do grupo, mostrando aos profissionais suas limitações e fortalezas. Por trabalhar no nível emocional e cognitivo, o CAV torna o aprendizado significativo e transformador (MOTTA; MUNARI; NUNES, 2011; ALBINO, 2014; ROCHA et al, 2017).

Desse modo, o coordenador utiliza o CAV para incentivar a vivência concreta das atividades; moderar a análise ou relato, quando cada integrante compartilha o que vivenciou no exercício (sentimentos, reações e emoções vividas); orientar a conceituação, processamento ou racionalização, ocasião em que o grupo discute e reflete sobre a participação de cada um e de todos, avaliando os resultados alcançados, a aquisição de conhecimentos, reflexões e comparações com aspectos reais do trabalho e da vida em geral; e, por fim, incentiva a conexão ou aplicação com o real, momento em que cada participante busca a mudança, experimentando e testando novas formas de atuação no meio em que vive (MUNARI, 2005).

Na aplicação do CAV, o coordenador não funciona nem como juiz nem como detentor do conhecimento. Ele desempenha o papel de educador que manipula o ambiente e a técnica, jamais as pessoas. Tem a função de propiciar condições favoráveis para criar uma situação genuína de aprendizagem, para que seja possível a ocorrência de sucesso psicológico e funcionamento eficaz do grupo (MOSCOVICI, 2000).

Enfim, o CAV funciona a partir da reunião de um grupo com objetivo de problematizar seu próprio funcionamento, suas relações interpessoais e grupais, com a mediação de um coordenador capacitado. A função do coordenador exige competência técnica e interpessoal para criar, com o grupo, uma atmosfera socioemocional de confiança recíproca, em que os participantes se sintam à vontade para experimentar novas maneiras de agir, exercitar novos comportamentos e ousar dar e receber *feedback* que favoreçam as opções de mudança pessoal e coletiva (MOSCOVICI, 2009).

### 4.3 – Cenários da pesquisa

Para o presente estudo foram selecionados todos os Centros de Atenção Psicossocial III adultos do Estado de Goiás, Brasil, habilitados pelo Ministério da

Saúde até 2015. Sendo eles dois CAPS III, ambos situados em Aparecida de Goiânia.

No Estado de Goiás, até o momento da coleta de dados, existiam 61 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo: 34 CAPS tipo I, 14 CAPS tipo II, um CAPS tipo III adulto, três CAPS infanto-juvenil, sete CAPS AD, um CAPS AD infanto-juvenil tipo III e um CAPS AD III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Aparecida de Goiânia é um município do estado de Goiás, Brasil, localizado na Região Metropolitana de Goiânia. No último censo de 2010, a população de Aparecida de Goiânia atingiu 455.657 habitantes, sendo que a população estimada em 2018 é de 565.957 habitantes. Nota-se o potencial de crescimento populacional (IBGE, 2019).

O primeiro serviço substitutivo aparecidense foi o CAPS II, inaugurado em 2005. O aumento da demanda para este serviço determinou a necessidade da migração para a modalidade III, em 2012, ampliando as formas de cuidados para uma atenção contínua, atendimento diário, incluindo feriados e finais de semana, com retaguarda clínica e acolhimento noturno (PINHO, 2015).

Em 2011 o município foi contemplado com mais incentivos financeiros do governo federal, o que permitiu inaugurar o CAPS III Álcool e outras Drogas, ampliando a assistência para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (PINHO, 2015).

A rede especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) de Aparecida também conta com (1) CAPS III Álcool e outras Drogas Infanto-juvenil, que atende demandas relacionadas ao uso e abuso de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas, de pessoas de até 17 anos e 11 meses; (1) CAPS i (infanto-juvenil), para atendimento a crianças e adolescentes de até 17 anos e onze meses em sofrimento mental ou transtornos mentais graves e persistentes; (1) unidade ambulatorial especializada, Núcleo de Cuidados em Saúde Mental, e (1) enfermaria psiquiátrica em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A equipe multidisciplinar que compõe a rede da saúde mental de todos os CAPS do município totaliza 189 profissionais, divididos nas seguintes categorias profissionais: artes cênicas, educação física, enfermagem (nível superior e médio), farmácia, fonoaudiologia, medicina, música, odontologia, pedagogia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e os profissionais do serviço de apoio que atuam

na administração, cozinha e serviços gerais. Desses, 42 profissionais estão inseridos no CAPS III e 36 no CAPS AD III.

### 4.4 – População da pesquisa

Participaram da pesquisa 31 profissionais divididos em dois grupos, com 12 e 19 profissionais, respectivamente. Vale destacar que entre os profissionais estavam também os coordenadores dos CAPS.

Foram considerados, como critérios de inclusão, os profissionais com experiência de pelo menos três meses em serviço de saúde mental (tempo suficiente para compreender e vivenciar os processos de trabalho das unidades d saúde) e que estavam nas unidades nos horários de encontro do grupo. Foram excluídos aqueles profissionais que,, na ocasião da coleta de dados, estavam em período de férias, licença e/ou afastamento do serviço.

Os profissionais do administrativo se recusaram a participar, com a justificativa de não deixar o serviço descoberto. Não houve participação de profissionais da medicina, pois os encontros aconteceram no horário da reunião de equipe e estes não participam das mesmas devido a atendimentos agendados no mesmo horário.

Segundo Trad (2009), para a efetividade dos grupos, os participantes devem ter características semelhantes associadas ao tema central do estudo, para não interferir na percepção do assunto em foco. Assim, o estudo ocorreu apenas com os profissionais dos CAPS destinados a atender adultos, não incluindo os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

A inclusão dos coordenadores nos encontros grupais foi importante, pois são os responsáveis por coordenar e controlar todas as atividades realizadas pela equipe do CAPS, por realizar o acompanhamento de todos os casos tratados na unidade, participar da elaboração de estratégias do cuidado, além de avaliarem o processo de trabalho e funcionamento do CAPS.

### 4.5 – Aspectos ético-legais

Foram cumpridas as normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecias pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

(CEP/HC/UFG), e recebeu parecer favorável para seu desenvolvimento, com protocolo nº 1.413.964 (anexo 01), CAAE nº 52437315.6.0000.5078.

Posteriormente, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia e à Coordenação de Saúde Mental e, ao mesmo tempo, foi enviada a programação do procedimento para coleta de dados, iniciada após autorização destes órgãos.

Os participantes foram devidamente esclarecidos e firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 01), em duas vias. Foi garantido o anonimato e o sigilo das informações, sendo que os dados obtidos foram usados somente para os fins previstos no protocolo e publicação dos resultados no meio científico em acordo a Resolução 466/2012.

### 4.6 - Procedimentos para coleta de dados

No primeiro momento foi solicitada, à Coordenação Municipal de Saúde Mental, autorização para o início do estudo e a inserção da pesquisadora nos cenários, por meio de visita aos CAPS. Após autorização, foi agendado um momento na reunião de equipe com presença de todos os profissionais. Na oportunidade foi feito convite verbal a todos profissionais, além de apresentada e esclarecida a proposta do estudo. Foi solicitada a colaboração de todos, para obtenção de êxito no trabalho investigativo e, em seguida, entregue aos profissionais das unidades o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi solicitado aos profissionais decidirem um local e horário para a coleta de dados em que, preferencialmente, pudéssemos contar com a participação da maioria. Assim ficou definido que os encontros ocorreriam nos respectivos CAPS, local de trabalho dos profissionais, em horário de reunião da equipe, por ser o momento reservado para trocas dialógicas e no qual se encontravam o maior número de profissionais.

Os encontros ficaram agendados às terças-feiras no período matutino e às quartas-feiras, no período vespertino, tendo espaçamento de 15 a 21 dias de um encontro para outro em cada CAPS. A duração média foi de três horas cada encontro.

A coleta de dados foi coordenada pela pesquisadora responsável, que possuía relacionamento prévio com os participantes da pesquisa, pois atua como enfermeira no Consultório na Rua do município de Aparecida, com contato constante

com os CAPS. Para assegurar a objetividade dos grupos, o foco no tema e facilitar a interação do moderador com o grupo, além de evitar o comprometimento da análise comparativa das respostas intergrupais (GONDIM, 2003), a mesma realizou curso de capacitação em Coordenação e Dinâmica de Grupos no Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama (SOBRAP). A co-coordenação foi exercida por uma psicóloga, mestre em Saúde Coletiva, especialista em condução e desenvolvimento de grupos, que atua na Gerência de Saúde Mental do Estado de Goiás, como apoiadora institucional nos CAPS do município de Aparecida de Goiânia, e por uma enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, especialista em coordenação de grupo e que atua no CAPS infantil de Aparecida de Goiânia.

Em relação à coordenação de grupo, é fortemente sugerido haver apoio, atuando oportunamente um coordenador e um co-coordenador. É primordial que sejam capacitados para exercer papel menos diretivo e mais centrado no processo de discussão, além de terem domínio do tema em discussão (TRAD, 2009). Ressalta-se que todos envolvidos na coleta de dados possuíam experiência em saúde mental, pesquisa com grupos e condução dos mesmos.

A coleta de dados, propriamente, teve início no mês de outubro de 2016 e finalizou em abril de 2017, de forma concomitante nas unidades. A caracterização dos profissionais foi obtida a partir de um instrumento autoaplicável (anexo 02) contendo dados sociodemográficos e profissionais dos participantes, como sexo, idade, formação acadêmica, tempo de experiência, cursos e áreas de especialização ou pós-graduação, tempo de experiência na área e no CAPS, carga horária e vínculo empregatício. A obtenção dos dados qualitativos fora por meio de encontros grupais norteados pelo Ciclo Aprendizagem Vivencial (CAV).

A coleta de dados ocorreu em salas reservadas, com a presença apenas dos pesquisadores e participantes, totalizando 18 (dezoito) encontros, sendo 09 (nove) encontros com os profissionais em cada CAPS, para discussão das suas vivências relacionadas aos incidentes da segurança dos pacientes nos processos de cuidados em saúde mental. Foram oferecidas também orientações visando a capacitação sobre a temática.

Os encontros foram previamente planejados, conduzidos com técnicas grupais condizentes com a temática, com o movimento e com as características do grupo. Para registro, utilizou-se a gravação de áudios e o relato escrito em diários de

campo (durante e após o encontro). Foi selecionada a captura de imagens por meio de fotografias.

A estrutura dos encontros grupais para a coleta de dados está apresentada no quadro 01 (relação dos encontros, objetivos de cada um e estratégias utilizadas).

| Encontros | Objetivos | Estratégias desenvolvidas/ vivências |
|---|---|---|
| **Encontro 1 CAPS III**<br><br>**Encontro 1 CAPS AD III** | Investigar o conhecimento prévio dos profissionais sobre segurança do paciente. | Contrato de convivência (anexo 3).<br>Assinatura do TCLE.<br>Descrição de casos considerados como incidentes já ocorridos no ambiente de trabalho dos CAPS.<br>Os profissionais, em subgrupos, descreveram caso inusitado ocorrido no serviço, respondendo às perguntas norteadoras: O que aconteceu? Por que é inusitado? Por que aconteceu? Como aconteceu? Quem estava envolvido? O que daria para ser diferente? O que podemos fazer para que não ocorra novamente (algo que seja da governabilidade da equipes, vivenciado no contato com o usuário)?. |
| **Encontro 2 CAPS AD III**<br><br>**Encontro 2 CAPS III** | Conduzir os profissionais a refletirem sobre seu papel no contexto da prática segura em saúde mental. | Técnica do boneco vazio:<br>Em uma folha A5 havia impresso um boneco vazio. Os participantes descreveram no coração o que sentiam no trabalho sobre SP, na cabeça o que pensavam, nas mãos o que faziam e nos pés o que anseiam caminhar no trabalho. |
| **Encontro 3 CAPS III**<br><br>**Encontro 3 CAPS AD III** | Verificar o conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente com base na literatura específica. | Registro pelos profissionais do entendimento das terminologias: Segurança do Paciente, Incidentes e seus tipos, graus de dano, incidente, quase erro, evento adverso e circunstância notificável.<br>Relacionar o conhecimento com a literatura. |
| **Encontro 4 CAPS III**<br><br>**Encontro 4 CAPS AD III** | Descrever as práticas e rotinas de trabalho dos serviços de saúde mental nos CAPSvIII adulto. | Jogo da memória para retomar os conceitos discutidos no encontro anterior.<br>Descrição dos processos de trabalho dos CAPS em papel pardo, pelos profissionais. |
| **Encontro 5 CAPS III**<br><br>**Encontro 5 CAPS AD III** | Discutir o conhecimento dos profissionais sobre a base teórica relacionada à segurança do paciente. | Exposição de slides via Datashow com dados mundiais sobre incidentes e eventos adversos e gestão de riscos.<br>Discussão em grupo. |
| **Encontro 6 CAPS III**<br><br>**Encontro 6 CAPS AD III** | Identificar incidentes e situações de risco nos serviços, nos processos de trabalho/ rotina.<br><br>Classificar a frequência dos incidentes (sempre, às vezes, raramente). | Descrição dos incidentes a partir dos processos de trabalho delineados em encontro anterior, pelos profissionais.<br>• Anotações pelos profissionais, em papel cartaz com identificação por meios de filipetas, dos incidentes ocorridos ou com risco de ocorrer.<br>• Identificar as filipetas com bolas vermelhas os incidentes |

| | | |
|---|---|---|
| | | que acontecem sempre ou possui alto risco de acontecer; com a cor amarelo, os incidentes que acontecem às vezes ou com risco médio de acontecer e verde, para incidentes que acontecem raramente ou tem baixo risco de acontecer. |
| **Encontro 7 CAPS III**<br>**Encontro 7 AD III** | Levantar os fatores relacionados aos incidentes mais frequentes.<br>Orientar a construção de planos de ação para os fatores relacionados, seguindo a ferramenta 5W2H. | Roda de discussão sobre os fatores que levam a ocorrência dos incidentes ou o risco para ocorrência dos mesmos.<br>Entrega de texto explicativo sobre a ferramenta 5W2H e um quadro contendo suas perguntas norteadoras - *what* (o quê), *why* (por que), *who* (quem), *when* (quando), *where* (onde), *how* (como) *e how much* (quanto) - para que em subgrupos construam planos de ações para minimizar o risco de ocorrência de incidentes.<br>Apresentar no próximo encontro. |
| **Encontro 8 CAPS III**<br><br>**Encontro 8 CAPS AD III** | Discutir e apresentar o plano de ação para prevenção de fatores relacionados aos incidentes no contexto do serviço nos CAPS. | Os subgrupos apresentarão em roda de conversa os planos de ações e em grupo:<br>• Classificarão os incidentes identificados segundo terminologias aprendidas em encontros anteriores;<br>• Diferenciarão o que é fator relacionado e o que é incidente.<br>Discussão da importância de notificar. |
| **Encontro 9 CAPS III**<br><br>**Encontro 9 CAPS AD III** | Avaliar o processo de vivência e aprendizagem construída.<br>Refletir sobre onde e como estão enquanto profissionais, enquanto equipe e enquanto serviços de saúde mental e a segurança do paciente nesse contexto.<br>Avaliar a atuação dos facilitadores na construção do conhecimento e dos encontros. | Em grupo construir a árvore da competência do cuidado seguro no CAPS:<br>• Conhecimentos construídos e os necessários para atuar;<br>• Habilidade que necessita como e onde desenvolver;<br>• Atitudes necessárias;<br>Registro da avaliação dos encontros em folha de papel cartaz semelhante a um semáforo.<br>• Na frente do sinal vermelho ao lado da frase “que pena”, anotar algo não satisfatório que ocorreu em relação aos encontros;<br>• Na frente do sinal amarelo, com a frase “que tal, anotar sugestão para melhorias dos encontros. Na frente do sinal verde, com a frase “que bom”, deverá anotar algo que ocorreu de satisfatório em relação aos encontros. |

**Quadro 01:** Estrutura operacional dos encontros: objetivo e estratégia/vivência. Aparecida de Goiânia, 2017.

Em cada encontro vivenciamos as quatro (4) fases do CAV, iniciando com uma técnica em grupo, em seguida análise de como foi vivenciar a técnica, seguida por teorização do momento, findando na conexão com as práticas no trabalho, até mesmo em outros contextos da vida.

### 4.7 - Análise de dados

Na apresentação dos dados, para fins de garantir o anonimato, os sujeitos da pesquisa foram identificados pela letra “P” referente à profissional, seguida de números, de acordo com a ordem das falas em cada encontro.

Os dados transcritos dos áudios gravados nos encontros foram submetidos à análise de conteúdo, orientada por Bardin (2010), organizada em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados.

A pré-análise é o momento de organizar os dados e realizar o conhecimento desses por meio de leitura. A seguir, a exploração do material é a fase de efetuar as operações de codificação dos dados e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativamente validados (BARDIN, 2010).

O processo de pré-análise e exploração do material foi realizado com o auxílio do *software* de análise qualitativa (ATLAS ti 6.1), que viabilizou a organização do material, proveniente das transcrições, ao codificá-los (*codes*), permitindo visualizar os resultados em categorias (*families*) estabelecidas durante a análise e possibilitou o agrupamento dos códigos e categorias em redes (*network*). Os *codes* identificam, dentro do material transcrito, as *quotations*, que são os trechos dos relatos que apresentam o *code* definido.

Os dados foram organizados pela pesquisadora em três categorias temáticas derivadas dos dados: Conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente; Sistematizando a compreensão da equipe técnica sobre cuidado seguro; e  Estratégias para promoção da segurança no cuidado.

Após categorização e análise temática dos dados, os resultados foram confrontados com dados validados na literatura científica.

# 5 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor compreensão da representação do grupo, inicialmente apresentaremos as características sociodemográficas e profissionais da equipe técnica dos CAPS adulto e AD, participantes deste estudo.

No segundo momento, apresentaremos os resultados e discussão dos encontros grupais ocorridos nos CAPS, mediados pelo CAV, que foram divididos em três categorias temáticas e subcategorias, demonstradas abaixo.

- Conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente.
- Incidentes e situações de riscos vivenciadas pelos profissionais da equipe.
- Estratégias e avaliação do processo educativo para promoção da segurança no cuidado.

### 5.1 - Características dos Participantes

Dos 31 profissionais das equipes dos CAPS, 21 (67,7%) são do sexo feminino e 10 (32,2%) do sexo masculino.

A idade dos participantes oscilou entre 23 e 65 anos, com predominância de 41,2% na faixa etária de 23 e 30 anos.

Quanto à escolaridade, 29 (93,5%) possuem curso superior completo e dois (6,4%) curso de técnico em enfermagem (ambos estão cursando graduação, sendo um em enfermagem e o outro em gestão hospitalar).

A formação profissional dos participantes da equipe é diversificada, 06 (20,6%) são Psicólogas, 06 (20,7%) Assistentes Sociais, 04 (13,8%) Enfermeiros, 03 (10,3%) Pedagogos, 02 (6,9%) Terapeuta Ocupacional, 02 (6,9%) Farmacêutico, 02 (6,9%) Musicoterapeuta, 02 (6,9%) Educador Físico, 01 (3,5%) Fisioterapeuta e 01 (3,5%) formada em Ciências Econômicas. Esse último profissional possui formação técnica em enfermagem e exerce essa função neste CAPS.

O tempo de conclusão do curso de graduação da equipe variou entre 01 e 21 anos, 10 (34,5%) profissionais concluíram o curso há cinco anos, 09 (31%) entre seis e 10 anos, 06 (20,7%) entre 11 e 15 anos e 04 (13,8%) há mais de 15 anos.

Com relação aos profissionais graduados, 22 (75,86%) fizeram algum curso de pós-graduação, destacando-se 20 profissionais na modalidade *lato sensu*, 19 (86,36%) na área de Saúde Mental, dois nas áreas de

Psicopedagogia e Vigilância Sanitária Farmacêutica. Dois cursaram mestrado em Enfermagem.

Em relação ao tempo de atuação em saúde mental, 03 (9,7%) profissionais possuem menos de dois anos, 19 (61,3%) de dois a quatro anos, 07 (22,6%) de cinco a nove anos, e 02 (6,4%) com 10 a 15 anos de prática em saúde mental.

Nos CAPS onde trabalham atualmente, 10 (32,3%) profissionais têm menos de um ano, 18 (58%) de dois a quatro anos e 03 (9,7%) de cinco a sete anos.

Quanto ao tipo de vínculo empregatício nos CAPS, 09 (29%) profissionais são concursados, 06 (19,35%) são comissionados e 16 (51,62%) são contratados por prestação de serviço.

O contrato de prestação de serviço ou credenciamento é considerado o vínculo de trabalho mais precário, pois não oferece direito a férias, 13º salário e não são aceitos atestados médicos. Os comissionados, apesar da instabilidade pela renovação de contrato a cada 12 meses, possuem direitos trabalhistas como férias, 13º salário e atestados médicos.

A carga horária dos profissionais variou de 30 a 40 horas semanais, 20 deles (64,52%) trabalham 30 horas e 11 (35,48%), 40 horas semanais.

O salário bruto dos profissionais variou de R$1.000 a R$ 5.300; sendo que 15 (48,38%) recebiam entre R$1000,00 e R$ 2,165,00; 08 (25,8%) entre R$ 2.200,00 e R$ 2.800,00; 05 (16,3%) entre R$ 3000,00 e R$ 3.500,00; 02 (6,45%) R$ 5.300,00 e um (3%) não relatou seu salário. O salário mínimo vigente em 2016, período da coleta de dados, era R$ 880,00. A maioria dos participantes recebiam menos de 2,5 salários mínimos/mensal (equivalente a R$2.200,00), apesar de 93,55% possuírem nível superior e 6,45% serem de nível técnico. Ressalta-se que, mesmo para o profissional técnico em enfermagem, essa média salarial é considerada baixa.

Nota-se a desvalorização profissional, evidenciada pelo quantitativo de vínculos precários de trabalho e baixos salários. A maioria (67, 75%) (n=21) dos participantes possui outro vínculo empregatício, para complementação de renda.

### 5.2 Categorias temáticas

A figura abaixo é uma explanação das categorias temáticas que emergiram no estudo.

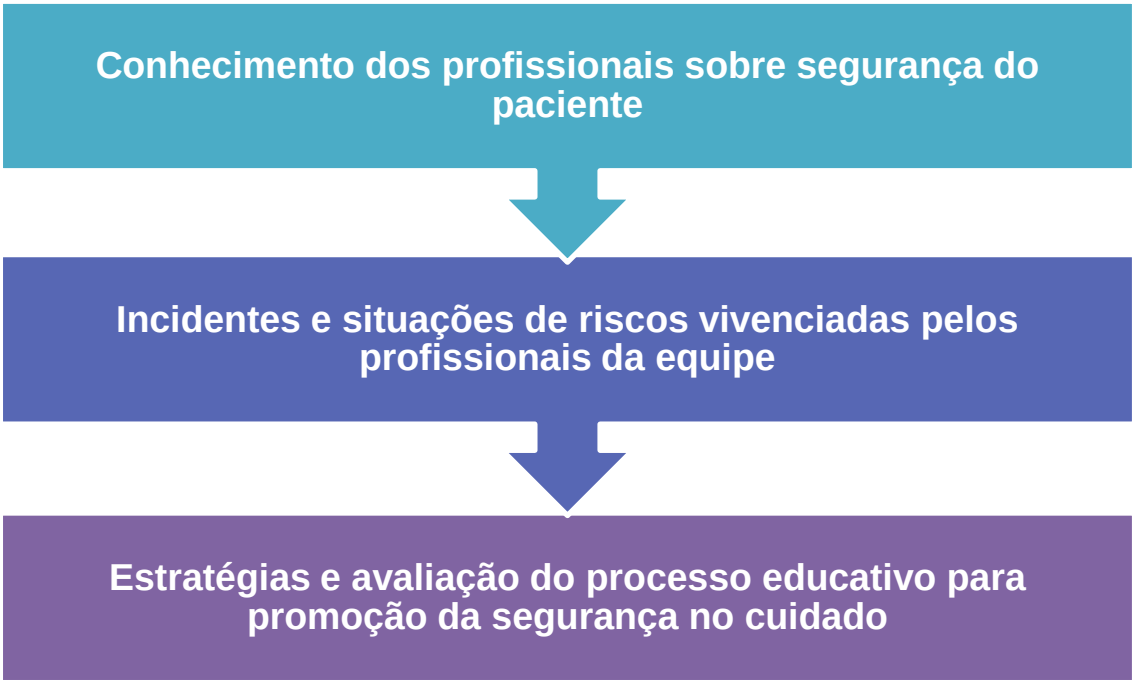



**Figura 02.** Fluxograma das Categorias Temáticas. Goiânia, 2019.

#### 5.2.1 Conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente

Esta categoria tem como finalidade identificar as informações dos profissionais sobre aspectos gerais relacionados à temática Segurança do Paciente, no contexto da sua prática assistencial nos CAPS, vivenciados nos dois primeiros encontros.

O primeiro encontro elucidou os objetivos do processo educativo junto aos profissionais (capacitar profissionais que prestam atendimento aos usuários dos CAPS III adulto, do município de Aparecida de Goiânia, para a identificação e monitoramento dos incidentes relacionados à segurança do paciente; sensibilizar quanto à adoção de condutas preventivas dos incidentes nos serviços). Em seguida passamos para a construção do contrato de convivência (Anexo 03), momento em que foi estabelecido pelo grupo o que era esperado, o que não esperava que acontecesse e como poderia contribuir

para garantir o bom desenvolvimento do processo em grupo. Então, iniciamos o processo investigativo sobre as vivências da equipe sobre aspectos gerais da segurança dos pacientes atendidos nos CAPS, concomitante com o processo educativo.

Durante a sessão vivencial e para processar as informações, a equipe multiprofissional foi instigada a relatar seus entendimentos sobre o tema, iniciando as considerações sobre o significado das terminologias específicas, considerando a taxonomia da Classificação Internacional para Segurança do Paciente – CISP da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009)

Conforme a CISP, os termos são: segurança do paciente, incidente, evento adverso, dano, *near miss* e circunstância notificável (anexo 04). A segurança do paciente está descrita na literatura como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado em saúde (WHO, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

No contexto dos CAPS, a segurança do paciente foi manifestada com relação às ações de segurança, no tocante aos aspectos relacionados à administração de medicação, à estrutura física e à

proteção contra violências, descrita como medidas de prevenção de riscos e de profilaxia. Assim, segurança do paciente é compreendida pelos profissionais da equipe como:

> *"Medidas profiláticas na rotina do serviço. Quando se consegue avaliar e perceber os possíveis riscos no serviço. Como exemplo é quando está acolhido e medicado na unidade."* (P2 - CAPS AD III)

> *"Quando se consegue avaliar e perceber os possíveis riscos no serviço e buscar prevenir para que ele não aconteça".* (P12 - CAPS AD III)

O entendimento sobre segurança do paciente também é relacionado por alguns profissionais como promoção de ambiente seguro e acolhedor, que favoreça a adesão ao plano terapêutico por todos os usuários sem distinção.

> *"Quando o usuário se vê assistido pela equipe, ele se sente seguro aqui dentro. Principalmente aquele que está em situação de rua, no horário dele ir embora, ele já fica pensando: Ah, o que eu vou enfrentar lá fora."* (P7 - CAPS AD III)

> *"Olhar atento a todos pacientes, não restringindo ao usuário que dispensa mais atenção, promovendo ambiente acolhedor."* (P4 - CAPS III)

> *"Pensar no ambiente, por exemplo, a rampa, os banheiros, os quartos, os vidros, piscina, a questão de ir embora sozinho. Cada coisa que ofereça risco não oferece segurança, tem que prevenir."* (P1 - CAPS III)

> *"O cuidado que a equipe dispensa para que haja melhor adesão ao Projeto Terapêutico Singular."* (P10 - CAPS III)

Em consonância, os profissionais do serviço que atendem as demandas relacionadas a transtornos mentais graves e persistentes compreendem a segurança do paciente mais no aspecto atitudinal, direcionado à atenção psicológica, que os aspectos biológicos.

> *"Segurança do paciente é um olhar ao paciente e estar mais junto, quanto mais acolher, o ambiente vai se tornar mais seguro para essa pessoa. Às vezes a casa dele não é um ambiente seguro, mas quando ele vem aqui se sente a salvo, se sente amparado. Então ele sente uma segurança no local. É nesse sentido que a gente estava pensando."* (P7 - CAPS III)

O acolhimento do paciente é um aspecto importante que, certamente, promove maior segurança ao usuário que busca atendimento em saúde de modo geral e especialmente em saúde mental. Os cuidados prestados aos pacientes estão intimamente ligados à compreensão acerca da segurança do paciente como uma dimensão da qualidade em saúde. Somente assim, o cuidado seguro será desenvolvido e disseminado apropriadamente, para garantir maior impacto na assistência (D'LIMA et al, 2017).

Outro fator importante ao olhar dos profissionais foi a segurança da equipe. Devido a convivência com usuários de drogas ilícitas e alcoolismo, é constante o temor dos profissionais por envolvimento com atitudes violentas, visto que grande parte dos usuários do serviço tem em seu histórico vivências de agressões e/ou possuem questões judiciais, como demonstradas nas seguintes falas.

> *"Estar assistido pela equipe na unidade. Principalmente aquele usuário em situação de rua, o portão é segurança para ele, aqui ele não é agredido."* (P3 - CAPS AD III)

> *"É quando tem segurança na unidade, estamos sem guarda. Como é que em uma unidade de saúde onde tem várias pessoas que tem criminalidade, ficam duas pessoas, geralmente mulheres, a noite toda e tem oito homens?"* (P9 - CAPS AD III)

As unidades que prestam assistência em áreas de captação precárias, caracterizadas pela pobreza, uso de substâncias ilícitas e violência, provavelmente têm mais riscos de incidentes devido a desproteção social, inclusive com casos de violência (BRICKELL et al, 2009).

O entendimento da palavra segurança tem ampla abrangência, indo além do contexto da saúde. Os profissionais relatam a importância de sentirem-se seguros para promoverem a proteção aos usuários, pois dificilmente poderão oferecer um cuidado seguro se o próprio profissional não se sentir protegido no serviço onde atua.

> *"A gente está em um lugar com pessoas com transtorno mental, com surto psicótico e faz uso de drogas. Isso é um local que não tem segurança, eu acho que isso deveria ser bastante estudado."* (P2 - CAPS AD III)

O relato abaixo demonstra a insegurança dos profissionais relacionada ao local de trabalho, em decorrência de antecedentes de criminalidade dos usuários a quem prestam assistência em saúde:

> *"Por que é um local onde tem criminoso, onde tem paciente que pode vir a surtar a qualquer momento, a maioria dos pacientes aqui tem transtorno associado. Então a gente precisa, para ficar mais seguro aqui (...) nos sentir amparados e o medo é totalmente relacionado a essa segurança. Segurança do paciente é oposto a essa situação".* (P1 - CAPS AD III)

A segurança do paciente e do profissional interagem de formas complexas e importantes, pois, geralmente, há sobreposição nos tipos de preocupações de segurança e nos fatores que aumentam os riscos para a ocorrência de incidentes, para ambos os grupos (LANG; EDWARDS, 2006; BRICKELL et al, 2009).

O aspecto de segurança relacionada à violência na área da saúde mental recebeu atenção considerável. Os usuários dos serviços de saúde

mental são um grupo particularmente vulnerável aos danos associados à agressão e violência, como perpetradores, testemunhas e vítimas (NPSA, 2006). Embora a maioria dos usuários dos serviços de saúde mental não apresente risco de dano às pessoas e profissionais, existe uma frequente associação entre doença mental e risco de violência, evidenciada por vários estudos de larga escala em adultos (BRICKELL et al, 2009; PESCOSOLIDO et al, 2010; PELUSO e BLAY, 2011; POZUECO et al ,2015; ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

O Relatório sobre auditoria em violência, realizado pelo Royal College of Psychiatrists (2005), em Londres, demonstrou que 75% dos pacientes estavam satisfeitos com a maneira que o comportamento ameaçador e violento entre os pacientes eram geridos pelos profissionais de saúde. No entanto, a satisfação caiu para 63% quando os pacientes foram questionados se pensavam que os profissionais lidam bem com comportamentos ameaçadores e violentos contra eles (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2005).

Os próprios profissionais demonstram, em suas falas, receios e identificam em seus comportamentos despreparo diante de situações que desencadeiam atitudes violentas nos usuários dos serviços. O medo, nesse instante, atua como fator de proteção aos profissionais, mas também limita o contato e o manejo de tais situações. A alta rotatividade e a contratação de pessoal recém-qualificado para atuar com usuários de serviços de saúde mental são problemas que potencializam a dificuldade dos profissionais em lidar com violência (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2005; PAULA et al*,* 2017).

É necessário que os dirigentes do setor invistam em recursos materiais e nos profissionais, visando a preparação dos trabalhadores para atuarem na prevenção da violência, o que pode ser feito mediante o acolhimento empático do usuário e da família em seu sofrimento, proporcionando informações claras sobre a rotina, sobre seus direitos e sobre a relevância da participação de todos no tratamento (PAULA et al*,* 2017).

Construir o adequado entendimento dos profissionais com relação à segurança do paciente é um aspecto facilitador para promoção de melhorias na maneira de cuidar nos CAPS, como embasar o profissional para que este saiba

reconhecer riscos de incidentes, e de ocasiões que envolvam ou não a violência, para preveni-los.

Incidentes são as circunstâncias ou eventos não esperados, decorrentes do cuidado prestado e não associados à doença de base, que podem resultar ou resulta em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009; MINISTÉRIO DA SAUDE, 2013a).

Os profissionais consideram incidentes algo inesperado e imprevisível, com potencial negativo e que, caso ele ocorra, pode ser que não interfira nos resultados esperados.

> *"Situação inesperada, imprevisível, tem potencial negativo, mas não precisa de fato concretizar, essa negatividade. Um acontecimento inesperado."* (P7 - CAPS III)

Um profissional exemplifica, a partir do relato de um caso de incidente de cunho pessoal, descrito como:

> *"Situação negativa, porque pode ocasionar um dano, mas não tira o objetivo final, ou seja, um acontecimento em meio a uma trajetória, ele não altera os resultados esperados, é um incidente. Exemplo, eu me arrumo para sair, derrama um café na minha camisa, foi um incidente. Aquilo não vai alterar a minha vontade de sair, vou trocar minha camisa e vou sair. Teve um potencial negativo, mas não me tirou do meu objetivo final."* (P1 - CAPS AD III)

Os incidentes são multifatoriais e têm influência negativa sobre os cuidados em saúde (WHO, 2009). Desse modo, percebe-se a compreensão adequada e até a projeção para ocasiões do cotidiano, como no exemplo discorrido por P1, em que o incidente "derramar café na camisa" não impede a pessoa de sair, porém gera desconforto, atraso, dentre outros prejuízos.

Fatores que contribuem para os incidentes e que envolvem a segurança do paciente podem ser categorizados de diferentes formas. Uma delas é como decorrente de fatores individuais (erro humano) e de fatores sistêmicos (ambiente físico, heterogeneidade dos pacientes, disponibilidade de atividades e políticas e procedimentos) (REASON, 2000).

Na abordagem do sistema, entende-se que os seres humanos são falíveis e os erros são vistos como consequências e não causas, tendo sua origem em fatores sistêmicos decorrentes da organização e estrutura do

serviço, não apenas com foco no ser humano. Assim, a premissa é modificar as condições em que os seres humanos trabalham, projetando uma defesa do sistema com barreiras. Quando um incidente ocorre, a questão primordial não é quem errou, mas como e porquê as defesas falharam. Na abordagem individual, culpam-se os indivíduos pela segurança do paciente, inclusive os próprios pacientes, por se envolverem em comportamentos de risco; ou os prestadores de cuidados de saúde, por desatenção, esquecimento, baixa motivação, negligência e imprudência. Concentrar-se em fatores individuais é um pensamento antigo e generalizado, que resulta em soluções no âmbito individual, impossibilitando pensar e resolver a questão de forma sistêmica (REASON, 2000; BRICKELL et al, 2009).

Na discussão sobre responsabilização, os profissionais participantes do presente estudo exemplificaram incidentes nos CAPS e relacionaram os fatores causais aos usuários, afastando a responsabilidade profissional e do sistema.

> *"Se uma pessoa atender um usuário sozinho, o risco de acontecer um dano à pessoa é maior para o profissional, mas se atender mais de um, não. O objetivo foi fazer o atendimento, o incidente foi a agressividade do usuário. Desde que estou aqui, isso não aconteceu, mas eu só estou dando o exemplo."* (P2 - CAPS AD III)

> *"Algo que acontece na unidade que foge da rotina, onde a segurança no serviço é colocada em risco. Exemplo é um usuário em crise que adentrou na unidade e danificou o patrimônio público."* (P7 - CAPS III)

É importante refletir continuamente junto aos profissionais a responsabilização do cuidado seguro, no contexto organizacional em que estão inseridos.

Não se trata de balancear sistemas contra responsabilidade individual. Em vez disso, sua natureza cíclica precisa ser reconhecida, levando em conta a concepção de responsabilização (AVELING et al, 2015). Os profissionais são peças-chave na busca pela segurança, em um cenário cada vez mais complexo e dinâmico. Cabe a eles buscar, continuamente, conhecimentos técnico-científicos que embasem a tomada de decisões em sua prática, provendo um cuidado livre de danos (FERNANDES et al, 2014).

Dentre os relatos percebemos situações de crise do usuário e entende-se que, se tratando de serviços especializados em saúde mental, momentos de crises, surtos e agressividade são esperados. No contexto da prática em saúde mental, é importante a assistência na perspectiva de prevenção da crise. Ao perceber a manifestação de sinais pelo usuário, deve-se agir sobre eles, impedindo a sua evolução e visando a estabilização do quadro clínico a fim de reduzir os danos ao mínimo aceitável (MARTINS, 2017).

A crise do paciente é uma manifestação esperada pelos profissionais, no entanto, não significa que a atuação diante da crise será consciente e assertiva. Com isso, o incidente é decorrente do manejo do surto de forma inadequada ou ausência de medidas preventivas deste, resultando em exacerbação do quadro clínico do paciente e tendo como consequências reações agressivas, danos ao profissional, ao paciente e até mesmo ao patrimônio público.

O relato a seguir é esclarecedor:

> *"Tomo muito cuidado, porque a gente sabe que lida com o sofrimento e a gente sabe que tem os momentos de crise. Eu, por exemplo, em uma situação dessas (crise) não saberia como agir, sinceramente, e não é uma dúvida só nossa, já vi relatos em outros espaços dessa questão da agressão."* (P12 - CAPS III)

Uma abordagem sem crítica sobre os erros pode falhar em reconhecer variações no tipo e no escopo de oportunidades para os indivíduos afirmarem sua responsabilidade.

Atitude individual é um requisito ético do profissional e um meio para modificar os próprios sistemas. Espera-se que exista capacidade de impor medidas contra as falhas previsíveis, sendo uma característica importante de qualquer sistema de responsabilização que funcione bem. Contudo, o exercício legítimo e eficaz desta capacidade depende de uma infraestrutura institucional previsível, justa e eficaz, com consequências proporcionais e alinhamento dos valores e processos de responsabilização (AVELING et al, 2015).

A avaliação do risco de segurança do paciente em saúde mental deve ser uma abordagem proativa para reduzir incidentes de segurança, tão importante quanto as abordagens reativas, como as análise de incidentes (BRICKELL et al, 2009).

Com o intuito de tornar o cuidado seguro, faz-se necessário realizar gestão de riscos, que objetiva a precoce identificação de erros potenciais, para que maneiras efetivas de evitá-los possam ser implementadas. Há necessidade de garantir que, nos processos de trabalho da organização, seja previsto a prevenção, detecção, registro e correção de deficiências por meio de estratégias para a mudança na cultura na detecção das falhas, subsidiando os profissionais na prevenção de erros futuros, por meio de medidas que garantam a qualidade dos processos executados (FERNANDES et al, 2014).

Adotar a abordagem do sistema significa, primeiramente, admitir que todos os seres humanos são passíveis de erros. A partir desse pensamento, as ações para tornar o cuidado seguro devem ser voltadas às mudanças no sistema de trabalho dos profissionais, já que a essência falível do ser humano não pode ser mudada. Assim, é preciso que os profissionais e gestores em saúde tomem ciência de tal pensamento e percebam que a partir deles a mudança pode começar (FERNANDES et al, 2014; VANTIL et al, 2018).

Ao relatar a ocorrência do incidente como uma escolha do usuário, o profissional demonstra um entendimento controverso ao esperado, conforme a terminologia e epistemologia da segurança do paciente.

> *"Um usuário que sai de casa, para chegar aqui sóbrio, fuma um cigarro de maconha, por exemplo, ele sabe que o que ele está fazendo está errado, ele sabe que não devia ter feito o incidente, mas ele fez."* (P11 - CAPS AD III)

O desconhecimento da complexidade dos incidentes, bem como sua relação com o sistema organizacional dos serviços de saúde é um fator demonstrativo da falta de conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente. No entanto, pode estar correlacionado ao fato que 60% dos participantes concluíram sua formação há mais de 6 anos, antes da publicação da Portaria 529/2013.

Para estabelecer práticas seguras, é fundamental uma mudança cultural sistêmica. Portanto, deve haver uma transformação comportamental dos profissionais direcionada para a busca de conhecimento, com o intuito de desenvolver uma cultura de segurança, pois são as suas ações que

influenciam diretamente na forma de organização do trabalho e na gestão organizacional (VIEIRA; JUNIOR; SILVA, 2014).

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma ferramenta essencial para desenvolver o conhecimento necessário para práticas seguras. Para a efetividade dos processos educacionais, torna-se importante considerar as características particulares da realidade epidemiológica e aquelas específicas para os cuidados prestados nas unidades, estimando as necessidades do profissional (CUADROS et al, 2017).

Durante a realização dos encontros grupais, foi evidenciada a necessidade latente de promover o reconhecimento da responsabilização dos profissionais nas ocorrências dos diversos tipos de incidentes, para então haver mudança comportamental e envolvimento nos aspectos relacionados ao sistema organizacional, no intuito de promover a segurança do paciente, minimizando ocorrência de incidentes.

Outro ponto de equívoco identificado está relacionado ao conhecimento sobre eventos adversos, que são os incidentes que causam danos ao paciente.

Os relatos mostram que os profissionais não têm clareza sobre a sua definição e exemplificam com vivências relacionadas à administração de medicação:

> *"O evento adverso é algo que você espera que vai acontecer, tem um efeito adverso de um medicamento, é aquilo que você espera que aconteça, nem sempre se aplica, mas você sabe que pode vir a acontecer."* (P14 - CAPS III)

> *"Você sabe que o indivíduo pode ter uma reação alérgica. Já teve caso que três pacientes tiveram reação adversa, mas algo que a gente já esperava, algum pode ter."* (P7 - CAPS AD III)

O evento adverso a medicamento (EAM) abrange a reação adversa a medicamentos (RAM) e o erro de medicação (ROMMERS; TEEEPE-TWISS; GUCHELAARI, 2007).

A reação adversa ao medicamento é definida como qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, de um produto farmacêutico, que ocorre nas doses usualmente empregadas para profilaxia, diagnóstico ou terapia de doenças, relacionada às propriedades farmacológicas do medicamento. No conceito de RAM, observa-se a existência de uma relação

causal entre o uso do medicamento e a ocorrência do problema, considerada um tipo de evento adverso (WHO, 2002).

O erro de medicação é um dos mais frequentes tipos de EA, que pode ocorrer em qualquer etapa do sistema de medicação, como na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, e ser cometido por qualquer profissional da equipe, tendo como característica o fato de poder ser evitado, (WHO, 2002; ROMMERS; TEEEPE-TWISS; GUCHELAARI, 2007; TANG et al, 2007).

Para além do processo alérgico ao uso de medicação, os profissionais precisam estar atentos aos EA decorrentes da interação medicamentosa, e ter conhecimento básico dos responsáveis por prescrever e administrar os medicamentos.

Para a coadministração de medicamentos, faz-se necessária uma gestão de risco adequada, afim de evitar reações adversas e ineficácia terapêutica. É importante conhecer os medicamentos utilizados com maior frequência e, dentre estes, os que apresentam maior risco (ANDRADE et al, 2016b).

Os profissionais compreenderam de modos diferentes ocasiões que envolvem incidentes do tipo circunstância notificável, incidente com potencial de dano ou lesão e EA que causou o dano.

> *"Se você deixar uma tesoura em cima da mesa, pode ser que ninguém venha a pegar, mas pode ser que alguém pegue e vem o conflito. Ou seja, evento adverso é algo que você planejou e que aconteceu de forma diferente."* (P12 - CAPS III)

Os relatos abaixo são manifestados e evidenciam a definição de EA:

> *"Situação que pode comprometer a estabilidade do usuário e da equipe, não está planejada e acontece, na qual a segurança no serviço é colocada em risco. Por exemplo, agressão física ou verbal, tentativa de suicídio, falecimento de usuário dentro da unidade, usuário adentra na unidade, abuso sexual, tudo isso já aconteceu aqui dentro."* (P15 - CAPS III)

> *"É uma situação inesperada do plano terapêutico, que gera um dano. Por exemplo, a gente está aqui e o teto caiu, é um evento adverso. Alguém poderia estar passando por baixo, e não necessariamente, um paciente"* (P4 - CAPS III)

> *"São eventos que podem acontecer ou não, mas eu tenho como prever e trabalhar preventivamente para que eles não ocorram. Situação em que um determinado instrumento que eu sei que remete a conteúdos dele e que vai levar a uma crise de abstinência na hora, como já aconteceu, sabendo disso não vou levar aquele instrumento, ou aquela música, vou trabalhar com outras coisas."* (P7 - CAPS AD III)

A Portaria que regulamenta o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) conceitua dano como comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Neste exemplo, os participantes se referem à EA como dano patrimonial, físico, psicológico e nas relações interpessoais, que influenciam na continuidade do tratamento, gerando perdas para o usuário e para a equipe, que podem ser preveníveis, o que corrobora com a narrativa relacionada a medidas preventivas no contexto da segurança do paciente.

O dano se refere aos agravamentos decorrentes da estrutura ou função do corpo, podendo ser físico, social ou psicológico. Pode ser decorrente de planos ou ações realizadas durante o cuidado (WHO, 2009).

A segurança dos pacientes necessita ser tratada, nos diversos tipos de instituições de saúde, como uma prioridade, de modo a prevenir a ocorrência de eventos adversos, principalmente diante da constatação de sua característica evitável. A prevenção do EA pode ser reforçada diante de um trabalho de gestão voltado para a utilização de instrumentos de monitorização e avaliação das causas desses eventos, com perspectivas de se desenvolver, institucionalmente, a cultura de segurança do paciente, reduzindo ocorrência de danos (TOBIAS et al, 2016).

A perda de vínculo com o serviço de saúde é destacada pelos profissionais como um dano com risco de agravamento, pois referem-se à ocorrência de incidentes que podem levar o usuário a se distanciar da unidade e consequentemente do tratamento.

> *"Dano é quando há perda física, nas relações, no patrimônio ou no tratamento."* (P7 - CAPS III)

> *"Dano é a consequência de algo que não pode ser evitado, é algo fora do controle."* (P11 - CAPS III)

> *"Consequência de um evento que colocou em risco a segurança do usuário e do trabalhador, que comprometeu o planejamento terapêutico de saúde. Por exemplo, o usuário se distancia do tratamento, seja por motivos pessoais ou algo que aconteceu na unidade. Às vezes isso pode acontecer por parte do próprio usuário ou de algo que a gente deixou de fazer na unidade, têm esses dois lados e é por isso que foge do nosso controle. Tem muito isso de o usuário achar que melhorou um pouco e acha que não precisa mais e quando volta depois de três, quatro meses, um ano está aqui de novo."* (P9 - CAPS III)

> *"Uma usuária acabou de fugir do acolhimento noturno, eu acho que ela já comprometeu o tratamento dela todo. Ela já feriu o objetivo dela que era ficar os 14 dias, isso é um dano."* (P1 - CAPS AD III)

> *"Danos, por exemplo, são agressões, recaídas, confrontos entre usuários."* (P10 - CAPS AD III)

Os profissionais compreendem o dano como algo negativo, porém, neste aspecto, não relacionam diretamente ao cuidado e, novamente, afastam a responsabilidade do serviço e do profissional. Os danos na perspectiva da SP estão ligados ao cuidado que são evitáveis.

Em exemplo relatado por profissional é percebida a contradição ao referir que "[dano] *pode acontecer por algo que a gente deixou de fazer na unidade" e "é por isso que foge do nosso controle".* Se considerarmos que foi por algo que poderia ter sido feito na unidade, por parte dos profissionais, está sob o controle dos mesmos, assim é responsabilidade da instituição e da equipe controlar as situações do cuidado, para que este seja seguro e não acarrete dano desnecessário.

No relato do P1 do CAPS AD III, "*usuária acabou de fugir"*, destaca-se equívoco sobre a compreensão de acolhimento noturno, que dá o direito do usuário deixar a unidade voluntariamente a qualquer momento. A não adesão ao tratamento pode estar relacionada à fragilidade ou ausência de pactuação na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em que o usuário deve ser corresponsável pelo cuidado, cabendo a ele o protagonismo das decisões, desde que bem orientado.

A não adesão também pode estar ligada a propostas de cuidado padronizadas no serviço, estando de acordo com a oferta de atividades

terapêuticas como um “cardápio” pronto, pouco atrativo, que o usuário pode/deve fazer sem observação e atendimento às necessidades e vontades dele naquele momento.

Dentre as barreiras percebidas pelos usuários para adesão ao tratamento, destaca-se a falta de iniciativa dos usuários em questionar os profissionais, não colocando seu protagonismo no cuidado. Esses aspectos refletem a hegemonia do modelo de atenção à saúde biomédica, em que os profissionais, detentores de conhecimento, estabelecem uma relação vertical com seus “pacientes”, sem espaço para indagações e coparticipação na definição do PTS (NICOLINO et al, 2011).

Estudo realizado em um CAPS AD no Piauí relatou, de uma amostra de 227 prontuários, que 56,8% (n=129) usuários abandonaram o tratamento, concluindo que a adesão ainda não foi alcançada em sua maioria e, entre aqueles que continuaram o tratamento, a adesão foi considerada boa, permanecendo em tratamento por um período superior a seis meses (MONTEIRO *et al*, 2011). Estudo em CAPS AD no Rio Grande do Sul apontou que a maioria (60%) dos usuários do serviço estava em situação de abandono do tratamento (DIAS et al, 2015).

Esse cenário também é vivenciado internacionalmente, pois se estima que entre 20% e 70% dos indivíduos que iniciam o tratamento psicossocial não o concluem. A não adesão ao tratamento psicossocial é um importante problema de saúde pública, que apresenta uma barreira à recuperação e ao tratamento efetivo. Mesmo assim, a adesão ao tratamento psicossocial recebeu muito menos atenção científica, em comparação a adesão ao tratamento médico (GEARING et al, 2014).

A não adesão ao tratamento é responsável por diversos prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares, os quais se relacionam ao agravamento do transtorno, desgaste familiar, internações evitáveis e aumento no custo dos cuidados de saúde. Os serviços e profissionais devem ampliar a compreensão da complexidade envolvida na atitude de abandonar o tratamento, que deve estar presente nos processos de educação em saúde dos pacientes e familiares. Assim, os pacientes podem tomar suas próprias decisões, conscientes de sua suscetibilidade às crises e da possibilidade de perdas e limitações nas diferentes esferas de seu cotidiano, quando a adesão não

ocorre (NICOLINO et al, 2011). Os profissionais também devem reforçar os aspectos positivos percebidos na evolução do PTS, como medida de incentivo e validação dos benefícios do cuidado corresponsável.

Indivíduos com baixa escolaridade, baixa renda e baixa motivação para o tratamento apresentaram maior risco de abandono do tratamento (LEITE et al, 2018), sendo este o perfil sociodemográfico da grande maioria dos usuários dos CAPS, aspecto que também pode ser abordado no sentido da segurança do paciente, se considerarmos que o acesso a informações e à educação em saúde pode ser promovido pelos profissionais, podendo melhorar o índice de adesão ao tratamento e até a condição de protagonizar seu próprio processo terapêutico.

São múltiplos os fatores que interferem na adesão do usuário ao tratamento no CAPS. O abandono advém de um contexto amplo, não limitado apenas aos usuários ou às práticas profissionais. Relaciona-se a fatores como viagem, conseguir emprego, recaída para uso de drogas, condição financeira ou problemas emocionais (FRANÇA, 2014). Ferreira et al (2015), categorizaram os fatores que levam ao abandono entre aspectos considerados intrínsecos e extrínsecos.

Aspectos intrínsecos aos usuários representam a ideia ilusória de que apenas os medicamentos ocasionam a reabilitação, a motivação individual para a mudança comportamental e para o tratamento. Enquanto os fatores extrínsecos aos usuários são as condições socioeconômicas que influenciam no ambiente social, nas condições laborais; a influência do serviço relacionada ao acolhimento, ao vínculo entre profissional e paciente, à infraestrutura e a falta de capacitação dos profissionais de saúde, além da influência familiar relacionada ao apoio e a participação dos familiares no tratamento e nas mudanças de estilos de vida (FERREIRA et al, 2015).

Os problemas na área de saúde mental afeta os âmbitos familiar, profissional e social. Diante disto, o plano de cuidados do usuário deve prever ações terapêuticas, atendendo todos estes âmbitos. Trabalhar, quando necessário, na perspectiva de busca ativa, minimizando os danos decorrentes da interrupção do tratamento, acolhendo o usuário em seu contexto e especificidades.

No CAPS III, em que são atendidas pessoas portadoras de transtornos, os usuários por vezes estão instáveis e apresentam crises. No CAPS AD III, a maioria dos usuários possuem conflitos com a justiça e/ou histórico de violência. Nos CAPS pesquisados, as equipes justificam os incidentes ou eventos adversos nas características que usuários apresentam.

Ressalta-se que, diante de tais características, os serviços psicossociais devem estar preparados para atender e cuidar, pois, segundo a PNSM, cabe aos CAPS construir junto ao usuário um PTS. Isto é, construir um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, abarcando atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. No PTS, pode-se estabelecer ações com vistas a segurança do paciente, deixando registradas, para toda a equipe com acesso ao prontuário, as medidas de risco e prevenção de incidentes.

O CAPS deve assistir pessoas que apresentem intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes. Ou seja, com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

O CAPS deve assistir desde a pessoa que não precisa de suporte contínuo da equipe para realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, trabalhando na perspectiva da reinserção social; até a pessoa com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua, especializada, 24 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Nesse espaço é importante a adoção de atitudes e mudanças de comportamento por parte dos envolvidos, desde profissionais de saúde até o Estado, no que tange a abordagem sistêmica dos incidentes. O objetivo é tornar o ambiente de trabalho seguro, sem deficiência de recursos estruturais e de pessoal qualificado, para desenvolver o trabalho, segundo os princípios do serviço, e uma cultura alicerçada na educação (BUENO, 2012).

Nesse contexto, pode-se evidenciar que os participantes possuem conhecimentos insuficientes sobre os princípios da segurança do paciente, ao

descreverem casos em que o evento adverso é justificado pela conduta do usuário e não relacionado a falhas sistêmicas do serviço.

A teoria sobre segurança do paciente relata que incidentes são circunstâncias não esperadas no cuidado prestado, não associados à doença de base (WHO, 2009). A presença de crises pelos pacientes psiquiátricos é esperada no processo terapêutico, podendo estar relacionada à sua doença de base.

Cabe aos profissionais e coordenadores repensarem seus processos de trabalho e estabelecerem medidas preventivas para situações desencadeantes de crises, institucionalizando medidas estratégicas para promover uma cultura de segurança física e emocional em relação à saúde do usuário. Ao lidar com situações de violência, os profissionais devem se ater a cuidar do sujeito em suas questões psicossociais, não empreendendo juízos de valores aos seus enquadramentos judiciários.

É importante preparar as equipes dos CAPS, em suas diferentes modalidades, para prestar assistência em situações que podem gerar insegurança, medo e dificuldade para desenvolver seu trabalho, nos serviços designados, para atender um público sujeito a desencadear crises a qualquer momento (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Os profissionais relatam a perspectiva de dano ocorrida a partir de uma crise e desentendimento, em que um usuário, ao se ferir, decidiu não se envolver mais com o tráfico e uso do crack, diminuindo assim, sua vulnerabilidade.

> *"É um dano e acabou por ai. Por exemplo, tinha um usuário nosso aqui, estava usando bastante crack, se envolveu em uma briga de tráfico e levou facadas. Depois disso ele deixou de usar crack. Então às vezes ocorre um dano, mas muda a sua trajetória. Afetou fisicamente e psicologicamente, gerando consequências negativas, mas com desdobramentos positivos."* (P2 - CAPS AD III)

A ocorrência do evento adverso acarretou problema clínico e estresse emocional devido a violência física sofrida. Porém, o posicionamento frente ao ocorrido pode variar de acordo com a percepção da pessoa em aprender com o

erro. A percepção diária de situações de risco colabora para o adequado gerenciamento do cuidado com enfoque na prevenção do erro.

Dentre os tipos de incidentes, também relataram o *near miss,* que é um incidente que, por algum motivo, foi interceptado antes de atingir o paciente e que poderia ou não causar danos (WHO, 2009), sendo descritos como:

> *"Fazer algo mesmo estando inseguro, assumindo o risco de cometer um erro."* (P7 - CAPS AD III)
>
> *"É uma situação onde o risco de acidente é menos iminente, no entanto requer cuidado."* (P2 - CAPS III)
>
> *"É uma situação que pode evitar e a intervenção é mais eficaz, você tem alguma chance de evitar que ocorra o incidente."* (P10 - CAPS III)
>
> *"Quase erro penso que é quando não se dá devida atenção a uma situação e acontece algo que pode ser evitado. Então ela começa a se agravar a gente dá atenção que ela merecia. Um exemplo, que a 'M.' trouxe foi um paciente chegar aqui dizendo que quer morrer e a gente não faz nada naquela hora, depois acontece algo, faz que a gente olhe melhor pra isso."* (P8 - CAPS III)

Há congruência conceitual nas descrições feitas pelos profissionais "*Situação com iminência de erro, mas que pode ser corrigida em tempo hábil*" e "*é uma situação que pode evitar [...] você tem alguma chance de evitar que ocorra o incidente".*

No entanto, percebe-se incongruência nos relatos, como "f*azer algo mesmo estando inseguro, assumindo o risco de cometer um erro"*. Neste caso trata-se de uma impudência, visto que a existência de risco é conhecida e, mesmo assim, acredita-se que é possível a realização sem prejuízo para ninguém, extrapolando os limites do bom senso. Se a insegurança for devido à falta de habilidade, configura-se como imperícia (GOMES, 2017).

Também confundiram negligência com *near miss:* "*Quando não se dá devida atenção a uma situação que acontece e que pode ser evitada.*" Se o profissional, por falta de cuidado ou desatenção, é omisso ou deixa de cumprir alguma ação de sua responsabilidade ou de agir de forma prudente, não atuar com o cuidado exigido pela situação, o caracteriza como negligente (GOMES, 2017).

Se uma falha ocorre no processo de medicação, porém é interceptado antes de ser administrado ao usuário, ele é, atualmente, definido como *near miss*. Nesses casos, o erro ocorreu de fato, porém, foi interceptado antes que atingisse o doente. O que houve foi um incidente com potencial de dano, descrito pela OMS como um erro grave ou incidente que tem potencial para causar evento adverso, mas não ocorreu (WHO, 2009). O relato abaixo referiu ao entendimento segundo a perspectiva do *near miss*.

> *"O erro, ele está ali engatilhado, só que antes, de fato, dele acontecer, houve uma intervenção e esse erro foi anulado. Exemplo, a enfermeira está lá sentada separando os remédios, e ela separa errado. Antes de administrar, no último momento, ela resolve conferir de novo o prontuário, e vê que aquela medicação estava trocada. Ai ela vai e oferece o medicamento certo para o paciente."* (P5 - CAPS AD III)

Um profissional farmacêutico relatou um evento que poderia ter resultado em consequências indesejadas, mas não ocorreu devido a uma intervenção oportuna.

> *"Situação com iminência de erro, mas que pode ser corrigida em tempo hábil. Essa semana eu* [a farmacêutica] *estava na farmácia, um usuário se aproximou conversando e disfarçadamente colocou álcool 70% em seu copo de leite, no mesmo momento retirei o copo da mão do usuário."* (P3 - CAPS AD III)

O desejo demasiado pelo álcool está relacionado à doença de base do alcoolismo, já o fato de ter acesso ao álcool 70% é um incidente, mas o profissional percebeu o ocorrido e interceptou, não havendo dano. Compreender essas relações pode fornecer uma base útil para orientar o desenvolvimento e a melhoria da informação sobre *near miss* e demais incidentes, pois o uso correto da informação pode tornar os cuidados de saúde mais seguros.

Os profissionais também relataram incidentes do tipo circunstância notificável, que é a situação em que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não acontece (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2013a). A circunstância notificável se difere do *near miss*, pois está relacionada a um dispositivo

médico ou intercorrência que poderá provocar um incidente, mas não chegou a acontecer (LANZILLOTTI et al, 2016).

> *"Situação onde a segurança do paciente e da equipe está em risco de acidente iminente, necessitando de intervenções e cuidados. Deve informar e discutir com toda a equipe para que se tenha orientação diante da situação."* (P7 - CAPS III)
>
> *"É uma coisa que implica em dano mesmo, se a gente não ficar atento a isso, algo pior pode acontecer. Por exemplo, o carro da unidade quebrado ou indisponível impede de fazer visita domiciliar." (CAPS III).*
>
> *"Situação que pode prejudicar o paciente e equipe no momento e deve ser notificada a fim de avaliação e tomada de medidas. Por exemplo, as violências física, verbal e moral."* (P11 - CAPS AD III)
>
> *"Uma situação que não pode passar sem ser omitida, para ser corrigida você tem que repassar. Um problema que eu estou vendo e se eu não repassar para equipe, eu não faço redução daquele problema, então vai ter danos sérios."* (P2 - CAPS AD III)

O carro estar quebrado ou indisponível é descrito claramente como circunstância notificável, pois impossibilita fazer visitas e compromete o desenvolvimento do cuidado, sendo uma situação de potencial significativo de dano, que pode evoluir para um evento adverso.

Um dos profissionais ressaltou a comunicação como medida para se evitar o risco diante da circunstância notificável: "*Deve informar e discutir com toda a equipe para que se tenha orientação diante da situação*". Estudo de Paranaguá (2012), realizado em um hospital universitário da região Centro-Oeste, identificou que o incidente mais prevalente foi a circunstância notificável, com 84,7%.

A comunicação dos incidentes de forma não sistematizada, falta de seguimento de protocolos específicos ou desconhecimento de uma prática diária por todos os profissionais, dificulta a implementação de mudanças institucionais e/ou adoção de ações preventivas de incidentes de qualquer natureza (TOBIAS et al, 2016).

Assim, a circunstância notificável corrobora com os relatos: "s*ituação onde a segurança do paciente está em risco de acidente iminente", "situações que podem gerar algum dano para o paciente".* Registram ainda que a

circunstância notificável, quando notificada e discutida com seus pares, previnem riscos e danos.

Apesar de a descrição estar coerente com o princípio da política, há exemplos que se configuram como EA ("*violências física, verbal e moral")*, pois a violência ocorreu propriamente, e não há violência sem danos.

Na descrição de circunstância notificável também consideram a segurança ocupacional, descrevendo como situações de risco para pacientes e profissionais "*onde a segurança do paciente e da equipe está em risco de acidente iminente*", "*pode prejudicar paciente e equipe no momento*", retomando a insegurança que sentem ao trabalhar nesses serviços, podendo ainda ser devido ao temor de culpabilização do erro.

Responsabilizar-se pela segurança do pacientes pode ser temido pelo medo de punição diante da falha. É preciso a adoção de não punição e de cultura de segurança em todas as instituições para permitir a informação das ocorrências, por parte da equipe, sem receio às punições e com possibilidade de discuti-las junto aos seus pares e usuários. Somente através do conhecimento sobre os eventos adversos será possível desenvolver a adoção de medidas preventivas realmente eficazes para a segurança do usuário (DUARTE et al, 2015).

Os profissionais também ressaltam a realização da notificação e não omissão como estratégia para prevenção de incidentes futuros. Para a implementação de ações de melhoria da qualidade e segurança da assistência é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde para a notificação dos incidentes, o trabalho em equipe entre os profissionais da unidade, a disponibilidade dos gestores para a discussão de situações indesejáveis e a discussão dos eventos adversos. Para isso, a educação permanente é essencial como forma de atualizar o conhecimento, formar profissionais competentes e corrigir os erros antes que eles possam gerar consequências maiores ao paciente (TOBIAS et al, 2016).

Desenvolver programas educacionais e de notificação de incidentes possibilita a elucidação dos erros e de seus fatores relacionados, desencadeando propostas de melhoria, além da conscientização coletiva para o cuidado seguro (MARCHON; MENDES, 2014).

O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela OMS em 2004, que objetiva adotar medidas de melhoria no atendimento aos usuários de serviços de saúde e aumentar a qualidade desses serviços, por meio da socialização dos conhecimentos sobre a temática e das soluções encontradas na busca da segurança do paciente. A OMS recomendou, aos países membros da Aliança Mundial, devida atenção a segurança do paciente buscando conscientizar os serviços de saúde a conquistar o compromisso político, lançando campanhas internacionais e programas preventivos e gerando alerta sobre aspectos sistêmicos que envolvem a segurança do paciente (ANVISA, 2011).

Problematizar as terminologias sobre segurança do paciente junto aos profissionais dos CAPS, instigando o reconhecimento de incidentes nas unidades, pode ser caracterizada como uma estratégia inicial de conscientização para mudança quanto ao planejamento da qualidade do cuidado, a fim de desenvolver cultura de segurança nos serviços de saúde mental.

Os profissionais dos CAPS III reconheceram a aplicabilidade de pensar em segurança do paciente no cotidiano de trabalho e a possibilidade de pensar as práticas vigentes nos serviços, adaptando-as para promover um cuidado mais seguro.

Há necessidade de disseminar a cultura de segurança nos diversos tipos de serviços de saúde, a fim de qualificar pacientes e profissionais para reconhecerem e gerenciarem os riscos, sensíveis à sua capacidade compartilhada para a mudança, reduzindo erros e tensões entre profissionais e população (MARCHON; MENDES, 2014).

**Considerações da Primeira Etapa Vivencial**

Ao verificar o conhecimento dos profissionais sobre a temática Segurança do Paciente no contexto da prática nos CAPS, ficou evidente que os conceitos referidos no CAPS III circularam mais nos espaços subjetivos, com abordagens mais psicológicas e menos biológicas. Isso pode ser justificado pela formação de nove participantes da equipe multiprofissional, que possuem graduação em ciências sociais, humanas e pedagógicas. Enquanto no grupo composto por profissionais do CAPS AD III, os conceitos remeteram mais às

questões de violência e menos biológicas, o que se justifica pela insegurança percebida pelos profissionais diante da realidade do contexto de trabalho.

Percebe-se a necessidade de qualificação, uma vez que após cinco anos da implementação da PNSP e da RDC 36/2013, ainda há limitações conceituais e práticas em relação a segurança do paciente por parte dos profissionais e coordenadores dos serviços de saúde. Situação compreensível visto que esses profissionais não foram sensibilizados ou apresentados a tais preocupações.

Essa limitação do conhecimento é uma realidade de outros cenários da atenção à saúde e que denota necessidade de investir em programas nacionais de qualificação profissional no contexto da SP (MARCHON; MENDES, 2014; OLIVEIRA et al, 2018).

Ao final desta etapa, os conceitos teóricos foram apresentados e aproximados das descrições referidas pelos profissionais. Com isso, os profissionais perceberam o desconhecimento dos princípios e relataram não conhecer a legislação vigente que norteia as ações de segurança do paciente no Brasil. Os conceitos prévios foram relatados a partir da semântica da palavra.

> *"A gente foi pela lógica da palavra, mas a teoria mesmo a respeito da portaria a gente não sabia."* (P7 - CAPS III)

> *"É interessante porque a gente estuda muita coisa da medicina, psicologia, mas não estuda o cuidado em si, o que a gente pode fazer pra prevenir um dano. As formações hoje em dia no Brasil não ensinam a ter o contato com o humano."* (P2 - CAPS III)

> *"Eu formei em 2014 e não vi isso. Eu fiz estágio no CAPS. A gente estuda muito pouco sobre SUS na faculdade e sobre essas portarias que existem."* (P10 – CAPS III)

> *"Eu pensava que adverso é inusitado e incidente é quando é recorrente. Não sei, nunca pensei nisso assim, nunca vi isso assim."* (P7 - CAPS AD III)

> *"Foi bom trazer coisas novas, aprendizado. A gente no dia a dia não para pra pensar nisso, então é válido pra qualidade de vida e segurança do usuário."* (P1 – CAPS III)

Mesmo desconhecendo a política de segurança do paciente e considerando apenas aspectos semânticos dos termos, os profissionais

conseguiram descrever entendimento próximo aos conceitos vigentes, embora houvesse limitação na compreensão do contexto de cuidado que envolve tais terminologias.

A Portaria nº 529/ 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), objetiva ampliar o acesso às informações relativas à segurança do paciente, difundir conhecimentos e fomentar a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2013a). Há premente necessidade em atender esses objetivos, especialmente, nos serviços comunitários de saúde mental.

Uma enfermeira do CAPS AD referiu reconhecer a importância de implementar estratégias de segurança do paciente no contexto psicossocial. Essa percepção se dá por saber da existência da portaria regulamentadora e por participar de espaços de discussão sobre a temática em capacitação realizada em um hospital em que trabalha.

> *"Eu, particularmente, estou um pouco familiarizada sobre a segurança do paciente porque no HGG* [Hospital Geral de Goiânia] *nós participamos de debate, de discussões. Sentia muito essa necessidade de implementar isso aqui. Só que sair de um modelo hospitalar e transformá-lo em um modelo psicossocial, ter essas percepções é um exercício difícil e muito complexo. Eu percebo que é de extrema importância desde a segurança da integridade física e questões de estrutura, cuidado de oferta nos atendimentos que executo na enfermagem. A segurança está em todas as situações, ela tem que estar permeada em todas as ações diárias dentro do CAPS e vai desde as coisas mais simples, desde a percepção de situações de crise do usuário que está no acolhimento noturno. Isso atenta a gente a pensar em sistematizar o modo cuidado. Nós vamos ter a consciência do que estamos fazendo. A consciência, fazendo para gerenciar esses riscos aqui dentro. Eu vejo a segurança do paciente sendo algo como gerenciamento dos riscos reais e dos potenciais que podem chegar a existir. Acredito que vamos construir muita coisa ainda nesse curso."* (P3 - CAPS AD III)

Ao pensar nos fatores ambientais, percebe-se que o CAPS III referiu preocupação com a segurança do usuário no cuidado extramuros da unidade, ao trazer, como situação potencial de risco, o fato de alguns usuários irem desacompanhados para casa, fato que remeteu ao modelo de atenção psicossocial, à base comunitária dos serviços de saúde mental.

> *"Tem que ver com a família para ele não ir embora sozinho, mas muita família não pode buscar ou não tá nem aí."* (P2 - AD III)

Sabe-se que o CAPS é um dispositivo de saúde que deve trabalhar com cuidados intra/extramuros e reinserção familiar. Estes são aspectos complexos para se pensar a segurança do paciente, porém faz-se necessário problematizar esses cuidados em prol da garantia da segurança e reabilitação dos usuários dos serviços.

Destacamos a dificuldade de entendimento conceitual da temática segurança, ao trazerem sempre para a segurança do profissional. A segurança do paciente repensa ações de cuidado e segurança dos serviços e profissionais para com os usuários. Caso haja eventos estruturais que atinjam os profissionais, enquadra-se na Política de Segurança do Trabalhador, igualmente importante.

Houve dificuldade de responsabilização dos profissionais diante da ocorrência de incidentes, ao justificarem os mesmos como sendo de responsabilidade dos usuários.

> *"Querendo ou não os pacientes psiquiátricos apresentam alguns comportamentos de risco e esses comportamentos sempre vão existir. Agora eu acho que isso não deve ser um problema pra nós."* (P2 - CAPS III)

> *"Às vezes pode acontecer da família também cometer um quase erro, porque não deu o devido apoio. Também não podemos focar só no trabalhador."* (P7 - CAPS III)

Os usuários dos serviços de saúde mental, como em qualquer outro serviço, apresentam comportamento de risco e/ou vulnerabilidades. Os comportamentos de risco são diferentes a depender da unidade, mas todo serviço possui, em maior ou menor grau. Neste sentido, o princípio da segurança diz que mesmo tendo esses comportamentos de risco, temos que proporcionar um cuidado mais seguro dentro do possível.

Quando se discute segurança do paciente, há o envolvimento de profissionais, usuários, estrutura física e o contexto do serviço. Se excluir um desses fatores no processo de cuidado, proporcionará insegurança. Se não levar em conta o usuário, não tem como pensar em um tipo de segurança para

ele. Se não levar em conta o profissional e o ambiente, não haverá um cuidado seguro para o mesmo.

Quando questionam não ter guarda 24 horas, levam à luz da discussão que a falta de um importante profissional se configura como um potencial para ocorrência de um dano.

> *"A questão da segurança é ter uma política que nos proteja, ter a possibilidade de poder trabalhar melhor, de ter espaços, mas se você vê se uma pessoa tiver precisando só tem dois abertos o bom samaritano e casa de acolhida lá em Goiânia. Então como às vezes trabalha com pessoas que estão com vínculo de rua, está passando frio, está passando fome, mas depois falam ah mais você tem que ter força de vontade e amor, tanto que é bom ai você não vai querer usar droga."* (P7 - CAPS AD III)

> *"A segurança que a paciente enxerga em nós é a insegurança que a gente enxerga neles. O rapaz se envolveu numa briga, ele se sentiu seguro aqui conosco. Mas ao mesmo tempo a equipe estava insegura com ele aqui, porque o outro saiu prometendo que ia pegar ele. Mas ele não tem essa noção. Não temos guarda"* (P3 - CAPS AD III)

> *"Eu queria falar assim quando a gente fala de segurança do paciente, isso também perpassa toda a segurança da equipe."* (P1 - CAPS AD III)

Pelos relatos foi possível perceber a presunção da periculosidade da pessoa com transtorno mental.

O mito da periculosidade parece enraizado ao senso comum, o que consente medo dos usuários dos serviços de saúde mental, fazendo com que o tratamento desses doentes continue sob a forma de segregação, sem o respeito à dignidade humana (VIANA; SOUZA, 2012).

No entanto, com a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), empreende um paradigma substitutivoà exclusão, tendo como foco não mais a doença, mas a pessoa; não mais a cessação de periculosidade, mas a reinserção social da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Deve-se dar especial atenção à problemática da presunção de periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, pois além de discriminatória, encontra-se superada pela mudança de paradigma, no campo clínico, da periculosidade para o de risco de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; FARIA, 2018).

Por fim, o desconhecimento da PNSP, tão quanto à análise contextual para promoção do cuidado seguro, justifica-se pela não existência de um programa de segurança do paciente no município em que estão os serviços. Os profissionais, ao procurarem qualificação, em sua maioria vão para programas de ensino específicos em saúde mental, que ainda não contemplam o tema Segurança do Paciente.

Para a maioria dos profissionais o primeiro contato com a temática para discutirem e problematizarem a segurança dos usuários se deu por meio deste estudo.

### 5.2.2 Construção do conhecimento e incidentes percebidos pelos profissionais da equipe

A compreensão da equipe sobre segurança do paciente no contexto da saúde mental ocorreu a partir da teorização vivenciada em dois momentos. O primeiro foi após os participantes relatarem o conhecimento prévio sobre segurança do paciente descrito em cartazes, em que confrontamos com o referencial teórico segundo a OMS (2009).

Ao depararem com os conceitos prévios, evidenciados a partir da semântica da palavra, relataram o desconhecimento dos princípios sobre segurança do paciente e da Portaria nº 529 do ano de 2013, além de pontuarem os benefícios a partir da teorização.

O segundo momento foi expositivo dialogado, com utilização de recurso audiovisual, no qual se resgatou os conceitos da Segurança do Paciente e se explicitou o cenário mundial e nacional da ocorrência de eventos adversos em suas gravidades, os dados encontrados em hospitais e atenção primária, os desafios mundiais para a segurança do paciente, os desafios delineados na APS e, ao término da exposição, se discutiu sobre gestão de riscos.

Com avaliação positiva pelos profissionais, houve relatos de elucidação e compreensão dos termos. Além disso, reconheceram os incidentes vivenciados na prática e elencaram a necessidade de alinhar a temática no contexto teórico-prático, que se deu por meio do diálogo e da liberdade de expressar compreensões.

> *"Foi válido porque a gente refletiu não só sobre situações que já aconteceram aqui, mas sobre o que evitar também a partir dos termos corretos. A gente teve uma compreensão melhor do que, e como, pode ser evitado."* (P1–CAPS III)

> *"A teoria interfere na prática... por exemplo, um monte de coisa que discutimos aqui hoje, são coisas muito interessantes que estão em nossa prática e devemos começar a perceber. Nós podíamos ter feito isso já! Mas agora conseguimos nos ver enquanto equipe e o que deveria ser feito para que possamos evitar nas próximas vezes."* (P3–CAPS AD III)

> *"Esses conceitos ajudam muito na nossa realidade, fica mais fácil de entender quando a gente pega o conceito. O exemplo fica com o que passamos aqui dentro. Hoje deixou mais claro. Talvez a gente não se lembrasse dos conceitos."* (P8–CAPS AD III)

> *"São coisas que temos que aprender, que facilitam nossa prática."* (P2–CAPS III)

Vale destacar que, durante o compartilhamento de conhecimento, em ambos os serviços, os profissionais demonstraram dúvidas em pensar e relatar o que é incidente. Os equívocos podem estar relacionados à dificuldade em distinguir quais situações são relacionadas a doença de base ou não.

> *"Se pensar em incidente como algo não esperado faz mais sentido, porque não está ligado à doença de base. Acho que fica mais complexo pensado na saúde mental, porque são ligados."* (P5 – CAPS AD III)

> *"Eu aprendi que incidente é algo que não seja ligado à doença. Na dependência química, a gente sabe que é comum o usuário trazer faca, pessoa em situação de rua anda com faca. Você diz que é um incidente nesse caso, trazer para cá. Mesmo assim seria incidente?!"* (P2 – CAPS AD III)

No relato acima (P2), o porte de armas por pessoas em situação de rua se dá, na maioria das vezes, para proteção individual, devido às situações de violência que permeiam os sujeitos e a condição de vulnerabilidade presente nesses casos. Nesse quesito, a vulnerabilidade à violência não é ligada a doença de base (dependência das drogas) e sim ao contexto social vivido. Em contrapartida, a experiência com as drogas e com o meio ilícito que o permeia gera a necessidade de defesa (HALPERN et al, 2017).

> *"O desejo com a substância alcoólica é alguma coisa ligada à doença de base dele, então se ele toma uma garrafa de pinga ou um litro de álcool, ele sabe o que é? Por exemplo, se ele vai lá e bebe dentro da unidade, isso está ligada a doença de base, não deveria ser um incidente."* (P7 – CAPS AD III)

Nesse âmbito, foi relatado um exemplo em que a farmacêutica estava na farmácia, um usuário se aproximou conversando e disfarçadamente colocou álcool 70% em seu copo com leite. A profissional, no mesmo momento, retirou o copo de sua mão. Uma pessoa se aproximou dizendo "*me dê que eu jogo no lixo". Q*uando estava quase entregando o copo, percebeu que era outro usuário do serviço. Então ela mesma dispensou o leite com álcool na pia e desprezou o copo no lixo dentro da farmácia. A própria farmacêutica, após a teorização, caracterizou os dois incidentes decorridos no momento como *near miss*, o que representa um indicativo positivo do processo educativo.

O desejo demasiado pelo álcool é ligado à doença de base do alcoolismo, já o fato de ter acesso ao álcool 70% ou a alguma substância alcoólica dentro da unidade de saúde é um incidente. Sabe-se que, em nenhuma instituição de saúde, os produtos de limpeza e/ou insumos podem ficar acessíveis aos usuários, devido ao potencial de risco à saúde. Todo produto deve ter um responsável técnico, atento para o manuseio e armazenamento correto dos mesmos (ANVISA, 2004).

O fato de o usuário ingerir bebida alcoólica dentro do CAPS pode ser considerado falha na organização do sistema/serviços de saúde por permitir o seu acesso. A doença de base dele é a dependência pelo álcool ou outras drogas, enquanto o trabalho da equipe é lidar com a problemática decorrente do processo de adoecimento psicossocial e reduzir os danos devido à dependência.

Um paralelo que podemos utilizar é o exemplo de uma cirurgia de retirada do apêndice. Para a realização da mesma é preciso realizar um corte, promovendo um risco de infecção. No entanto, a doença de base dele é a apendicite. Ocorrer infecção após a cirurgia é incidente, pois houve alguma falha no processo que permitiu que isso ocorresse.

Neste tocante, para a redução de danos ou abstinência, há o afastamento do uso indiscriminado, o que culmina em risco de recaída e de crises devido à privação do uso (nesses momentos o desejo e a procura pela

droga podem exacerbar). O acesso e uso da droga de dependência dentro do serviço de saúde, sem percepção ou manejo profissional, configura em um incidente relacionado à falha no processo de cuidar.

Pensar, compreender e exemplificar situações clínicas é mais fácil e concreto em relação às situações em saúde mental.

> *"Quando a gente pensa em evolução clínica, como esse exemplo, eu acho que é mais produtivo entendermos em relação à doença de base. Porém quando a gente pensa em saúde mental e dependência química eu acho mais fácil pensar como algo que não se esperava. Fica mais fácil para entender do que ligado ou não a doença de base. Realmente a gente não espera que vão entrar aqui para beber o litro de álcool, isso pode não estar ligado à doença de base, mas é inesperado no plano de cuidados."* (P2 – CAPS AD III)

> *"Teve um caso de um surto de esquizofrenia, de o rapaz ficar pelado mesmo, rodar pra fora, comer coisa do chão, jogar, tirar a roupa. E tiveram outros. Já peguei muitos casos de surto."* (P1 – CAPS AD III)

> *"A gente acha que é um incidente porque ele tem essas mudanças constantes do humor, dos hábitos, é repentino."* (P6 – CAPS III)

Na realidade do CAPS III, a ocorrência de uma situação de crise/surto não pode ser considerada incidente, visto que está relacionado à doença de base. No entanto, se no momento de surto o usuário tiver acesso a material perfurante e/ou cortante e colocar em risco sua vida e de terceiros, então se trata de um incidente. Nesse sentido, devem-se considerar os fatores relacionados à irritabilidade e agitação psicomotora do usuário diante do surto, visto que a crise pode ser desencadeada ou agravada por uma abordagem inadequada ou ainda pela falta de manejo da equipe.

> *"O G. é um usuário que nunca sabemos o que vai acontecer com ele, é muito instável, chega aqui e aparenta estar bem. Quando menos se espera o comportamento dele muda, e não sabemos o que faz a atitude dele mudar. Se é uma situação que ocorre aqui dentro, se é uma voz de comando ou se é algo dele mesmo. Ele tem essas mudanças constantes do humor, dos hábitos, é repentina."* (P1 – CAPS III)

> *"Teve a questão da quebra das cadeiras e a agressão com o guarda, depredação de patrimônio, além de ameaças aos*

> *usuários e a equipe, que aconteceu porque é um paciente instável, é imprevisível."* (P2 – CAPS III)

> *"O usuário estava em acolhimento noturno e na ocasião ateou fogo no colchão e quebrou uma TV de quarenta e duas polegadas. Isso traz risco de morte para o usuário e pode comprometer o funcionamento do serviço."* (P12 – CAPS III)

É perceptível que há confusão em delinear o que é crise e o que são as consequências do não manejo adequado ou prevenção da mesma. Não promover ações de prevenção à crise ou o não manejo adequado podem resultar em danos ou incidentes como as situações supracitadas pelos profissionais nos relatos ("*quebra das cadeiras", "agressão do guarda", "depredação de patrimônio", "colocou fogo no próprio colchão", "quebrou uma TV").*

O CAPS tem como proposta de atenção à saúde psicossocial dois objetivos junto à população: acompanhar o tratamento de casos com transtornos severos e persistentes da sua área de abrangência e promover a inserção dos usuários na comunidade. No acompanhamento dos casos, o CAPS deve evitar as internações psiquiátricas, ao trabalhar na prevenção à crises, construindo ambientes continentes, compondo com uma rede de serviços (VAINER, 2016).

Ao problematizar a temática segurança do paciente em espaços considerados novos, como os CAPS, esperavam-se dificuldades de compreensão da teoria nas relações práticas e rotinas.

> *"Eu procurei artigos depois do encontro passado para compreender melhor a* segurança do paciente *e não encontrei nenhum falando do assunto."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Eu acho que esse negócio* [a teoria] *é complicado porque o dano para mim seria uma coisa concreta e ficou faltando o dano nessa situação da usuária ter saído do acolhimento noturno."* (P3 – CAPS AD III)

Outra percepção profissional foi em relação às saídas dos usuários da unidade sem alta da equipe multiprofissional. Um exemplo foi no CAPS AD III, em que, no decorrer do encontro de teorização, fomos interrompidos por uma técnica de enfermagem para avisar que um usuário em acolhimento noturno havia *"fugido da unidade".*

A saída do usuário foi classificada por nove profissionais, dentre os 12 presentes, como evento adverso com dano, caracterizado pela interrupção abrupta do tratamento.

> *"Ela sabe que conseguiu chegar até o CAPS. Não foi fácil para conseguir a vaga para AN. Não foi fácil para conscientizar que precisava de ajuda. Só que mais uma vez ela está fazendo algo para se prejudicar. Eu não sei se ela vai usar, mas o fato de abandonar o acolhimento noturno já é algo que traz prejuízos."* (P9 – CAPS AD III)

Quando o usuário passa por um processo de desligamento do CAPS, chegando à alta por melhora do seu estado de saúde, é considerado sucesso do planejamento terapêutico. Já o desligamento com ruptura terapêutica pode gerar danos, configurando um incidente. Somente ao refletir como se deu o desligamento é que conseguimos fazer essa análise.

Analisar de que forma a saída do usuário se deu, o que estava acontecendo no momento, assim como os fatores que resultaram em abandono do tratamento, são essenciais para promover ações corretivas e preventivas em situações semelhantes futuras.

O caso acima, segundo relato dos profissionais, ocorreu devido à "*fissura*" pela droga, entendida como um forte impulso para utilizar uma droga, fator crítico para recaídas após período de abstinência. Os ciclos de uso de crack, seguidos de parada abrupta em seu consumo, estão associados a sinais e sintomas da retirada, caracterizados por mal-estar físico e psicológico (DSM V, 2013; CHAVES et al, 2011).

Estudo com usuários de crack relatou que, para estes, a fissura é vivenciada como uma necessidade imprescindível para a vida, comparada à fome. A impossibilidade de saciá-la causa dor e sofrimento e o indivíduo é tomado por pensamentos obsessivos em busca de maneiras para obtenção da droga. A busca obcecada pela droga suscita comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais (CHAVES et al, 2011).

A compreensão do cenário da fissura do ponto de vista do usuário, conhecendo como aparece e o que causa, constitui uma importante estratégia para o seu gerenciamento, ao oferecer subsídios para assistir o usuário no seu

enfretamento (CHAVES et al, 2011). Ao salientar a necessidade de intervenção para manejar a fissura e evitar a saída do usuário da modalidade de acolhimento noturno, não existe pretensão de apontar responsáveis. apenas a observação de que outras estratégias e intervenções podem ser utilizadas, como a contratação afetiva, a abordagem verbal, o fortalecimento e/ou construção de vínculo, no sentido de tentar reverter a situação, de modo a evitar o abandono de uma forma mais cuidadosa.

O desejo demasiado pela droga é algo absolutamente esperado para alguém em Acolhimento Noturno. Neste tocante, a unidade deve oferecer terapias e cuidados complementares nos momentos críticos, qur possam levar o usuário a querer abandonar o tratamento para continuidade no uso das drogas.

A existência de usuários de crack que conseguem controlar a fissura com táticas individuais de redução de danos abre a possibilidade de identificar e trabalhar com essas medidas de controle da fissura. Essa alternativa pode gerar o comprometimento maior do indivíduo no seu tratamento, tendendo a aumentar as chances de sucesso. A existência do controle da fissura sugere que o fenômeno do uso de crack ultrapassa seus efeitos farmacológicos e é influenciado por questões sociais, ambientais e emocionais (CHAVES et al, 2011).

No serviço estudado, percebe-se a fragilidade das estratégias de intervenção no manejo da fissura e para evitar o abandono do tratamento. Os relatos expressam abordagens com administração de medicamentos prescritos (manejo médico) e orientações quanto às consequências de deixar o acolhimento noturno, com impossibilidade de voltar à unidade para novo acolhimento noturno em período menor que 30 dias corridos, norma da unidade devido à fila de espera.

Apesar de previstos e instituídos pela política de atendimento psicossocial como estratégico e o funcionamento 24 horas, é baixa a implantação de CAPS III no país (VAINER, 2016), o que gera sobrecarga nas unidades existentes, resultando em filas de espera.

Porém, a norma de ter direito ao AN somente após 30 dias contraria o princípio de equidade do SUS, entendido como estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades de acesso aos serviços de promoção, prevenção e

recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. A equidade se concretiza no direito à saúde, capaz de produzir satisfação individual com seu próprio estado de saúde e dos familiares e da comunidade a que se pertence, além de garantir a atenção a todos, levando-se em conta singularidades e necessidades (BARROS; SOUSA, 2016).

Perante o baixo número de vagas para AN para a população, uma estratégia válida poderia ser trabalhar na perspectiva de classificação de risco, utilizada por serviços de emergência, como uma ferramenta de boa sensibilidade. Esta permite avaliar as situações de forma individualizada para prever quadros que podem evoluir para agravamento e até mesmo óbito. Esta previsão aumenta a segurança dos pacientes que os procuram, bem como auxilia nas definições de fluxos de atendimentos, que resultam em aumento da eficiência dos serviços (MARCONATO; MONTEIRO, 2017).

Para evitar a total ruptura do tratamento e progressão de danos após a saída abrupta do acolhimento noturno, é esperado que a equipe proponha a construção de um novo PTS junto ao usuário e familiares, atendendo suas demandadas e necessidades daquele momento, levando em conta os riscos biopsicossociais.

Dialogar sobre o abandono do AN e possibilitar o acolhimento diurno (e retorno ao AN diante da análise de riscos) são estratégias de redução de danos ao possibilitar a continuidade do cuidado. Não adotar práticas rígidas e punitivas, com respostas padronizadas frente ao comportamento de risco dos usuários, é o que se espera do modelo psicossocial, priorizando e acolhendo as demandas da população assistida.

> *"Também tem a questão da atitude que ela* [a usuária] *terá, tanto aqui dentro quanto lá fora. A escolha dela também cabe nisso. Depois que ela sair daqui, não se sabe o dano que ela vai ter lá fora, mas não está relacionado só ao cuidado aqui, está relacionado a escolha dela."* (P3 – CAPS AD III)

A escolha do usuário não é da governança dos profissionais, no entanto, promover horizontalidade/longitudinaliedade do cuidado é dever dos profissionais. Ou seja, nesse caso pode-se articular com outras repartições da rede, possibilitando a continuidade do cuidado fora do CAPS, e traçar

estratégias de proximidade e retorno do usuário para a unidade, promovendo qualidade e segurança na recuperação da sua saúde.

A equipe e a coordenação da unidade devem empreender a problematização das situações que colocam em risco a segurança do paciente, de modo a eliminar o raciocínio de culpabilização (do profissional ou usuário). Verificar o motivo e não procurar culpados. Essa reflexão encontra ressonância nos determinantes, na visão sistêmica de erros na segurança do paciente, que busca compreender que o erro não está somente no profissional, está no sistema, no processo (REASON, 2000).

A teorização permitiu comparar os exemplos de incidentes discutidos no decorrer dos encontros, o que aproximou a discussão teórica das vivências experienciadas nos serviços. Essa aproximação foi intensa. Os profissionais referiram a etapa de teorização para compreensão do conhecimento sobre segurança no contexto da prática em saúde mental como a mais cansativa. Os métodos de aprendizado adotados permitiram promover a compreensão do conteúdo, instrumentalizando para a identificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à segurança do paciente. Tudo isso com a finalidade de subsidiar os profissionais a traçarem medidas para adoção de condutas preventivas nos serviços de saúde mental.

Os incidentes foram registrados por meio de relatos e fotos capturadas por três profissionais do CAPS III. O registro fotográfico foi solicitado como atividade de fixação teórica, apresentado no quadro 02, porém obtivemos baixa adesão às atividades propostas, por ter sido realizadas fora do período do encontro.

**Quadro 02:** Registro fotográfico de situações de risco feito por profissionais do CAPS III. Aparecida de Goiânia, Goiás. 2017.

| | Fotografia | Descrição | Incidente identificado |
|---|---|---|---|
| **1.** |  | Medicamentos com nome e embalagem semelhantes que são guardados no mesmo armário. | Erro de dispensação |
| **2.** |  | Buracos e desnível no chão dentro da unidade de saúde. | Risco de queda |
| **3.** |  | Sala com armário de guarda de materiais perfurocortantes das oficinas terapêuticas sem trancas por danificação na fechadura, facilitando o acesso aos usuários. | Risco de auto e heteroferimento |
| **4.** |  | Armário de guarda de materiais perfurocortantes das oficinas terapêuticas sem trancas por danificação na estrutura, facilitando o acesso aos usuários. | Risco de auto e heteroferimento |

Foram fotografados medicamentos diferentes com nomes e embalagens similares, que são guardados no mesmo armário e buracos no chão que incidem o risco de queda. Além disso, a sala de armazenamento dos materiais para oficina não possui tranca, nem os armários. Para oficinas são utilizadas tesouras, estiletes, produtos químicos, dentre outros que podem causar dano ao usuário.

Como estratégia conjunta de identificação dos incidentes, além dos registros fotográficos de situações de riscos relacionados à estrutura física, os grupos descreveram os processos de trabalho e, a partir deles, identificaram eventos que já ocorreram ou que havia risco de novas ocorrências. Foram identificados incidentes e situações de rico em todas as ações descritas pelos profissionais.

Após incidentes e situações de risco, foram identificados os fatores que podem levar a ocorrência dos mesmos. A investigação dos fatores associados é fundamental para entendimento do processo que gera o incidente e, assim, delinear ações preventivas.

Os incidentes e as situações de risco identificados foram categorizados em: aspectos físicos da unidade; rede de atendimento; gestão de pessoas; cuidados prestados; envolvimento familiar; registros e medicamento.

O Quadro 03 apresenta os incidentes e situações de risco relacionados à estrutura e à organização do serviço.

**Quadro 03**. Incidentes e situações de risco relacionados à estrutura e à organização do serviço. Aparecida de Goiânia. Goiás. 2017.

| Dimensões | Incidentes/ Situações de risco | Fatores relacionados |
|---|---|---|
| Aspectos físicos, da estrutura e da organização da unidade | Risco de queda | • Buracos no piso e chão desnivelado<br>• Banheiro sem barra de apoio<br>• Presença de escadas e/ou degraus<br>• Piso escorregadio |
| | Risco de afogamento | • Piscina com grade baixa e sem tranca<br>• Agitação psicomotora do usuário<br>• Falta de supervisão |
| | Risco de auto e hetero ferimento<br>Risco de óbito | • Salas de atendimento e de guarda de materiais sem tranca<br>• Excesso de vidros nas portas e janelas<br>• Falta de manutenção de equipamentos de segurança<br>• Processos de trabalho que não atendem aos pressupostos do modelo de atenção psicossocial |
| | Crise<br>Tentativa de suicídio<br>Recaídas para uso de drogas | • Espaço físico pequeno para demanda<br>• Déficit no número de profissionais<br>• Ausência de transporte para visita domiciliar |
| | Infestação de percevejo<br>Aparecimento de carrapatos | • Falta de material para higienização do ambiente e do usuário<br>• Poucos profissionais da enfermagem para cuidar da higiene e limpeza dos leitos<br>• Falta de dedetização periódica da unidade |
| | Hiperglicemia<br>Crise de Hipertensão<br>Manifestações de intolerância alimentar | • Alimentação é a mesma para todos, não é adaptada ao usuário com multimorbidade<br>• Falta de profissional da nutrição<br>• Falta de mecanismo de identificação de hipertensos e diabéticos |
| | Falso resultado de PA e glicemia<br>Consulta de enfermagem incompleta | • Falta de manutenção do aparelho de PA<br>• Falta do aparelho de HGT |

Os CAPS funcionam em casas alugadas, que segundo os profissionais são pequenas para o número de usuários, gerando interrupções no atendimento, comprometendo a continuidade de tratamento dos usuários.

> *"A gente deixou de fazer um atendimento porque não tinha local, deixou de atender, a ação em si de deixar de fazer é incidente."* (P2 – CAPS AD III)

> *"Para atender um usuário quando tem atividades no CAPS não tem espaço privativo, a gente atende do jeito que dá, coloca cadeiras nos cantos e atende."* (P8 – CAPS III)

A ocorrência de interrupções constitui importante fonte de preocupação por seu potencial de repercutir desfavoravelmente sobre a qualidade da assistência, a segurança do paciente e o trabalho dos colaboradores. Mapear possibilidades no sentido de minimizar sua ocorrência, como priorização de tarefas, adoção de sistemas de verificação de erros, criação de zonas de não interrupção durante atendimentos, capacitação da equipe multiprofissional e incentivo à mudança comportamental de usuários e familiares constituem-se em estratégias possíveis de serem implementadas (SASSAKI; PERROCA, 2017).

A falta de espaço adequado também dificulta a oferta de maior número de grupos terapêuticos, segundo os profissionais.

> *"Às vezes a gente quer fazer com mais grupos, mas não tem sala."* (P9 – CAPS AD III)

> *"Realmente se tiver mais grupos tem mais possibilidade, mas onde funcionar? Porque com o tanto de atendimento que já faz aqui tudo fica cheio de gente. Tem que ter um lugar maior e melhor."* (P3 – CAPS AD III)

Espaços inadequados para a prática com grupos terapêuticos é uma realidade de diversos serviços. Diante disso, destaca-se que é preciso o desenvolvimento de articulação do CAPS com o território para aproveitamento de espaços mais adequados à realização dos grupos (CAIXETA et al, 2017).

A necessidade de explorar o território não minimiza o fato da estrutura física das unidades deixarem de atender as demandas de um serviço especializado em saúde mental. O *design* físico pobre, incluindo o *layout* e características do ambiente físico, contribui para incidentes de segurança do paciente e sentimentos de falta de segurança na unidade. Como acontece com grande parte da literatura sobre segurança do paciente específica para saúde mental, pouca atenção tem sido dada ao impacto da estrutura e do design físico na segurança do paciente, para adequar as configurações de saúde mental da comunidade (BRICKELL et al, 2009).

No ambiente os profissionais reconheceram os riscos de queda, de afogamento, de auto e heteroagressão, retrocesso ou agravamento no quadro do usuário (crise, tentativa de suicídio, recaídas para uso de drogas) ligados às estruturas físicas das unidades (fotografias 1, 2, 3 e 4). Há piscina com grade baixa e sem tranca, representando risco de afogamento; banheiro e escadas sem barras de apoio; vidros nas janelas e portas, podendo ser quebrados ferindo usuários e/ou profissionais.

> *"Teve um usuário que deu um soco na porta de vidro, mas não tiraram os cacos, até um menino cortar a mão. Depois eles removeram todos os vidros dela."* (P12 – CAPS III)

Considerando que o CAPS tem por objetivo se aproximar de características habituais de domicílios, seria recomendada a substituição por vidros temperados, resistentes a impactos (CAMPOS; BACCARI, 2011).

A falta de manutenção de equipamentos de segurança, como extintor de incêndio, também é percebida como risco a vida de quem circula no local.

> "*O extintor está vencido. Isso é uma coisa que acontece muito. Às vezes pelo ambiente as condições de trabalho fazem com que a gente se coloque em uma situação de risco e assim não conseguimos dar amparo suficiente para o paciente."* (P1 – CAPS III)

A manutenção inadequada gera situações de risco que podem resultar em acidentes para os colaboradores e usuários. A gestão ideal das condições físicas devem ser garantidas em todas instituições de saúde, assegurando a todos que por ela passem.

A falta de manutenção devida também provocou buracos no chão, piso escorregadio, baixa iluminação e falta de sinalização no ambiente, que oferecem risco de quedas.

> *"Além da estrutura física, o piso molhado escorregadio, ausência de lâmpadas, de barras de apoio com risco de queda enorme, tem muitos degraus. Precisa de adaptações em geral, de acessibilidade e segurança."* (P10 – CAPS AD III)

> "*Por exemplo, aquele lugar de passar um cadeirante estar estragado já é um evento."* (P5 – CAPS III)

> *"Devido a uma goteira tinha muita água no corredor, eu fiquei olhando e pensei que poderia acontecer mais um incidente, que era perigoso, depois veio um usuário e escorregou. Eu penso que seria um quase erro."* (P2 – CAPS AD III)

> "A*usência de barras no banheiro, tem escada e os quartos ficam na parte de cima, as camas são beliches."* (P4 – CAPS AD III)

> "F*alta placa amarela para identificar chão molhado, outra coisa que não temos."* (P6 – CAPS AD III)

Dentre os riscos relacionados à estrutura física, os mais relatados são as quedas, resultando em morbidade, mortalidade e medo de sofrer uma nova queda (ROSA; MENEZES, 2015). As quedas, neste contexto, geram danos ao somar com a problemática que já é do ambiente e que, além de questões psicológicas, envolvem prejuízos físicos, incluindo todos que ali circulam, estendendo aos profissionais, visitantes e principalmente aos usuários.

Estudo realizado em Portugal identificou redução de quedas atribuída à vários fatores, dentre eles: abolição do uso de cera no piso e substituição por cera antiderrapante, colocação de barras de apoio nos banheiros, mais especificamente próximo ao vaso sanitário e chuveiro, colocação de degraus duplos para os pacientes subirem para as camas e pedido de aquisição de camas com grade de proteção e que permitam ajuste da altura em relação ao chão (ABREU et al, 2012).

> "*Inadequação da estrutura física da unidade, escada, corrimão do banheiro, ausência de camas com proteção. A mobilidade das pessoas que estão sob o efeito de medicação fica prejudicada. E tem ausência de rampas e a presença de muitos degraus."* (P2 – CAPS AD III)

O uso de algumas medicações podem prejudicar a capacidade do usuário de levantar-se e mover-se de forma independente. Vale ressaltar a necessidade de se adequar a estrutura física e mobiliária às características da população atendida como uma das medidas eficazes no controle de fatores de risco extrínsecos (ROSA; MENEZES, 2015).

A falta de tranca e de grades de proteção na piscina, somadas à agitação psicomotora do usuário e a poucos profissionais para supervisionarem o alto número de usuários no CAPS, configuram risco de afogamento.

> "*Teve uma vez que o usuário se jogou na piscina, ele estava agitado e a piscina sem tranca.*" (P1 – CAPS III)
>
> *"Às vezes a piscina está aberta e não tem ninguém, a grade bate na minha perna."* (P2 – CAPS III)
>
> *"Acontece direto de se jogarem na piscina. Se não tiver uma observação da equipe acaba acontecendo isso mesmo, um afogamento, óbito. É fácil passar da grade, não tranca só fecha."* (P5 – CAPS III)

A ausência de tranca nas salas e nos armários de armazenamento dos materiais das oficinas, como estilete, tesoura e outros perfurocortantes, é descrita pelos profissionais como risco iminente de auto e heteroferimento.

> "Temos que ficar atentos à p*resença de tesoura ao alcance dos usuários nas oficinas, eles podem esconder."* (P7 – CAPS AD III)
>
> "Nem e*ssa porta da sala e nem o armário têm chaves, tem material cortante lá. O posto de enfermagem não tem tranca, nem o almoxarifado que possui produtos inflamáveis."* (P8 – CAPS III)
>
> *"Outro exemplo aqui é que deixam materiais a disposição do usuário, teve um pano que o usuário enrolou no pescoço e tentou se pendurar no banheiro."* (P2 – CAPS III)

Automutilação, comportamentos associados a tentativa de suicídio e suicídio estão entre os principais incidentes de segurança na área de saúde mental. Deve-se atentar para o risco de suicídio em contextos de saúde mental devido a sua elevada associação com doença mental. A importância desses incidentes deve ser prioridade no aprimoramento da segurança do paciente nas organizações de saúde mental em todo o mundo (BRICKELL et al, 2009).

Em relação ao ambiente, os profissionais também destacam a falta de material para limpeza do espaço e de higiene do usuário, poucos profissionais da enfermagem para cuidar da higiene e da limpeza dos leitos e falta de dedetização periódica da unidade, como risco de infestação de percevejos, o que contribui para o adoecimento dos usuários.

Fauci (2015) destacou o risco de adoecimento devido a infestação de artrópodes (percevejo e carrapatos) e afirma que nos Estados Unidos morrem

mais pessoas por ano em consequência de ferroadas de artrópodes do que picadas de serpentes venenosas.

> "*Um incidente com dano que temos foi uma infestação de percevejos, que aconteceu aqui na unidade, deu coceira e tudo mais, tivemos que fechar a unidade para controlar a situação. Se tivesse mais técnicos de enfermagem, mais equipes para cuidar dos leitos, poderia evitar."* (P5 – CAPS AD III)
>
> *"A troca de leitos (lençóis), vieram depois desse surto de percevejo. Nós começamos a brigar por lençóis, um quantitativo que pudesse oferecer a troca todos os dias, colocamos isso dentro da rotina de enfermagem."* (P2 – CAPS AD III)
>
> "*Já teve infestação de carrapato. Do cachorro e colocamos remédio no cachorro."* (P1 – CAPS AD III)
>
> *"A unidade é limpa todos os dias, mas nem sempre temos material de limpeza adequado pra dar conta dessas infestações."* (P10 – CAPS AD III)
>
> *"Eu envio solicitação pra dedetizar, mas depende deles* [da prefeitura]*".* (P4 – CAPS AD III)

Manter bons hábitos de higiene pessoal e no ambiente diminuem as chances de ocorrência de infestações, caracterizadas pela presença maciça e pela proliferação descontrolada desses parasitas (FAUCI, 2015). No entanto, por vezes faltam materiais para higienização do ambiente e do usuário adequadamente.

Para o controle da situação de infestação dos artrópodes foi necessário suspender algumas atividades na unidade, reduzindo o número de usuários circulantes, afastando-os das atividades terapêuticas. Posteriormente, foi realizada a busca ativa dos mesmos, para retorno ao tratamento inicialmente proposto.

Para a busca ativa é necessário ligações e visitas domiciliares, no entanto é recorrente a falta de carro para realização das visitas.

> *"Faltam recursos físicos, como por exemplo, a visita domiciliar que a gente não consegue completar. Não tem carro."* (P2 – CAPS AD III)
>
> *"Temos falta de carro, é inusitado, não é frequente e não pode ser."* (P14 – CAPS III)

> *"Por exemplo, ontem a gente planejou ir para um evento, e por uma questão de carro, aconteceu que a gente não foi."* (P3 – CAPS AD III)

> *"Não raro, o carro para visita domiciliar está quebrado ou sem combustível, impedindo a realização da mesma."* (P1 – CAPS III)

A Visita Domiciliar (VD) permite conhecer o contexto de vida do usuário e sua família, permintindo ao profissional delinear estratégias mais efetivas para o tratamento correto e controle de agravos. Além disso, aproxima-os da unidade e os envolvem nos cuidados.

A VD como estratégia de cuidado denota interesse e preocupação por parte da equipe em querer ajudar, mostrando-se atentos as necessidades do usuário e de seus familiares.

Ainda nos aspectos estruturais, a ausência de manutenção de materiais básicos para a prática em saúde, como esfigmomanômetro, estetoscópio, HGT (hemoglicoteste/ glicemia capilar) e balança, interferem na fidedignidade dos resultados, gerando um falso resultado de pressão arterial e glicemia, além de promover uma consulta de enfermagem incompleta.

> "*HGT agora não temos, o aparelho de P.A. tem um digital muito desregulado, mas vejo muita gente usando, é um risco."* (P6 – CAPS AD III)

> *"O que não tem aqui é balança, alguns medicamentos vão favorecer o aumento de peso, é importante que a balança funcione."* (P7 – CAPS AD III)

A não detecção de picos hipertensivos, hiperglicêmicos ou seus antagônicos pode gerar consequências clínicas graves aos usuários, ou até mesmo óbito. Para tais eventos preveníeis, é necessário ter materiais de qualidade e em bom estado de funcionamento, para que se possa oferecer o cuidado satisfatório e seguro. Ressalta-se que no Brasil a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) aumentou significantemente em vários estados (COTTA et al, 2009).

Estima-se que 11,0% da população brasileira com mais de 40 anos seja portadora de DM. Neste tocante, destaca-se que a ingestão de uma alimentação adequada é importante para que o controle do diabetes e da

hipertensão ocorra de modo efetivo (COTTA et al, 2009). Os CAPS pesquisados não possuem alimentação específica, considerando as características individuais dos usuários. A alimentação é igual para todos, o que denota o descuido com as especificidades clínicas, levando os usuários a crises de intolerância alimentar ou agravamento de multimorbidades.

Destacam-se sinais de alerta na saúde dos usuários combinados à alimentação, justamente em um ambiente em que deveria promover proteção e cuidado.

> *"Quando os usuários chegam à primeira consulta, acontece o atendimento de enfermagem e o médico reconhece suas comorbidades. A gente sabe quem é o hipertenso e o diabético porque já estamos acostumados com alguns. Tem chance de dar errado, né? Porque cabeça é um ótimo mecanismo. A minha está ótima, principalmente quando venho de um plantão tumultuado* (risos)". (P4 – CAPS III)
>
> "*A nossa dificuldade é só porque nossa comida já vem pronta, vem da rede, não é adaptada ao usuário. Quando eles chegam acontece a consulta de enfermagem, reconhece suas comorbidades, mas depois não tem nenhum jeito para reconhecer este usuário quando ele está aqui na hora da refeição."* (P2 – CAPS III)
>
> "*Não é feita uma comida diferente para quem precisa, não tem essa possibilidade nem para os profissionais.*" (P9 – CAPS AD III)
>
> "*Tinha um usuário aqui que tinha alergia há muitas coisas, mas não deu nada"* (P1 – CAPS AD III)
>
> *"Tem gente com problemas estomacais, desnutrição, paciente glicêmico, com hipertensão, mas a comida é a mesma para todos, feita na cozinha aqui, muito boa*". (P11 – CAPS AD III)

Estudo de Vancampfort et al (2015) evidenciou prevalência de síndromes metabólicas (dislipidemia, obesidade abdominal, hipertensão e hiperglicemia) 58% maior em pacientes psiquiátricos em comparação a população geral.

O uso de medicamentos psicotrópicos por pacientes psiquiátricos pode contribuir para o aumento do risco de síndromes, além de hábitos de vida não saudáveis, comuns entre usuários dos serviços de saúde mental, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, higiene deficiente, do sono,

inatividade física e padrões nutricionais insalubres (HENDERSON et al, 2015; PENNINX, 2017; PENNINX; LANGE, 2018).

Nesse tocante, deve-se realizar avaliação clínica e monitoramento adequado de síndromes metabólicas nos usuários do CAPS, acompanhando as possíveis deteriorações durante o tratamento, provendo ações corretivas oportunas tanto para a saúde somática quanto para a saúde mental dos pacientes, para minimizar prejuízos clínicos (PENNINX; LANGE, 2018).

Na rotina diária dos CAPS, não há mecanismo de identificação de hipertensos, diabéticos, pessoa com alguma intolerância ou alergia alimentar. Ou seja, por mais que se tenham dietas específicas, não há avaliação contínua para conhecimento de quem de fato necessita de alimentações especiais.

O CAPS AD III apresenta uma vantagem na alimentação por ser feita na unidade, tendo a facilidade de produzir alimentação especial ao implementar um mecanismo diário de reconhecimento de usuários com multimorbidades. Já o CAPS III recebe refeições prontas do município (*marmitex*), não tendo gestão sobre sua produção.

Outra questão a ressaltar é relacionada a textura dos alimentos oferecidos, visto que alguns pacientes carecem de uma atenção maior devido à falta de dentição, efeitos medicamentosos, dentre outros fatores, provocando dificuldade de deglutição, engasgo e broncoaspiração, podendo evoluir para óbito.

Os profissionais ressaltaram que a alimentação não adaptada ao usuário com agravo ou multimorbidade se dá devido à falta de um profissional da nutrição.

> "*Tinha que ter um nutricionista em um CAPS que é 24 horas, para adaptar a dieta dos usuários."* (P2 – CAPS III)
>
> *"Nunca havia pensado na questão da alimentação, seria bom ter nutricionista, muitos usuários chegam deficientes de muitos nutrientes, vitaminas, desnutridos e desidratados."* (P7 – CAPS AD III)

Diante da falta de profissional da nutrição, pode-se capacitar os profissionais da cozinha para produção de refeições saudáveis (baixo teor de gordura, sódio e açúcar), com textura condizente às singularidades, reduzindo os riscos alimentares (COTTA et al, 2009).

Ainda sobre falta de profissional, foi referido elevado número de usuários para a quantidade de profissionais disponíveis, o que impossibilita o acompanhamento e a abordagem adequada a todos os usuários, constituindo importante fator de vulnerabilidade para a insegurança dos usuários. Os profissionais reconheceram os riscos de auto e heteroagressão e de retrocesso ou agravamento no quadro dos usuários (crise, tentativa de suicídio, recaídas para uso de drogas).

> *"A demanda do serviço dificulta as medidas de segurança no ambiente CAPS III. A demanda é grande para pouco funcionário, deixar de atender, o risco aumenta, entra em crise."* (P12 – CAPS III)

> "*A gente tenta supervisionar tudo, mas não dá para perceber a mudança de todos os usuários para evitar tudo. Já teve caso de agressão como empurrar a S.* [psicóloga 1]*, a coordenadora geral, a M.* [psicóloga2]. *Tem profissional que morre de medo do G.. Ele chegou a agredir o guarda com um tapa no rosto, então são várias situações que se repetem a algum tempo com esse usuário."* (P1 – CAPS III)

> *"Já aconteceu de ir à farmácia e não ter a medicação que ele precisa. Ele já vem nervoso, consegue contaminar e manipular todos os usuários que estão aqui. Talvez se tivesse mais profissionais, e ficasse um de nós atento a essas situações, dava para parar ele no corredor, levar para uma sala e explicar que é uma situação, diminuir o problema com uma intervenção*". (P8 – CAPS III)

> *"Tem muito usuário, não dá pra saber o que todos fazem aqui dentro, a rotina para o profissional é grande. Quando fala na segurança do paciente e entra o usuário de álcool e drogas e faz uso na unidade, como que faz? A gente só fica sabendo depois".* (P2 – CAPS AD III)

> "*A demanda é grande para pouco funcionário. E isso é um risco primeiro para o usuário que não tem paciência e pra nós, pela sobrecarga. É complicado pensar na segurança no ambiente do trabalho porque ela não envolve só o paciente".* (P9 – CAPS AD III)

O dimensionamento de pessoal, em quantidade e qualidade, destaca-se como um grande desafio para a uma prática assistencial adequada e constitui recurso indispensável para promoção de prática segura (VANDRESEN et al, 2018).

A demanda de usuários por quantitativo de profissionais compromete a segurança assistencial ao sobrecarregar a equipe e impedem que os processos de trabalho ocorram em sua plenitude, ocasionando cansaço e estresse e, consequentemente, favorece a ocorrência de incidentes que podem causar danos aos usuários (GIRARDI et al, 2018).

Para além da grande demanda de usuários, os profissionais também relatam risco de autoferimento e ferimento de terceiros ligados aos processos de trabalho em unidade comunitária em saúde mental, destacando dificuldade de adaptação das ações segundo modelo de atenção psicossocial.

> *"A gente não tem a prática de fazer a revista nos pertences... passa o dia inteiro com a mochila nas costas. Você não sabe o que ele traz. Se ele traz uma balinha, drogas, algum medicamento de casa, ou qualquer instrumento que possa ser utilizado como arma. Descobre por acaso quando acontece alguma coisa. Acontece alguma coisa de risco, grave ou de dano."* (P3 – CAPS AD III)

> *"Se fizesse a revista seria uma visão hospitalocêntrica. A discussão de segurança do usuário serviu pelo menos para pensar como funciona o serviço que ainda está em construção, nas questões de segurança em relação ao modelo de atenção."* (P2 – CAPS III)

> *"O usuário estava de acolhimento noturno, colocou fogo no próprio colchão e envolve a segurança dele, dos profissionais. Risco de morte para o usuário e comprometimento do funcionamento para o serviço? Não identificamos antes que ele portava um isqueiro."* (P2 – CAPS AD III)

> "*Ninguém conseguiu se matar aqui. A M. uma vez foi pega quase morta. Já pode fazer um filme dela, Aventuras da M. no CAPS."* (P7 – CAPS III)

A medida preventiva, por meio de vistoria de pertences, é contrária à visão de CAPS, em que o usuário deve se sentir em casa, acolhido e vinculado. Pode imprimir uma ideia de invasão ao seu espaço e não de confiança.

Compreende-se a necessidade de oferecer segurança aos usuários, principalmente, os de risco de autoextermínio, mas pode-se empreender estas ações como forma de cuidado. Ao acolher o usuário, ajudá-lo a se acomodar, organizando seus pertences em seu quarto, dialogando, escutando,

observando se há algo que coloque em risco sua vida ou de terceiros, e ao mesmo tempo construir uma relação de confiança e vínculo.

Em relação às especificidades, os profissionais do CAPS III ressaltam que, por se tratar de um serviço de saúde para assistir pessoas com transtorno mental grave e persistente, muitas vezes, recebem casos em momentos de crise que podem gerar confrontos e desorganização psíquica. Estes fatos orgânicos em situações previsíveis e preveníveis são considerados por eles como incidentes.

> *"Uma situação de dano foi um usuário instável, com delírios recorrentes, que não gosta de tumulto veio ao CAPS em um dia de bazar, acompanhado pelo pai. Devido ao evento tinha uma demanda grande de pessoa e muito barulho. O usuário ficou agitado, provavelmente pode ter se sentido intimidado pela arma do guarda, no momento que viu a arma, agrediu o guarda e jogou cadeiras nas pessoas."* (P7 - CAPS III)

> *"Considero que algumas questões comprometem a segurança do usuário que poderia causar um dano. Por exemplo a questão do ambiente, igual ao 'G.', no dia que estava mais barulhento ele se desestabilizou, às vezes um atrito entre um usuário e outro. Desestabilizar é uma consequência, é um dano."* (P3 - CAPS III)

> *"Uma noite em que um usuário em acolhimento noturno, em posse de isqueiro, colocou fogo em um colchão, representando risco de morte para ele e para os outros. Agora a gente olha bolsas e pertences, o que for de risco guarda no posto de enfermagem."* (P2 - CAPS III)

No primeiro caso relatado, se a equipe atentasse ao perfil do usuário, relacionando seu quadro clínico e psíquico ao evento social que o CAPS estava desenvolvendo, a crise e a agitação (evento adverso) poderiam ter sido prevenidas com condutas simples como comunicação prévia com usuário ou familiar, ou abordagem individual no momento em que o usuário adentrou na unidade.

Visões divergentes de cuidado com a crise existem dentro do mesmo CAPS. Alguns profissionais percebem e lidam com a crise com uma perspectiva "comportamental", caracterizando-a como um "desajuste social", um estado de agudização dos sintomas que compõem o quadro da doença. Já outra linha de profissionais a compreendem de forma diferente, como um acontecimento subjetivo que deve ser tratado levando-se em conta toda a

complexidade da vida e desenvolvimento da pessoa, suas relações familiares, sociais e emocionais. Assim, cada noção de crise se vincula a um tipo de tratamento oferecido e consequências de acordo com a terapêutica oferecida (MARTINS, 2017).

Nesse tocante, quando se conhece o público assistido, com familiaridade da complexidade de vida dos usuários, tem-se ferramentas para trabalhar a promoção de cuidados e a prevenção de riscos. Ao contrário, ao generalizar o público assistido, invisibiliza-se o reconhecimento das singularidades, impedindo a construção de barreiras contra a ocorrência de danos.

No caso de risco de suicídio, ao receber o usuário, a priori a equipe deve oferecer acompanhamento e observação contínua para evitar situações de risco de autoextermínio ou ferimento de terceiros (BRICKELL et al, 2009; MARTINS, 2017).

Podemos perceber que nos dois casos, para empreender o cuidado seguro, são necessárias tecnologias leves, como observação, escuta e abordagem individual, que requerem tempo do profissional e habilidade para compreender a demanda do usuário para agir de forma assertiva.

As tecnologias em saúde são classificadas por Merhy (1997) em três tipos: tecnologia dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura refere-se a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais. A tecnologia leve-dura compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde. A tecnologia leve consiste nas relações, na produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos e de autonomização.

Embora os três tipos de tecnologias se inter-relacionem, o ser humano necessita primordialmente das tecnologias de relações, definidas como ‘leves’. Somente elas são capazes de propiciar o acolhimento necessário para que paciente e profissional de saúde possam se beneficiar deste momento (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

No estudo de Abreu et al (2017), os profissionais reconhecem a comunicação, a empatia, a escuta e o acolhimento como instrumentos relacionais fundamentais e apontam como barreiras para sua utilização a falta de espaço físico, a livre demanda de atendimento e os processos burocráticos.

Por mais que as unidades de saúde não disponham de estrutura física ampla e adequada e que os processos de trabalho sejam permeados de burocratização para empreender tecnologias leves (tecnologias relacionais), faz-se necessário, antes de tudo, conhecimento profissional para avaliar as prioridades situacionais que necessitam de disponibilidade (escuta ativa) e acolhimento, independente do lugar, podendo retardar os processos burocráticos e eticamente cuidar do outro com empatia, prevenindo danos, promovendo assim a assistência preconizada nos CAPS.

Em relação à especificidade de um serviço voltado ao público de álcool e outras drogas, os profissionais do CAPS AD III referem os aspectos relacionados à violência:

> *"O CAPS AD é uma unidade de saúde que tem várias pessoas que já cometeram crime, tem muito dano."* (P3 - CAPS AD III)

> *"Houve um homicídio de um usuário, portador de HIV, em situação de rua que estava à procura de emprego. Foi assassinado na calçada da unidade com cópias de seu currículo ao seu lado. No dia do ocorrido o usuário estava de acolhimento diurno e à noite dormia na porta. A casa da vizinha estava em construção, quem matou pegou um bloco de concreto e atirou na sua cabeça, que ficou agonizando. Alguns profissionais que estavam de plantão escutaram e chamaram o SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], mas infelizmente ele morreu."* (P11 - CAPS AD III)

> *"Teve um usuário do serviço que foi esfaqueado, tinha tráfico de drogas aqui na frente da unidade e a pessoa foi esfaqueada."* (P8 - CAPS AD III)

Percebemos, no decorrer da discussão do caso, muito sofrimento por parte da equipe com a morte de um usuário de forma trágica e, falas permeadas de medo e insegurança, visto que grande parte dos usuários do serviço possui questões judiciais em seu histórico.

No entanto, o CAPS deve ser um serviço de cuidado, porta aberta para as pessoas que buscam assistência relacionada a problemas com álcool e outras drogas. Nessa relação de cuidado deve haver um contrato de convivência, respeitando e assegurando tanto o cuidado do profissional quanto o dos usuários.

Vivenciar a rotina no CAPS AD pode ter efeito desgastante, gerando exaustão, frustração e o pavor diante das crises dos usuários, com ofensas,

xingamentos e episódios de agressividade. Neste contexto, o encontro efetivo com o usuário se torna difícil. Deste modo, é essencial pensar no cuidado para com o trabalhador, uma vez que este, quando satisfeito e realizado, vivencia seu trabalho com prazer, o que repercute positivamente na produção do cuidado com maior criação de vínculo. E, ao contrário, quando este se sente esgotado, pode demonstrar dificuldade de sentir empatia frente ao sofrimento do outro, o que pode implicar em distanciamento afetivo e repercutir de forma negativa na produção do cuidado (WANDEKOKEN et al, 2017).

A utilização de práticas de cuidado baseado no diálogo e na criatividade é imprescindível por possibilitar a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007). No entanto, o medo e a insegurança física do profissional podem sobrepor a criatividade e as possibilidades de flexibilização do cuidado, interferindo assim na segurança do cuidado ao usuário. Somente podemos oferecer segurança se, primeiramente, nos sentirmos seguros.

O quadro 04 evidencia os incidentes e situações de risco relacionados à rede de atendimento, que, por vezes, dificulta a criatividade e diversidade para o cuidado.

**Quadro 04**. Incidentes e situações de risco relacionados à rede de atendimento. Aparecida de Goiânia. Goiás. 2017.

| **Dimensões** | **Incidentes/ Situações de risco** | **Fatores relacionados** |
|---|---|---|
| Rede de atendimento | Institucionalização<br>Atraso no início do tratamento<br>Falta de cuidado adequado à demanda<br>Desmotivação e/ou desistência do tratamento<br>Agravamento da situação clínica e psicossocial do usuário<br>Sofrimento mental<br>Óbito | • Falta de serviços/ dispositivos na Rede de Atenção à Saúde (RAS)<br>• Falta de apoio/articulação dos serviços da RAS e RAPS<br>• Desconhecimento da RAS e RAPS<br>• Encaminhamento inadequado<br>• Fila de espera para acolhimento noturno<br>• Poucos profissionais - não acompanhar o usuário no processo de inserção<br>• Não realização de alta |

Os incidentes como institucionalização do usuário, atraso no início do tratamento adequado, fila de espera para acolhimento noturno, não receber

cuidado adequado a demanda, desmotivação e/ou desistência do tratamento, agravamento da situação clínica e psicossocial do usuário, sofrimento mental e óbito são consequências da falta de serviços e de apoio da rede, desconhecimento da rede, ocorrendo encaminhamento errado, poucos profissionais (o que não possibilita acompanhar o usuário no processo de inserção) e não realização de alta.

Para promover a continuidade do cuidado e a reinserção social, é necessário conhecer a diversidade de serviços existes na rede. O desconhecimento da Rede de Cuidado no SUS leva o usuário a ficar, muitas vezes, dependente das estruturas do CAPS, o que dificulta sua inserção social, bem como o impossibilita de desenvolver sua autonomia. Tal situação é um agravante no cumprimento do pressuposto do SUS e das iniciativas de reinserção e reabilitação para o trabalho e lazer, na perspectiva das políticas públicas na área da saúde mental, resultando na institucionalização dos usuários nos serviços substitutivos (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

> *"A gente tinha que conhecer mais esses serviços da rede, e ir com o usuário, mas a gente ainda não tem essa potencialidade. Eu queria tanto conhecer outros serviços, apresentar para ele, a gente sente que fica a desejar."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Essa falta de matriciamento, nós podemos colocar como um evento adverso, essa institucionalização indiretamente."* (P7 – CAPS III)

A dedicação em desenvolver uma rotina diária ao chegar à unidade se tornou um hábito "engessado", que resulta na falta de dedicação dos profissionais em conhecer os serviços e dispositivos sociais do município.

> *"Têm situações que muitas vezes me frustram, ver que o serviço tá engessado e não tem coisas lá fora para poder completar a assistência aos usuários. A gente faz um trabalho aqui com um usuário em situação de rua, que não tem família, não tem para onde mandá-los, e por mais que a gente tente de um jeito ou de outro, o usuário volta pra rua"* (P2 – CAPS AD III)

O desconhecimento não se dá apenas por parte dos profissionais dos CAPS, mas também por parte da comunidade e dos demais serviços da rede

do município sobre o que é o CAPS. Isso acarreta inúmeros encaminhamentos errados ao serviço, levando o usuário, muitas vezes, a procurá-lo sem ter uma resposta para suas demandas. Isso leva a ocorrência de incidentes, como retardo no início do tratamento adequado, que o sujeito necessita, ou o mesmo não recebe cuidado adequado a sua demanda, podendo gerar danos.

> "*Desconhecimento do usuário, ele chega e pensa que aqui é atendimento emergencial, quer atendimento com psiquiatra. Foi encaminhado errado para o CAPS."* (P3 – CAPS III)
>
> *"Já teve caso de ficar nervoso na portaria, ele veio com encaminhamento errado. A gente orienta, mas ele irritou, 'que saco já andei nessa rede toda e não é aqui', acontece".* (P2 – CAPS III)
>
> *"Erro de encaminhamento. A pessoa chega na recepção e vai fazer o acolhimento, nós percebemos na hora da escuta que ele não é usuário daqui. É desconforto para ele que vai ter que ir para outro lugar*." (P7 – CAPS AD III)

Estudo de Gonzaga e Nakamura (2015) referiu que os encaminhamentos aos CAPS III ocorrem de modo equivocado e indevido, com poucos dados e sem critérios específicos, decorrentes da falta de escuta; da pressa em encaminhar o paciente; do desconhecimento do que seja o CAPS III. Isso acarreta uma demanda excessiva para os CAPS III, sobrecarregando o serviço e impedindo que os profissionais possam se dedicar aos pacientes graves, prioritários nesses serviços, e atendendo as demandas de casos leves que deveriam estar em unidades básicas.

Nesse sentido, evidenciam a baixa articulação da rede de atendimento, fato que oferece riscos de institucionalização (atendimento centrado no CAPS) e por consequência incidentes como assistência inadequada para a demanda.

Possuir uma diversidade de dispositivos sociais no território não produzirá a desinstitucionalização das práticas desenvolvidas pela cultura manicomial. Para tal, deve-se mudar o caráter das ações desenvolvidas pelos profissionais, indo a comunidade junto aos usuários (WETZEL et al, 2011).

> *"Há coisas que nós não conseguimos, acumulam devido ao problema de articulação com a rede. Então podemos pensar em dano se a gente não tem para onde mandar."* (P9 – CAPS AD III)

> "*Adoecimento da rede de atenção que é um adoecimento psicossocial não vai afetar só a saúde da pessoa, isso implica na necessidade de outros apoios para que tudo funcione, para que a gente consiga ajudar o indivíduo, mas aqui não tem lugar de abrigamento para quem está na rua, deu até morte isso."* (P2 – CAPS AD III)

> *"A rede é funcional, agora matriciamento eu tenho dificuldade... é uma questão extremamente delicada, porque a gente consegue enxergar de uma maneira que não é a mesma visão de quem está do lado de lá."* (P1 – CAPS III)

Centrar o atendimento no CAPS pode se dar na tentativa de proteger os usuários dos desafios impostos pela sociedade (LEÃO; BARROS, 2012; PANDE; AMARANTE, 2011). No entanto, no presente estudo também se justificou devido ao desconhecimento dos serviços disponíveis na rede e aos poucos profissionais para acompanhar o usuário no processo de inserção, o que resulta em não realização de alta.

> *"Lá fora ele é rotulado e tudo mais; Às vezes passa na mente de alguns a intenção de proteger essa pessoa; Esse processo de alta do serviço é muito doloroso para as duas partes, talvez mais pros nós [profissionais] do que pra eles [usuários]."* (P10 – CAPS AD III)

> *"Não é para ser assim, o serviço não é esse, a proposta não é essa, estamos no sacrifício. Se tivesse um grupo de apoio para o CAPS, para fazer atendimento intersetorial de desligamento [alta] aprimorava o serviço, mas não tem profissional, mesa, não tem cadeira, é gente em pé nos dias de grupo."* (P13 – CAPS III)

Poucos profissionais em relação ao grande número de usuários inviabilizam o acompanhamento destes no processo de inserção, resultando muitas vezes em não realização de alta do serviço. Estudo realizado nos CAPS dos municípios do interior do Estado de Goiás encontrou precários investimentos em trabalhadores, no qual 68% dos serviços não possuíam equipe mínima preconizada. Apresentavam premente necessidade de fortalecimento dos vínculos empregatícios, remuneração condizente com o desempenho profissional, melhorias das condições de trabalho, além da capacitação dos seus profissionais (SILVA et al., 2013).

É nítida a precariedade de recursos e investimentos não apenas financeiro, como também o engajamento, a disposição e compreensão para preencher “falhas” nos tratamentos.

> *“Matriciamento é como experimentar isso que o R. disse...eu acho que não é nem falta de fazer, falta ter o curso para praticar ele, recursos humanos, sabe? Falta garra, falta gasolina, falta talvez a compreensão da importância disso, de quem financia mesmo. Talvez falta um pouco de compreensão da relevância disso, que sem isso o tratamento vai ficar sempre com falhas...”* (P6 – CAPS AD III)

Acompanhar e experimentar, ir aos diversos serviços da comunidade faz-se importante, pois grande parte dos usuários dos serviços de saúde mental tem histórico de estigmas e exclusão por parte da comunidade. Além disso, há o fato de que muitos locais e pessoas ainda têm medo e receio de acolher e/ ou conviver com usuários dos CAPS ou demais serviços de saúde mental.

> *“Eu acho que talvez a parte da delimitação de território, eu percebo uma distância grande em a gente falar para eles o que existe. Talvez a experimentação parte da gente levar eles, e refletir sobre isso. Talvez seja um déficit nosso ou falta de transporte.”* (P6 – CAPS AD III)

> *“Tem uma praça perto da feira, lá tem a aula. Nós encaminhamos os usuários para lá, falamos que tem assembleia, mas eles não vão. Então tem a escola de informática na Vila Brasília, mas eles têm medo de ir. Tínhamos que ter profissionais o suficiente para ir lá com eles, ambientar.”* (P2 – CAPS AD III)

Diante disto, o ato de somente orientar e encaminhar pode ser insuficiente no processo de desinstitucionalizar, além dos riscos de desenvolver sofrimento mental ao não ser aceito ou bem recebido nos serviços da comunidade, podendo desistir do tratamento. A frustração e/ou desistência do tratamento pode levar a crises, recaídas ao uso de drogas, tentativas de suicídio e óbitos.

Além da dificuldade de articulação, há a falta de serviços na rede para articular e promover continuidade do cuidado.

> *"Falta a rede do lado de fora, a continuidade do cuidado".* (P12 – CAPS III)

A falta de serviços primordiais na rede resulta em graves eventos, como o óbito. Devido a não existência de Unidades de Acolhimento adulto e a lotação do CAPS para AN, o usuário dormiu na rua, onde foi assassinado.

> "*Ele morreu a gente acredita que seja por rixa, foi uma briga que ocasionou o assassinato, e não tem abrigo municipal pra ele dormir, dormiu na calçada, acabou assassinado."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Às vezes pode chegar um usuário para fazer um acolhimento, e vamos supor que o usuário precisa de acolhimento noturno, vai ter que esperar um pouco, entrar na fila de espera."* (P3 – CAPS AD III)

> "*Tem época que vai chegando e já atende. Tem dia que é mais demorado, tem que esperar para fazer o acolhimento noturno."* (P7 – CAPS AD III)

> *"Tem a questão também de que às vezes pode chegar um usuário e quando vou fazer um acolhimento ele vai ter que esperar um pouco, entrar na fila de espera. A fila de espera pode gerar desmotivação, indignação, desistência."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Não vejo só como um problema do matriciamento, tem o fato de não ter mais serviços, porque só tem um CAPS III. Deveria ter mais um CAPS e a gente jogar essa responsabilidade como se fosse um matriciamento."* (P9 – CAPS AD III)

Os CAPS em estudo são os únicos do tipo III no município. O CAPS III possui capacidade para 6 AN e o CAPS AD III para 11 NA, para todo o município. A divisão por sexo se dá de acordo com a demanda, organizando quantitativo de camas nos quartos divididos por gênero. Este número de leitos mostra-se insuficiente para uma população de mais de meio milhão de habitantes. Assim, recorrentemente há fila de espera para acolhimento noturno. Esta espera pode desmotivar o usuário de drogas ou a pessoa em depressão a iniciar o tratamento e até mesmo fazê-los desistirem. Além disso, pode desencadear agravamento da situação clínica e psicossocial dos usuários de ambos CAPS.

É urgente a instauração de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais unidades de CAPS III e AD III, reduzindo a chance de agravamento da

situação clínica e eliminando filas de espera para um cuidado que deve ser imediato (ZANARDO et al, 2017).

É dever do Estado garantir o direito à saúde, criar mecanismos normativos, administrativos e políticas sanitárias que facilitem e permitam o acesso da população aos cuidados de saúde, e criar unidades de saúde em números suficiente (ALBUQUERQUE, 2016).

Diante dos poucos leitos para AN e da falta de UA, os profissionais recorrem a serviços de acolhimento de caráter religioso.

> "H*á poucos abrigos para quem está morando na rua* [...] *faltam casas acolhidas."* (P6 – CAPS AD III)

> "*Liguei nas chácaras religiosas que tinham, não tinham* vagas [...] Então *essa estruturação que a gente sente muita falta, eles mesmos falam bem assim 'como eu vou sair de uma situação de que estou passando frio, fome? Vou entrar na cachaça', e entram*" (P2 – CAPS AD III)

É percebida a omissão, falta de apoio e de sensibilidade dos profissionais ao recusarem o usuário. A recusa de uma instituição religiosa se justificou pelo fato da pessoa viver com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), o que é conflitante, pois uma instituição sem fins lucrativos, de caráter religioso, que prega o bem, criada para acolher os necessitados, não o realiza, pois devem seguir um "bom" perfil para aceitação. Neste tocante, ela não cumpre sua missão de acolher os realmente necessitados.

> "*Tinha a casa X, mas quem cuida são religiosos e eles não recebem pessoas com HIV, ele era. Pegam só se não tiver nada, só aceita para dormir."* (P6 – CAPS AD III)

Nesta perspectiva, a RAPS surge no sentido de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; no âmbito do SUS não se preconiza atendimento de instituições religiosas, e sim a existência de Unidades de Acolhimento (UA) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Ministério da Saúde prevê a existência de Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada às pessoas maiores de 18 anos, e Unidade de

Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos. Estas devem oferecer cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, sendo o tempo de permanência de até seis meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c; 2013b), período em que é possível investir na reinserção familiar ou empreender possibilidades de autonomia e/ou abrigamento permanente.

A RAPS é constituída por componentes relacionados à atenção integral em saúde e a inexistência de algum dos componentes inviabiliza o cuidado seguro e de qualidade aos usuários dos serviços.

Além da falta de serviços primordiais na rede, também foi referida a dificuldade do critério de prioridade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), não priorizando o atendimento para os usuários de saúde mental, para atender pessoas com risco iminente de morte.

> "*Falta apoio do SAMU. Minha irmã é enfermeira do SAMU aqui. O que ela fala é que não é prioridade. Saúde mental não é prioridade, porque segundo eles se retiram uma unidade de dentro do posto para prestar assistência ao usuário, para um surto, ele deixa de prestar serviço para quem está com risco eminente de morte na rua.*" (P7 – CAPS III)

> "*Eu mesma já tive que pegar usuário no meu carro e levar para urgência, porque o SAMU não ia, nós nunca somos prioridade para eles."* (P2 – CAPS III)

O SAMU deve realizar os atendimentos psiquiátricos imediatos com o propósito de atuar positivamente frente aos sujeitos em crise e de transportá-los com segurança até o serviço adequado dentro da RAPS (VELOSO et al, 2018). Se o serviço de urgência não transporta os usuários para os serviços de atenção devidos, sua situação clínica tende a agravar à medida que não recebe os cuidados imediatos.

Quando os serviços de atenção não funcionam, os pacientes que mais necessitam de cuidados de saúde especializados acabam sofrendo hospitalização brusca ou, até mesmo, são encaminhados à prisão, em vez de

receberem o tratamento necessário, configurando como EA. É essencial que as organizações de saúde sejam capazes de aderir, com segurança, a uma política de não recusa, até mesmo para as crises mais graves (BALFOUR; CARSON; WILLIAMSON, 2017).

Estudo retrospectivo, com análise dos registros de atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo SAMU, evidenciou que no momento de crise o destino dos usuários ainda continua sendo o hospital psiquiátrico, demonstrando a necessidade de uma maior articulação entre o SAMU e os novos dispositivos de atenção à saúde mental. Essa aproximação visa colaborar para o fortalecimento de intervenções integrais durante as crises psíquicas, além de proporcionar a ruptura da centralidade assumida pelos hospitais psiquiátricos, no referenciamento dos usuários com agravos psiquiátricos a hospitais gerais, com leitos acolhedores e sob gestão de cuidados por profissionais capacitados para atender essa demanda, sendo estratégia chave ao processo de desinstitucionalização (VELOSO et al, 2018).

Além da deficiência na rede, foi referido o déficit no número de profissionais, que resultou em dificuldade de acompanhamento do usuário na unidade, gerando incidentes moderados e graves, como desenvolvimento de crise, agitação prevenível, com risco de ferimento. Também gerou ausência de usuários do acolhimento noturno sem contato com os profissionais e relação sexual imprópria entre dois usuários (um usuário com libido exacerbada e outro incapaz de responder e entender o ato sexual), como apresentado no quadro 05.

**Quadro 05**. Incidentes e situações de riscos relacionados à equipe multiprofissional. Aparecida de Goiânia. Goiás. 2017.

| **Dimensões** | **Incidentes/ Situações de risco** | **Fatores relacionados** |
|---|---|---|
| Gestão de pessoas | Ausência de abordagem individual<br>Ausência de atendimento individual a médio ou longo prazo<br>Grupos sem finalidade terapêutica<br>Descontinuidade do cuidado<br>Afastamento do tratamento<br>Saída do acolhimento noturno sem contato com os profissionais<br>Auto e heteroferimento<br>• Ato sexual de usuários dentro da unidade<br>• Briga entre usuários<br>Erro de agendamento<br>Frustração do usuário<br>Crise<br>Risco de recaída para uso de drogas | • Déficit de profissional por número de usuários<br>• Demora no atendimento por número reduzido de pessoal<br>• Sobrecarga de trabalho<br>• Cansaço profissional<br>• Ansiedade em encaminhar<br>• Falta de habilidade para manejo de situações críticas<br>• Insegurança profissional (equipe sente-se desprotegida)<br>• Negligência do profissional<br>• Despreparo profissional<br>• Preconceito e moralismo |

O baixo quantitativo de trabalhadores, incompatível com as necessidades do serviço, gera sobrecarga de trabalho, que, por consequência, provoca rotatividade de profissionais, desordem dos prontuários, desmotivação e negligência dos profissionais, descontinuidade dos acordos firmados em reunião de equipe, falta ou erros de comunicação, insatisfação e baixa produtividade. Estes fatores expõem os usuários a incidentes que podem inviabilizar seu desenvolvimento terapêutico, bem como dificultar sua adesão ao tratamento necessário para sua reabilitação (OLIVEIRA et al, 2014a; FERREIRA; MEDEIROS; CARVALHO, 2017).

Resultados do estudo de Silva-Batalha e Melleiro (2016) mostraram que o dimensionamento de pessoal, a carga e a jornada de trabalho, as condições em que o trabalho é exercido, a formação e o comprometimento profissional são os principais fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência e do cuidado seguro ao paciente. Identificaram que o cotidiano

da assistência e o dimensionamento de profissionais constituem etapa fundamental por interferir nos processos administrativos e, consequentemente, no planejamento da assistência em saúde, favorecendo e fortalecendo a qualidade do cuidado e a cultura de segurança para pacientes e equipe dentro das instituições de saúde (DUARTE et al., 2015).

Estudo realizado em São Paulo, Brasil, identificou que os principais fatores para a ocorrência de incidentes em duas unidades de saúde foram a sobrecarga de trabalho advinda do cansaço e a falta de atenção dos profissionais (DIAS et al., 2014).

No estudo qualitativo realizado em um serviço de saúde mental e em um centro de saúde da família de Fortaleza/Ceará, Brasil, os profissionais apontaram sentimento de despreparo e impotência para lidar com os casos clínicos de adultos com transtornos mentais severos, que diariamente chegam ao serviço. Ainda enfatizou que se tratam de profissionais que permanecem com a bagagem prática inserida na clínica tradicional, apreendida durante a formação (JORGE et al., 2015). O despreparo dos profissionais pode ter amplas consequências para o sistema de saúde e leva à redução da qualidade do atendimento ao paciente (SOHN, 2013; HEZAVEH; RAFII; SEYEDFATEMI, 2014).

Deficiências na formação profissional torna-se uma ameaça constante que compromete a segurança do paciente. Esse aspecto tem relação com a dissonância entre os níveis de responsabilidade, investimento no aprimoramento profissional e baixo reconhecimento social (PEDREIRA; CHANES, 2011). Para os mesmos autores, esforços em manter o preparo da equipe com alto nível de formação no cuidado direto ao paciente resultam em melhoria na qualidade da assistência em saúde e na segurança do paciente. Portanto, investir na formação dos profissionais é investir na qualidade da assistência e nos melhores resultados ao usuário.

Variados aspectos dificultam a atenção adequada ao usuário no processo de tratamento. As falhas internas do ambiente e profissional, juntamente à falta de informação do indivíduo que ali se insere, acarretam nele desmotivação, falta de acolhimento e desistência.

Agitação na unidade prevenível:

> *"Usuário agitado, causa estresse demais nos outros usuários. Ele pode ficar irritado por qualquer coisa, desde uma consulta que está demorando, e começa a falar e todo mundo responde a mesma coisa: nossa é mesmo! A demora no atendimento é porque tem pouco profissional e muito atendimento para fazer. Então você tem que ter um cuidado danado*." (P4 – CAPS AD III)

> *"O R. chegou bem, mas ele pode ter se sentido intimidado pelo guarda, pelas armas, mas a gente não sabe o real motivo, porque ele falava que a cada hora tinha um tipo de delírio, a gente só viu quando começou a crise."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Um usuário se escondeu em um passeio num clube. É uma situação que poderia ter trazido um dano, óbito, poderia ter se afogado. A gente ficou doido procurando, até achar demorou. Nesse intervalo poderiam acontecer diversas coisas."* (P10 – CAPS AD III)

Saída do acolhimento noturno sem contato com os profissionais:

> *"Há muito tempo tinha uma festinha e uma menina fugiu, foi embora. Ai a mãe ligou pra avisar que ela estava em casa já."* (P8 – CAPS AD III)

> *"Agora a pouco M. foi embora, ela fugiu. Já avisei a equipe, já ligamos para família."* (P9 – CAPS AD III)

Relação sexual imprópria entre dois usuários:

> *"Teve caso o caso de flagrar usuários fazendo sexo, mas a menina pelo jeito não entendia o que estava acontecendo"*. (P1 – CAPS III)

> *"A porta estava aberta e o cara entrou, ninguém percebeu. Em um minuto ele já usou a menina e saiu. Foi um incidente grave."* (P2 – CAPS III)

Estudo de Brickell et al (2009) apontou ocorrência de violência e contato sexual como EA em serviços de saúde mental, relacionados às condições de trabalho, como condições precárias de trabalho, alta carga de trabalho e falta de autonomia, que afetaram a capacidade de prevenir, detectar e responder a esses incidentes de segurança do paciente.

A unidade de saúde tem como obrigações respeitar, proteger e realizar cuidado seguro, zelando pelos direito à liberdade e à segurança pessoal. A

falha em cumprir uma dessas obrigações acarreta séria violação dos direitos humanos do paciente (ALBUQUERQUE, 2016).

Os direitos humanos do paciente versam sobre garantir a dignidade inerente a todo ser humano. Seu reconhecimento pelos profissionais reverbera em benefício aos pacientes e contribui para disseminação de uma cultura de direitos humanos nos ambientes de cuidados em saúde (MALUF, 2018).

Os profissionais das unidades têm obrigações jurídicas de proteção, vinculadas ao papel intransferível das autoridades estatais em prover condições dignas de cuidados em saúde para pacientes e de trabalho para os profissionais das unidades de saúde (ALBUQUERQUE, 2016; MALUF, 2018).

A falta de profissionais também resulta em adaptações em planos terapêuticos que não são os indicados, por interferirem negativamente na efetividade do cuidado.

> "*Tem usuários que precisam de mais seções de psicoterapia, aqui só faz psicoterapia breve, não temos psicólogos para longo prazo.*" (P7 – CAPS AD III)

Um dos principais fatores a serem considerados para a indicação de atendimento individual é o grau de severidade do adoecimento no momento. Nesse sentido, o acolhimento dos casos mais graves pode ser entendido como critério para o atendimento individual, que permite atenção personalizada e direcionada, ao focar no processo patológico. Assim que há melhora do quadro, o atendimento em grupo configura como estratégia terapêutica efetiva por priorizar ações em saúde mental, para recuperação e promoção de saúde, pois, no grupo, o foco é o indivíduo e não o tipo de sofrimento psíquico (MOTTA, MORÉ; NUNES, 2017).

O déficit de profissional por número de usuários faz com que os grupos terapêuticos tenham mais de 30 usuários. O grupo terapêutico deve potencializar as trocas dialógicas e o compartilhamento de experiências para melhoria da adaptação ao modo de vida individual e coletiva (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006). Com esta quantidade de participantes as trocas ficam prejudicadas quanto ao apoio e suporte emocional, sendo potencial para ocorrência de situações iatrogênicas.

Não há participação nem coparticipação necessárias e suficientes nas atividades de grupo. Por consequência, a inclusão de cada indivíduo torna-se parcial, afetando não só as questões individuais deste, mas também o rendimento grupal.

> *"Se tiver mais profissionais dá para fazer grupos com máximo de 15 usuários, seria o ideal, dois profissionais e 15 usuários."* (P6 – CAPS III)
>
> *"Temos que ter um leque maior de grupos, mas falta profissionais, cada um aqui faz no mínimo dois a três grupos durante a semana."* (P5 – CAPS AD III)
>
> *"Tinha 3 grupos a tarde ao mesmo tempo, foi um desconforto, tivemos que tirar um."* (P6 – CAPS AD III)
>
> *"Tem dia que essa sala está lotada, grupo com mais de 30 pessoas. Não chega nem a ser roda de conversa, é roda de palavra. O psicoterapeuta às vezes nem escuta a pessoa."* (P8 – CAPS III)
>
> "E*stava conversando até em uma roda de conversa, mas que conversa? Como eles vão conversar se o grupo tem 40 pessoas*" (P9 – CAPS AD III)

Os grupos sem finalidades terapêuticas resultam em incidentes como descontinuidade do cuidado, frustação e ansiedade ou crise do usuário, pois o processo grupal não gera o acolhimento esperado.

A insuficiência de profissionais, incompatível com as necessidades do serviço, gera sobrecarga de trabalho, resultando em agendamento errado de consulta médica e desmarcação sem avisar ao usuário, assim como ruídos de comunicação, que são fatores dificultadores nas atividades da equipe, levando os profissionais a culparem uns aos outros pelas falhas, o que suscita desgaste emocional, atrasos e/ou omissão na administração de medicamentos (SILVA et al, 2007).

As lacunas na comunicação entre os profissionais dificultam a interação com os usuários, ocasionando fatores estressantes para ambos envolvidos. Estas confusões de informação desarmonizam o trabalho em equipe e podem desencadear fraquezas dos usuários, que poderiam ser evitadas.

> "*Às vezes há agendamento de consultas errado, tipo marcar na data errada ou marcar com o usuário e esquecer de colocar na agenda. Aí o usuário mostra o papel com a data e não está na agenda*". (P1 – CAPS III)
>
> *"Marcar consulta na data errada já aconteceu, ele veio e perdeu a viagem. Vai que ele fica tão nervoso que acaba quebrando tudo aqui. Começa sendo um incidente sem dano para um com dano. Ele teria uma crise de ansiedade sem necessidade. Também tem oficina suspensa e não avisada."* (P7 – CAPS III)
>
> "*Tem vezes que desmarca e não avisa o usuário ou liga para desmarcar consulta, não encontra a pessoa. O usuário no outro dia aparece e não tem atendimento."* (P8 – CAPS III)
>
> *"Há agendamento e consultas errado, tipo marcar na data errada."* (P11 – CAPS AD III)
>
> *"A gente esquece de anotar alguma coisa, a gente pega o caderno para anotar, ai alguém chega e interrompe. Depois não anota mais, não lembra."* (P10 – CAPS AD III)
>
> *"Você marca só para o usuário, aí avisa para o usuário e esquece de colocar na agenda. Também acontece de desmarcar e não avisar o usuário, ele fica agitado quando chega aqui. Às vezes a gente liga mas nem sempre encontra o usuário para avisar, ai é diferente."* (P9 – CAPS III)

A comunicação é essencial para o alcance de êxito técnico nos comportamentos dos indivíduos e nos indicadores de saúde. Deve ser voltada ao entendimento, à escuta e à valorização dos usuários no cuidado em saúde. Aponta-se a necessidade de incorporação de reflexões e EPS sobre comunicação no relacionamento entre trabalhadores das unidades saúde, que os permitam aprender, no seu cotidiano de trabalho, de forma problematizadora, para a produção de uma comunicação que valorize, com maior propriedade, as demandas dos serviços e as necessidades dos usuários, com foco na escuta qualificada e na participação de processos que promovam a emancipação dos sujeitos assistidos (CORIOLANO-MARINUS et al, 2015).

Revisão da literatura demonstrou que a comunicação escrita continua sendo o veículo mais comum de comunicação dos profissionais de saúde. No entanto, pode levar a vários resultados negativos, dentre eles a descontinuidade do atendimento, a insatisfação do paciente e o comprometimento da segurança do paciente (VERMEIR et al., 2015).

A sobrecarga de trabalho gera profissionais cansados que não realizam, correntamente, as ações de cuidado, o atendimento individual e a escuta. É visível a ansiedade em prestar atendimento rapidamente para atender as demais ações da rotina da unidade. Isso leva a encaminhamentos de usuários erroneamente para outras unidades ou encaixes em planos terapêuticos inadequados.

A sobrecarga de trabalho e a superlotação nas unidades são desencadeantes de desgaste físico e emocional, além de gerar sentimento de impotência e sofrimento em função da necessidade de priorização das atividades (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

> *"Eu perguntei para uma colega se ela estava sobrecarregada de usuários, se ela acha que isso poderia ser uma situação de risco. Porque a gente não vai dar conta de cuidar como deveria e acaba que passam despercebidas muitas coisas*." (P6 – CAPS AD III)
>
> "*Com a demanda aqui é impossível eu conhecer todo mundo, falar com todo mundo e entender a necessidade de cada um ali*. *E um tempinho que você dar ali você pensa "nossa, eu poderia evitar tanta coisa aqui", mas não dá porque o tempo é corrido.*" (P2 – CAPS III)
>
> *"Há excesso de usuários no atendimento diurno, pode ser um risco porque a gente não vai dar conta, faz PTS rápido, encaminha para onde dá, e às vezes não é o melhor para ele*." (P4 – CAPS AD III)
>
> *"Do jeito que está corrido, daqui uns dias a gente põe um surdo no grupo de música* [risadas]*."* (P9 – CAPS AD III)
>
> "Às *vezes a gente não consegue dar toda essa atenção para o usuário. Tem usuário que a gente consegue ter proximidade maior. E por isso alguns até abandonam o tratamento por não se sentirem acolhidos. Pode ser uma hipótese no abandono de tratamento e a gente já coloca isso como dano."* (P2 – CAPS III)

O cansaço profissional também se dá devido a duplas ou mais jornadas de trabalho, que expõem o profissional ao estresse, resultando em sintomas de síndrome de *Burnout,* como fadiga crônica e redução da capacidade de trabalho, aumentando assim o risco de eventos adversos, sendo um grande problema para o sistema de saúde (FRIGANOVIC et al, 2017).

> "*A gente sabe que o pessoal da enfermagem, sai de um trabalho à noite e sai de um turno... Sai de um trabalho já vai para o outro. Então lógico que vai correr risco acidente*." (P4 – CAPS III)

O cansaço profissional interfere na atenção que o mesmo tem no desenvolvimento dos processos de trabalho.

> "*Se você está limpando um banheiro e tem um probleminha, está cansado e tem um litro de álcool, um usuário que é alcoolista pode pegar e você nem vê*." (P1 – CAPS AD III)

A insegurança do paciente também foi relacionada à insegurança do profissional.

> *"As condições de trabalho fazem com que a gente se coloque em uma situação de risco e não consegue dar amparo suficiente ao paciente. A demanda é grande para pouco funcionário. E isso é um risco primeiro para o usuário e nós porque sobrecarrega a gente. É complicado pensar na segurança do ambiente de trabalho porque ela não envolve só o paciente."* (P2 – CAPS III)

A equipe sente-se desprotegida no ambiente em que trabalha.

> *"Eu acho necessário uma lei judicial numa unidade de saúde para ter uma segurança maior. A gente não tem isso, a maior segurança que tem aqui é Deus. A gente fica com medo, precisa de uma cobertura."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Aqui não temos segurança, não tem um guarda, aqui quem trabalha mais é mulher. A maioria dos profissionais é mulher e a gente se não se sente segura."* (P2 – CAPS AD III)

> *"Em um dos episódios de briga entre os usuários eu entrei no meio de dois, fui orientado a não fazer isso, mas eu fiz, foi espontâneo na busca de evitar. Se tivesse uma segurança talvez eu não tivesse me exposto."* (P8 – CAPS AD III)

> "A *gente nunca tinha parado para pensar em revistas dos usuários, mas nunca tinha acontecido algo como tentativa de incêndio, até que isso fosse preciso ser implementado."* (P12 – CAPS III)

> *"Teve caso de um profissional da equipe entrar no meio da briga pra tentar apaziguar."* (P11 – CAPS AD III)

> *"Aqui já teve um que foi esfaqueado, tinha tráfico de drogas aqui na frente, não tem proteção.*" (P5 – CAPS AD III)

O medo dos usuários está tão presente no cotidiano do CAPS que as falas demonstram preconceito, que aparentemente os profissionais não percebem.

> *"Houve caso de um usuário que pediu para eu fazer a abordagem com ele, era super violento, eu falei faço a abordagem, mas eu quero que o guarda esteja próximo. Mas isso nem sempre é possível, então não vou fazer a abordagem, quem é que vai cuidar da minha vida? Ele só não fez nada porque tinha um guarda, se não tivesse eu tenho certeza que ele tinha feito alguma coisa."* (P11 – CAPS AD III)
>
> *"A gente fica com medo, precisa de uma cobertura. Comigo ainda não aconteceu nada, eles respeitam a gente, mas tem pessoas aqui do mundo da criminalidade."* (P1 – CAPS AD III)
>
> *"Somos humanos, tem preconceito, tem moralismo, tem tudo isso sim"* (P10 – CAPS III)
>
> *"As pessoas tem um preconceito tanto com a dependência química como também com o transtorno, principalmente com pessoas em situação de rua. Têm pessoas que chegam no serviço com questões de higiene precária, o próprio profissional do tem atendimento tem preconceito. Não, não vou atender fulano porque ele bebeu'."* (P8 – CAPS AD III)

O estudo de Vargas et al (2015) identificou que a vivência e o trabalho em CAPS possibilitam a mudança de concepção dos trabalhadores. Antes de sua atuação no CAPS, o profissional apresentava um julgamento preconceituoso e baseado no senso comum, relatando sentimento de medo, descontruído após convivência com os usuários. Já no presente estudo o contato com os usuários gera medo e insegurança no profissional, devido a presença de situações de violência entre usuários e tentativas de auto-extermínio.

O medo do público que será assistido impossibilita a formação de vínculos e práticas afetivas no cuidado, configurando um cuidado sem o devido planejamento terapêutico.

Ao fazerem referência à violência e à necessidade de uma pessoa da área da segurança (que é preparada para repressão), os profissionais trazem um sentido vivido no hospital psiquiátrico, ao condicionar o cuidado a depender das condições em que a pessoa se apresenta.

A inabilidade técnica e a insegurança para atender aos usuários dificultam um tratamento mais humanizado nos momentos em que eles mais precisam, pois, diante de situações críticas, a polícia é a primeira, as vezes a única, a ser chamada para tentar contê-los e encaminhá-los aos hospitais. Sendo que esta é treinada para conter os indivíduos que apresentam “risco à sociedade”, não possuindo treinamento para lidar com tais situações, que envolvem sofrimento mental (VIEIRA et al, 2018).

Dentre as formas de alívio para evitar a combustão e o medo, destacam-se a educação permanente, a autogestão e a autoanálise, que favorecem a existência de espaços onde o trabalhador possa se expressar e buscar possibilidades, visando aumentar sua capacidade de agir e gerando mudanças no trabalho (WANDEKOKEN et al, 2017).

A segurança do paciente está relacionada à qualificação e à habilidade profissional.

> *“Pode esquecer coisas tóxicas, às vezes a pessoa da limpeza não tem noção do risco disso, e deixa no banheiro coisas de limpeza.”* (P4 – CAPS AD III)

Percebemos pouca habilidade para manejo de situações críticas, resultando na proibição da entrada de usuários do serviço, contrariando a normativa ministerial do CAPS ser portas abertas à população, que garante acesso direto ao serviço, por demanda espontânea e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012d).

> *“Um exemplo que não entra aqui é aquele paciente que estava fazendo o uso de álcool escondido, o M. Ele já tinha passado no acolhimento, na vistoria e eu fui lá e vi a garrafinha de álcool escondida no colchão, mas foi por acaso. Seria interessante vistoria todo dia.”* (P11 – CAPS III)

A dificuldade do profissional em mediar situações críticas que envolvem violência resulta em suspensão do tratamento como alternativa para minimizar o risco à segurança do usuário.

> *“Suspensão do J. Precisei afastar ele, para sua segurança. Ele agrediu um usuário e foi ameaçado de morte, isso apresenta certo risco”* (P5 – CAPS AD III)

Em situação semelhante, o afastamento se deu como forma de cuidado, onde o profissional faz um rearranjo no PTS junto ao usuário, não havendo suspensão do tratamento, apenas afastamento das relações interpessoais de risco.

> *"O usuário falou que ele sofreu ameaça da sua própria vida. Orientei a se afastar do CAPS, pois ele está em acolhimento diurno e vir só em um grupo, me procurar quando chegasse. Acho que mesmo assim teve um dano na interrupção do tratamento. Ele aceitou bem isso, foi uma perda para proteção dele, porque ele estava correndo risco de morrer aqui dentro."* (P6 – CAPS AD III)

É imprescindível que os profissionais atuantes em serviços de saúde desenvolvam habilidades clínicas, técnicas e não técnicas (HNT). As HNT referem-se aos fatores sociais e cognitivos, como comunicação, trabalho em equipe, liderança, tomada de decisões e percepção da situação, que podem influenciar o desempenho eficiente e seguro do trabalho (IRWIN; WEIDMANN, 2015).

As HNT são elementos importantes da segurança do paciente, uma vez que os desafios na atenção aos pacientes não se devem à falta de conhecimento clínico, mas sim a falhas em lidar com situações críticas emergenciais que demandem habilidades não técnicas. Investir em treinamento nos diversos serviços de saúde, para melhorar as habilidades não técnicas, configura importante fator para aumentar a segurança dos pacientes e alcançar resultados clínicos bem sucedidos (IRWIN; WEIDMANN, 2015; BOET; REEVES; BOULD, 2015).

A falta de HNT, somada ao cansaço profissional, gera apatia e negligência. Estas implicam na falta de uma abordagem individual ou de atenção adequada, podendo resultar em crises, tentativa de suicídio e abandono do tratamento.

> *"Experiências que já acorreram de falar "ah, eu quero me suicidar, colocar fogo" e realmente o profissional não deu tanta importância, não passou pra equipe. Ele chegou em casa e fez, isso é negligencia né?"* (P8 – CAPS III)

> *"Na recepção já agitados podem dar alguns erros. Quando eles chegam pode ter apatia na forma de abordagem e demora no atendimento."* (P2 – CAPS III)
>
> *"Tem usuário que quando aparece aqui dá vontade de esconder, não é maldade, mas estamos cansados, e pode ser que ele esteja precisando de uma atenção especial"* (P3 – CAPS III)
>
> *"N*em *sempre realizamos abordagem individual ou damos a devida atenção, pode resultar em recaída e abandono do tratamento."* (P5 – CAPS AD III)

É percebido que a execução do trabalho sob condições adversas, como disposição inadequada do ambiente, sobrecarga, tensões psicológicas extremas, estresse, falta de comunicação entre a equipes e inabilidades para atuação no serviço, sejam fatores relacionados às ocorrências éticas (ISOLDI et al, 2017) podem levar a situações de risco relacionadas aos cuidados prestados, como demonstrado no quadro 06.

**Quadro 06**. Incidentes e situações de risco relacionados aos cuidados prestados pela equipe multiprofissional. Aparecida de Goiânia. Goiás. 2017.

| **Dimensões** | **Incidentes/ Situações de risco** | **Fatores relacionados** |
|---|---|---|
| Cuidados prestados<br>• Acolhimento\ vínculo<br>• Escuta qualificada<br>Elaboração do PTS | Não iniciar o tratamento<br>Abandono do tratamento<br>Não atendimento a necessidade do usuário<br>Tentativa de suicídio<br>Recaída para uso de drogas | • Despreparo profissional<br>• Demanda do usuário diferente da demanda do profissional<br>• Ofertar apenas grupos existentes dentro do CAPS<br>• Não escuta ao usuário<br>• Abordagem terapêutica incorreta<br>• Interrupções no atendimento |

O preparo adequado para o desenvolvimento do trabalho dentro do CAPS permite o alinhamento e a comunicação efetiva entre profissional e usuário. O insucesso terapêutico também é percebido pelos profissionais, pois a demanda do usuário é diferente da demanda do profissional, ou seja, o profissional elabora um projeto terapêutico para o usuário que o mesmo não está apto a cumprir. Incluo que, por vezes, o usuário não compreende o que é PTS e/ou não sabe da sua existência e acredita que para frequentar o CAPS

deve participar de atividades estabelecidas, comprometendo a real finalidade terapêutica dos grupos.

> *"Nós somos limitados eu já coloquei isso na minha mente que nem tudo está ao meu alcance. Procuro lançar um outro olhar sobre os usuários, valorizar as pequenas conquistas e avanços, não gerar uma demanda minha, projetar nele algo meu."* (P5 – CAPS AD III)

> *"Às vezes almejamos cura, abstinência, e não é para isso que o usuário está preparado".* (P7 – CAPS AD III)

Nesse sentido ressalta-se que o PTS deve ser construído de forma coletiva, onde o protagonismo é do usuário, visando a autogestão de sua vida de forma saudável, respeitando seus limites e desejos.

> *"Acho que nós queremos respostas rápidas para aquele usuário que está dando informação. Ele fala que conseguiu um serviço, aí você quer desligar ele do CAPS rapidinho. 'Nossa você estava trabalhando, tem dois meses que você não vem aqui, então nós vamos tirar você do CAPS, então vou jogar você lá para a estratégia'*." (P8 – CAPS III)

Muitas vezes, também o profissional escuta brevemente o usuário, tirando conclusões pessoais sobre suas necessidades, sem escutar atentamente toda sua história. Com isso redireciona, com encaminhamentos, por vezes inadequados, fazendo com que o usuário permaneça sem ter suas reais necessidades de tratamento atendidas.

O PTS é compreendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas na lógica interdisciplinar. Apresenta-se enquanto ferramenta de cuidado, ordenador das ações do CAPS e instrumento de planejamento e gestão local, sendo uma construção coletiva do processo que produz saúde e constrói relações de cuidado (MARTINS et al, 2012; POERNER; RODRIGUES, 2016). Sua construção deve considerar a demanda do usuário, que é diferente da demanda do profissional, e incluir diversas possibilidades terapêuticas, não somente ofertar grupos existentes dentro do CAPS, pois, caso contrário, os usuários podem se sentir desmotivados para o tratamento ou desistir dele.

Lembrando que, por mais parecida que possa ser a demanda entre um e outro usuário, cada uma é pessoal e única, mesmo que o foco esteja voltado também à evolução grupal.

Na construção do PTS junto ao usuário, o profissional cumpre o dever de (re) avaliá-lo periodicamente e/ou quando o usuário desejar. A avaliação do PTS é primordial, visto que a proposta de reinserção é dinâmica e gradual, à medida que novas intervenções vão sendo implementadas. A demanda inicial do usuário tende a ser trabalhada pela equipe e familiares a fim de reduzir cada vez mais suas limitações, esperando-se, em contrapartida, que sua evolução seja contínua (SOUZA, 2015).

Dentre as atividades previstas no PTS, visando reinserção social destaca-se a realização de eventos sociais com os usuários. A promoção de encontros, festas e passeios, oficinas de trabalho e arte possuem efeitos terapêuticos, pois resgata uma importante atividade de lazer e oferece possibilidades de participação e assunção de responsabilidades de participação social (AMARANTE, 2013).

O PTS deve atender as necessidades do usuário, ser atrativo e envolvente para evitar a recusa do início ou abandono do tratamento. Para isso, é necessário tempo, paciência e escuta qualificada para a construção do PTS.

Em uma leitura é considerável acentuar os impactos de algumas limitações dentro dos serviços oferecidos.

> *"Temos a dificuldade de elaborar um projeto terapêutico singular no boas-vindas. Porque o momento em grupo é rápido e às vezes não tem uma oficina que se encaixe. A gente dá as orientações em grupo e faz atendimento individual. Só que a dificuldade é saber qual grupo vai colocar ele. Tem usuário que chega e não tem nenhum grupo para colocar e aí acaba em um grupo que não é o ideal. Não tem, às vezes, um grupo que vai ao encontro à demanda dele. A gente o insere em um mais próximo do caso dele, então acho que é um possível erro."* (P5 – CAPS III)

A limitação do cuidado, apenas a possibilidades de grupos e oficinas do serviço, numa espécie de cardápio estabelecido, pode gerar desmotivação e/ou desistência do tratamento.

Como dificultador no delineamento do PTS, muitos profissionais ofertam apenas grupos existentes dentro do CAPS como estratégia terapêutica, configurando a assiduidade no grupo como requisito para ser pertencente ao CAPS. Ou seja, tem direito a consulta médica e dispensação de medicamento se participar de grupo do CAPS.

> *"Às vezes a pessoa tem demanda para o serviço, porém tem uma recusa para participar dos grupos no CAPS."* (P1 – CAPS III)

> "*Um erro que pode acontecer no projeto, é um projeto terapêutico mal elaborado. Encaminhar para um grupo que não faz diferença para ele* [usuário], que vem só para poder ter direito a pegar seus remédios*."* (P3 – CAPS III)

A imposição de condições para o tratamento, sem motivação pessoal, é um fator dificultador para adesão do usuário ao tratamento, que pode interferir no tratamento dos demais dentro do CAPS, sendo um fator de vulnerabilidade para ocorrência de incidentes.

> *"Tem um usuário encaminhado para a justiça, porque cometeu algum crime e ele só usa maconha, e a justiça manda para o CAPS. Nós o deixamos em atendimento diurno. Às vezes o usuário da maconha não representa uma possibilidade de redução de danos, não quer. Se tem outro que quer parar com esse uso, e vê esse usuário fumando maconha, e o traficante na cara dele, justamente no ambiente que ele escolheu para ficar longe da maconha, o serviço passa a ser um risco."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Uma coisa que deu na minha cabeça, um usuário de acolhimento noturno é diferente do usuário de diurno. Ela recaiu pela oferta (de droga) de um usuário de diurno que estava aqui, devido a fissura. Temos que pensar intervenções de acolhimento específicos, diminuir a probabilidade de incidência disso, que sempre acontece".* (P8 – CAPS AD III)

O acolhimento e o vínculo são ferramentas interdependentes e inerentes ao cuidado com qualidade no CAPS, e só funcionam com comprometimento da equipe (COIMBRA et al., 2013). Estas ferramentas de intervenção se caracterizam por serem atitudes de inclusão, por meio da escuta das necessidades que emergem da história de vida e da circunstância

vivenciada pelos usuários e suas famílias (COIMBRA et al., 2013; SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

Para um bom acolhimento e intervenção, é de suma importância a empatia para desenvolver um vínculo favorável. E, nesta disposição, a compreensão do sofrimento do indivíduo é prioridade, considerando todo o seu contexto vivencial para este trabalho.

Desenvolver o acolhimento na perspectiva da valorização do saber do outro implica na produção de efeito terapêutico em sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico, favorecendo a compreensão de suas demandas (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011), sendo chave para delinear cuidados singulares, fazendo com que desperte interesse do usuário para o tratamento e possibilidades de melhor qualidade de vida.

Promover acolhimento e vinculação exige habilidade e preparo profissional, pois o usuário em sofrimento mental muitas vezes se sente rejeitado e não compreendido em suas vontades e necessidades, o que resulta em não criação de vínculo com o serviço e, por consequência, com o tratamento, resultando em uso de drogas prejudiciais e tentativa de autoextermínio.

> *"Às vezes ele não conseguiu fazer um vínculo bom, às vezes ele não se sentiu a vontade na unidade. E ao invés de procurar a gente e conversar sobre isso eles preferem abandonar o tratamento."* (P9 – CAPS AD III)

> *"Às vezes a gente não consegue dar toda essa atenção para o usuário alguns até abandonam o tratamento por não se sentirem acolhidos. Pode ser uma hipótese no abandono de tratamento e a gente já coloca isso no dano".* (P2 – CAPS III)

Uma boa qualificação do profissional e vontade para o manejo com o usuário e sua demanda apontam para grandes chances de se obter bons resultados e continuidade do cuidado, ao não impor barreira para o cuidado.

O primeiro contato, o primeiro acolhimento deve ocorrer de forma tranquila, priorizando a escuta, sem cobrança de documentos ou burocracias, para ser efetivo.

> *"A gente escreve tudo na ficha de acolhimento e não tem toda a documentação necessária para abrir prontuário, é um evento adverso".* (P3 – CAPS III)

Não ter a documentação não é um incidente, pois não gerou dano ao usuário. Para a identificação, perguntar e registrar o nome completo ou social referido pelo usuário. Negar o atendimento devido falta de documentação se configura como incidente com possibilidades de danos.

> *"Fazemos o acolhimento sem documentos, depois ficamos insistindo para que tragam, e se não tiverem a assistente social providencia."* (P11 – CAPS III)

> *"Muitos usuários nossos não tem mais documentos, perdem na rua. Eles frequentam o CAPS sem necessidade de documentação pessoal, até a equipe conseguir uma segunda via."* (P9 – CAPS AD III)

Muitos usuários procuram a unidade, passam pelo primeiro atendimento (acolhimento), mas não retornam para prosseguir como o tratamento. Nestes casos, os profissionais não investigam o motivo das ausências nos retornos, o que faz com que o atendimento seja encerrado neste primeiro contato, mesmo se constatado que a pessoa necessita do tratamento especializado do CAPS.

> *"O usuário não dá continuidade, não voltou para o boas vindas como a gente pensou, fazemos o acolhimento, damos o boas vindas e essa pessoa nunca mais aparece. Foi isso que a gente pensou, tem um erro. Onde nós estamos errando que não conseguimos construir um vínculo? Porque não voltou? O que causa? Por que não vamos atrás desses?"* (P3 – CAPS AD III)

> *"Às vezes a pessoa tem demanda para o serviço, porém a pessoa tem uma recusa para iniciar o tratamento. Ela não quer o tratamento, por mais que ela seja perfil e tenha todo o histórico para tratar aqui. Acontece sempre por aqui."* (P4 – CAPS III)

É percebida a necessidade de busca ativa destes usuários que não retornam para a unidade como agendado, pois a não oferta de atenção em saúde resultará em agravamento do quadro patológico.

> *"Por exemplo, acolhimento, se a gente não acolhe ele vai embora. Ele perde o tratamento dele, isso é um dano. Preciso saber porque o pacientes não voltam, porque eles abandonam de repente. Com dano por exemplo, tem necessidade de tratamento, mas não retorna a unidade. Ele continua em*

> *sofrimento, tenta se matar. Começa com danos leves, chegando ao grave. Temos que fazer essa avaliação diária."* (P8 – CAPS III)

O acolhimento não deve ser entendido apenas como o primeiro atendimento ao usuário. Ele deve ser contínuo, a cada contato, pois as necessidades e dificuldades do ser humano são cíclicas, ou seja, têm momentos da vida que a pessoa está mais necessitada de atenção e acolhimento.

Para o acolhimento diário é necessário que seja feita uma abordagem correta, cautelosa e afetiva, para aproximar e cuidar da pessoa, não desencadeando mais sofrimento.

> *"Uma abordagem inadequada proporciona crise, uma abordagem bem feita evita."* (P3 – CAPS III)

> "*Você vai fazer uma abordagem com o usuário, ele fala de uma maneira que te causa medo e você fala com ele baseado no seu medo. E aí você causa outra sensação nele que já fica com raiva. Talvez abandone o tratamento, que dá sofrimento".* (P7 – CAPS AD III)

Qualquer abordagem ao usuário deve pautar-se em uma escuta qualificada, essencial para subsidiar boas práticas dos profissionais.

> *"A gente observou que o CAPS pode se tornar um ambiente de risco também, por isso a gente tem que fazer essa escuta boa. Se ele sai do CAPS num momento que ele não está muito bem e desencadear uma crise, pode ser um fator de risco pra ele ao invés de ser um fator de proteção."* (P6 – CAPS AD III)

> *"A nossa profissão é nossa escuta, para que não ocorra dano ao paciente. Às vezes a gente ouve, mas não escuta o que é realmente necessário. Faz um atendimento que não vai ser efetivo, porque não escutou, não entendeu o usuário."* (P14 – CAPS III)

A escuta qualificada e o acolhimento realizados adequadamente contribuem efetivamente para a superação do mito construído ao longo dos anos, de que as ações de saúde prestadas pelos serviços públicos são de má qualidade, que seus profissionais são desqualificados e que os serviços de "ponta" estão no setor privado. Em contrapartida, se o acolhimento é tomado como um pronto atendimento e triagem a ser realizada na porta de entrada do

serviço, pode perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades ao SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, ao vínculo e à corresponsabilização (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

A comunicação com os usuários, para ser efetiva, deve ser tranquila. As interrupções no momento dos atendimentos prejudicam a escuta e consequentemente o cuidado.

> *"Você traz o cara para uma sala que não é adequada para o acolhimento. Ele está ali falando de si, todo sofrido, começa um entra e sai que o inibe, ele perde o raciocínio."* (P5 – CAPS AD III)

> *"Tem a escuta inadequada, às vezes em um dia de correria o usuário quer atenção. A gente fala rápido, no corre, corre acaba atrapalhando mais."* (P4 – CAPS AD III)

A ocorrência de interrupções é constante no ambiente de cuidados de saúde, uma vez que envolve presença de usuários, familiares e profissionais com dinamicidade da assistência. As interrupções desnecessárias de forma frequente geram frustração, estresse e desmotivação do profissional, pois têm efeito prejudicial no desempenho da atividade e podem comprometer a atenção, o processo de decisão do profissional e sua eficiência (MONTEIRO; AVELAR; PEDREIRA, 2015), que são essenciais para inclusão do usuário e do familiar no processo de cuidado.

É percebido que muitas vezes o usuário não tem autocrítica sobre seu adoecimento e possibilidades terapêuticas, o que pode ser um risco para o agravamento do seu quadro. Nestes casos a equipe deve ter sensibilidade para realizar o acompanhamento à família no CAPS, cuidando e preparando a mesma para assistir seu familiar adoecido, podendo fazer com que o mesmo futuramente se sinta motivado a frequentar a unidade.

> *"Teve uma menina com perfil. Só que ela não tinha a consciência da doença. Ela falou que não ia tratar e não queria tratar. Mesmo tentando convencê-la de todos os jeitos. A família queria muito que ela se tratasse só que ela não queria de jeito nenhum. A gente até tentou outras formas, a S. tentou com ela sozinha, tentou diversos tipos de abordagem, mas no final das contas disse que não viria e não veio. Porque ela já tomava um remédio e achava que só que ele estava bem e não precisava de mais nada. E as implicações provavelmente no*

> *futuro, poderiam ter o agravamento maior pela doença."* (P11 – CAPS AD III)

As abordagens de cuidado e gestão sobre o tratamento devem se estender para a família, sendo esta corresponsável e parceira, promovendo um cuidado com mais segurança, reduzindo os riscos de agravamento e aumentando as chances de êxito. O quadro 07 demonstra incidentes e situações de risco relacionados ao envolvimento familiar

**Quadro 07**. Incidentes e situações de risco relacionados ao envolvimento familiar, destacados pelos profissionais da equipe multiprofissional. Aparecida de Goiânia. Goiás. 2017.

| **Dimensões** | **Incidentes/ Situações de risco** | **Fatores relacionados** |
|---|---|---|
| Envolvimento familiar | - Agravamento da situação clínica e psicossocial (ansiedade) do usuário<br>- Crise<br>- Não adesão ao tratamento<br>- Abandono do tratamento | • Indisponibilidade da família em acompanhar o usuário<br>• Adoecimento do familiar<br>• Baixa assiduidade de grupo familiar |

Em relação à família, os profissionais destacam que a indisponibilidade destas em acompanhar o usuário, a baixa assiduidade do familiar nos grupos de família e até mesmo o adoecimento do familiar simultâneo ao do usuário geram riscos de ansiedade, de crise do usuário, abandono ou mesmo o não início do tratamento.

> *"A família chega aqui querendo que resolva, mas não liga, não vem aqui."* (P8 – CAPS III)

> *"Abandono do tratamento devido à dificuldade de acesso ao serviço ou falta de apoio familiar."* (P2 – CAPS AD III)

> *"Ele não tem uma moradia, se ele não tem um vínculo com a família fica complicado, pensa 'eu vou para a guerra mas não tenho nenhum revolver'."* (P8 – CAPS AD III)

> *"A gente vê que a família está mais adoecida que o usuário, ai tem que tratar o ambiente familiar."* (P9 – CAPS AD III)

> *"Tem o grupo de família, vem sempre os mesmos. São poucos diante do tanto de usuários."* (P1 – CAPS AD III)

A influência da família no processo terapêutico do indivíduo é fundamental para manter uma estrutura para o tratamento, e eleva as

possibilidades de sua eficácia. A família deve ser vista como aliada na segurança do paciente, respeitando-o como ser único e compreendendo que suas necessidades são individuais. Considera-se que a família passa ser o ator principal durante o período de atenção à saúde, principalmente em caso de pacientes psiquiátricos, que necessitam de compreensão e de cuidados, considerando seu diagnóstico e sua capacidade de decisão, estabelecendo-se, assim, o binômio paciente-família (BOHOMOL, 2011).

Com a Reforma Psiquiátrica houve restrição do acesso às internações psiquiátricas, assim a responsabilidade maior recaiu sobre a família, que, se não for bem assistida, faltará estrutura para suportar a situação de doença, ocasionando a desestruturação familiar, com prejuízos para o tratamento do usuário. Ao passo que o apoio recebido pode reduzir as internações. As estratégias de políticas públicas para a saúde mental devem cumprir o seu papel, oferecendo todas as formas de atendimento às famílias dos portadores de transtorno mental (AMARANTE; DIAZ, 2012).

Para a inclusão da família no tratamento, deve-se conhecer seu contexto, sendo uma potente estratégia da equipe do CAPS na atenção à saúde mental, no sentido de potencializar o enfrentamento das adversidades impostas no seu cotidiano (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Esta integração pode ser considerada um ponto-chave na relação e no cuidado família-paciente e profissionais-família. Quando a família participa das responsabilidades e das decisões do cuidado, os profissionais de saúde devem se instrumentalizar para estabelecer um vínculo próativo, reconhecendo-as como pessoas próximas o suficiente do paciente e auxiliando-as a desenvolverem sua capacidade de decisão (BOHOMOL, 2011). Desta forma, garantir canais efetivos de comunicação, participar na estrutura organizacional; encorajar pacientes e familiares a expressarem suas dúvidas e anseios; respeitar e valorizar as opiniões e questionamentos do paciente e educá-lo para que possa participar de seu cuidado e tratamento de forma efetiva são ações primordiais para a criação de uma cultura centrada no paciente e no familiar (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2006).

A família deve ser assistida constantemente, pois pode sofrer com sobrecargas de cuidados para com a pessoa adoecida (CAVALHERI, 2010), e assim adoecer junto.

O não envolvimento familiar pode ser percebido desde o primeiro contato com o usuário, pois o mesmo vai à procura de tratamento sozinho. Neste momento o CAPS deve acolher o usuário e incluir, como prática no PTS, ações de aproximação e vinculação da família.

> *"Chegou para fazer o acolhimento e não trouxe familiar. Se pedíssemos para voltar com o familiar provavelmente ela não voltaria."* (P3 – CAPS III)

> *"Outro problema no acolhimento é eles virem desacompanhados, porque às vezes a pessoa não sabe expor tudo aquilo que a gente precisa, para poder dar continuidade ao tratamento. Isso acontece frequentemente, aí no boas vindas, um erro que pode acontecer é um projeto terapêutico mal elaborado."* (P7 – CAPS III)

A família precisa ser preparada para compreender a patologia do indivíduo, para respeitar suas limitações, compreendendo sua singularidade e seu papel no tratamento. Caso contrário, a convivência familiar interferirá no processo de reabilitação e reinserção social (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Dentro dos diversos objetivos terapêuticos, é significativo discutir questões ligadas à integração dos familiares ao tratamento, promovendo movimentos como, por exemplo o dia da família, oportunizando relações e lazer aos usuários e familiares que se integram a unidade.

No reconhecimento do contexto para inclusão do papel do familiar, a visita domiciliar é uma ferramenta, um dispositivo de cuidado que tende a fortalecer vínculos e construir pontes entre sujeitos, serviços e sociedade (SOUZA, 2015).

As visitas domiciliares configuram-se como uma assistência resolutiva aos problemas de saúde dos usuários, podendo evitar internações desnecessárias, ao aproximar mais o profissional da realidade familiar, permitindo a identificação das necessidades de saúde dos usuários precocemente, sendo ferramenta de prevenção de agravos e promoção da saúde subutilizada (GARCIA et al, 2019).

Os registros dos atendimentos constituem outra importante ferramenta do cuidado que, ao não ser empreendida, prejudica a interlocução entre os profissionais.

O registro do atendimento prestado ao usuário é uma forma de comunicação escrita eficaz e facilitadora para a continuidade do trabalho da equipe multiprofissional. Sua ausência resulta em situações de riscos e incidentes (quadro 08).

**Quadro 08**. Incidentes e situações de risco relacionados aos registros destacados pelos profissionais da equipe multiprofissional. Aparecida de Goiânia. Goiás. 2017.

| Dimensões | Incidentes/ Situações de risco | Fatores relacionados |
|---|---|---|
| Registros | Descontinuidade do tratamento<br>Realizar mesmo cuidado mais de uma vez | • Registro incompleto ou inexistente<br>• Letra ilegível<br>• Falta de padronização na rotina do trabalho<br>• Boicote aos acordos firmados na reunião de equipe<br>• Falta de treinamento e discussão dos riscos<br>• Perda de registros |

No estudo foi evidenciado que o registro é reconhecido como um gargalo, devido a letra ilegível ou registros incompletos. Isso resulta em descontinuidade do tratamento ou realização da mesma ação de cuidado mais de uma vez, como trocas de curativos no mesmo período, podendo gerar agressão à pele do usuário.

> *"Faço uma atividade e não registro de forma completa, apenas participou da oficina, básico."* (P2 – CAPS III)
>
> *"Registra, 'passou bem no período', só isso, tem um curativo pra fazer vou lá e faço, a troca que era a cada 24 horas é feita em menos de 12 horas."* (P8 – CAPS III)
>
> *"Tem muita coisa pra fazer, às vezes deixa pra evoluir no outro dia, muita coisa esquece".* (P1 – CAPS AD III)
>
> *"Tem letra aqui que é garrancho, não dá pra entender tudo".* (P4 – CAPS AD III)

A ausência de registros de ações - tais como a necessidade de contato com o usuário após avaliação individual, em que o mesmo se apresenta vulnerável, necessita de cuidados próximos e que não quer ficar em AN - acaba por provocar o retardo no início ou abandono do tratamento. Isso resulta

em não atendimento da necessidade do usuário e/ou crises e recaída para uso de drogas.

> "*Prejudica muito, até a semana passada eu falei disso. Vieram com uma história de alguém que tentou se matar, e eu perguntei como. Eu nem sabia dessa história, não tinha nada registrado".* (P1 – CAPS III)

> *"Não há padronização da forma de trabalho, a gente diz muito de falar a mesma linguagem, independente da profissão, mas não temos um padrão estabelecido".* (P4 – CAPS III)

> *"Eu faço um registro que aprendi na minha profissão, talvez outros pessoas não compreendam, se houvesse um treinamento e discussão para padronizar poderia reduzir os riscos."* (P8 – CAPS AD III)

O processo de padronização requer, *a priori*, a capacitação e a sensibilização da equipe sobre a importância de um registro completo, e concomitante estabelecimento de protocolos ou procedimento operacional padrão (POP), que garantem continuidade da assistência de forma segura, além de serem respaldo ético e legal para os profissionais.

> *"Tem gente que não sabe da importância do registro, porque já discutimos isso em reunião de equipe. Já firmamos o acordo de melhorar as evoluções, como firmamos outros acordos, mas desrespeitam e não mudam."* (P2 – CAPS AD III)

Somente com a real compreensão da importância dos registros completos e fidedignos, o profissional irá desenvolver tal ação, superando a percepção de ser perda de tempo e/ou apenas função burocrática.

> "*Perde-se muito tempo com burocracia tem que registrar no prontuário, RAAS* [Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde] *e BPA* [Boletim de Produção Ambulatorial]*".* (P7 – CAPS AD III)

O prontuário é o documento de comunicação da equipe e, portanto, deve conter informações suficientes para o acompanhamento do usuário, beneficiando a continuidade da assistência e evolução do quadro. A equipe deve ter o conhecimento de adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, legibilidade, identificação e terminologia técnica para dar mais sentido ao que for registrado nos prontuários (SETZ; DÍINNOCENZO, 2009).

Os serviços devem planejar e projetar processos de gestão de informação que atendam às necessidades internas e externas, como profissionais de saúde, gestores, pessoas de fora da unidade de saúde que precisam ou requerem dados e informações sobre o funcionamento e os processos de cuidados estabelecidos (FARAH, 2016).

Nota-se a problematização dentro dos CAPS, considerando tamanha a importância da construção, organização e zelo por esses documentos, havendo insuficiência parcial nos quesitos citados.

> *"Então teve que abrir outro prontuário para os usuários, não foi só um não, some."* (P5 – CAPS III)
>
> *"Aqui tem muita goteira e não tem lugar de armazenar, além de sumir também."* (P8 – CAPS III)

Todos os registros e informações devem ser guardados de forma a estarem protegidos contra perda, destruição, adulteração e acesso ou uso não autorizado. Os prontuários devem ser mantindos em áreas onde somente os profissionais de saúde autorizados têm acesso e que não há possibilidade de ocorrência de danos por calor, água ou fogo (FARAH, 2016). No CAPS III, os prontuários ficam em uma sala sem tranca, de livre acesso e com goteiras, representando risco eminente de perda de dados.

Outro zelo e cuidado estão voltados para as medicações, desde a forma de guardar até a administração, que podem ser gatilho para mais riscos. A medicação é um aspecto relevante para a segurança do paciente com recorrentes erros/falhas, como descrito no quadro 09.

**Quadro 09**. Incidentes e situações de risco relacionados aos medicamentos destacados pelos profissionais da equipe multiprofissional. Aparecida de Goiânia. Goiás. 2017.

| **Dimensões** | **Incidentes/ Situações de risco** | **Fatores relacionados** |
|---|---|---|
| Medicamentos | Erro de dose na prescrição<br>• *Atraso no início do tratamento medicamentoso*<br>• *Ruptura do tratamento medicamentoso*<br>*Ansiedade do usuário* | • Desconhecimento da relação municipal de medicamentos essenciais – REMUME<br>• Letra ilegível |
| | Erro de dispensação de medicamento errado<br>• *Ansiedade do usuário*<br>• *Crise*<br>• *Uso tóxico*<br>Falta de medicação | • Armazenamento dos medicamentos em um único armário<br>• Sistema manual de dispensação<br>• Consultas médicas trimestrais<br>• Não oferta municipal do medicamento |
| | Administração duplicada do medicamento<br>• *Impregnação* | • Não checagem;<br>• Falta de treinamento de pessoal<br>• Sobrecarga de trabalho |

Em relação aos medicamentos, os profissionais referiram erro na prescrição de doses e vias, bem como a prescrição de medicamentos não disponíveis, devido ao desconhecimento da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) por parte dos médicos, o que ocasiona atraso no início do tratamento medicamentoso ou ruptura do uso do medicamento, caso já esteja em uso, podendo gerar ansiedade do usuário, além das alterações clínicas.

> *"Na prescrição tem só o garrancho médico."* (P3 – CAPS AD III)
>
> *"Letra do médico ilegível, isso é um problema gente".* (P12 - CAPS III).
>
> *"Tem prescrição errada. Ela [usuária] teve que ir na farmácia e voltar, para o CAPS quando o médico estivesse e foi todo um processo."* (P14 – CAPS III)
>
> *"Muita prescrição no prontuário é diferente da que está na receita, sigo o que está no prontuário."* (P1 – CAPS III)

> *"Os médicos desconhecem a relação de medicamentos da rede e faz a prescrição. Vou prescrever ao usuário aquilo que não tem aqui e eu não posso oferecer para ele? Esse é um erro! O SUS tem que padronizar, trabalhar pelo nome genérico."* (P3 – CAPS III)

> *O profissional solicita Ancoron sendo que tem Amiodarona no posto. É uma coisa que eu vejo há muito tempo e que precisa de intervenção. O pessoal podia ajudar no padrão, mas o colega podia procurar saber os sinônimos das medicações porque também é um desconhecimento da parte de quem executa o serviço."* (P5 – CAPS III)

> *"Pode ter prescrição errada, via errada, dosagem errada."* (P7 – CAPS AD III)

O risco de erro de medicação aumenta à medida em que os profissionais não conseguem entender a prescrição devido à letra ilegível, pois interfere na comunicação, comprometendo a gestão segura do medicamento (MAIDMENT; LELLIOTT; PATON, 2006; LOPES et al, 2014).

A fase medicamentosa exige requisitos minuciosos que nem sempre conseguem ser cumpridos, iniciando pela prescrição que, para ser entendida, há grande dificuldade, o que torna inviável e limitante sua identificação.

Prescrições eletrônicas apresentam a vantagem de serem legíveis e, portanto, reduzem potencialmente os erros nessa fase do processo de medicação. Além disso, existem programas de prescrição eletrônica que alertam sobre interações medicamentosas e efeitos adversos, reduzindo a ocorrência desses eventos (WORMSER; ERB; HOROWITZ, 2016).

Na dispensação de medicamentos há risco de liberação de medicamento errado, devido ao sistema manual de entrega, armazenamento em um armário e ter apenas um profissional responsável para tal ação.

> *"A farmácia dispensa medicação, o usuário chega gritando e nervoso. Só o farmacêutico entrega, só tem um, é situação de risco, pode entregar errado."* (P1 – CAPS III)

> *"Nosso sistema é manual de dispensa, mas os medicamentos são organizados no armário".* (P10 – CAPS AD III)

> *"Para guardar os produtos farmacêuticos temos apenas o armário da farmácia. E eu que entrego [farmacêutico], sempre confiro tudo, nome, medicamento, forma, tudo".* (P12 – CAPS III)

São reconhecidos os riscos de incidentes no modo de guarda dos

medicamentos, que são todos acondicionados em um só armário. Sabe-se que semelhanças relativas à rotulagem e aos nomes de medicamentos têm potencial para erros de dispensação, visto que a similaridade de embalagens e de rótulos são confundíveis, induzindo os profissionais envolvidos na dispensação e administração desses fármacos a trocas não intencionais (LOPES et al, 2012).

A dispensação de medicamentos nos CAPS ocorre pelo profissional farmacêutico, de forma manual. Este momento requer atenção e é cobrada do profissional agilidade diante da pressão dos usuários para receber a medicação. Além disso, por mais que a farmácia seja ambiente privativo, não é a prova de ruídos externos, dificultando a concentração do farmacêutico.

> "Existem maneiras de diminuir esses erros. Infelizmente aqui *não se consegue porque não temos um sistema informatizado. Quando você tem um sistema informatizado você consegue minimizar os erros."* (P1 – CAPS III)

O sistema informatizado referido, para maior efetividade, deve ser a nível municipal, pois os usuários conseguem adquirir, com facilidade, mais medicamentos do que necessitam, podendo fazer uso tóxico.

> *"Em Aparecida você pode pegar medicamento em qualquer lugar. Ele pediu 120 comprimidos, tomando um por dia, 120 daria para quatro meses, mas em 15 dias ela esta sem. O médico não prescreveu mais, ele disse que ia consultar no núcleo e pegava na farmácia Central. Ligamos para o irmão e orientamos, mas ele vai consultar e se quiser vai tomar mais 120 comprimidos em 15 dias."* (P15 – CAPS III)

> *"O cara pega um remédio aqui no CAPS, ele vai ao núcleo e consegue outra receita, na urgência de psiquiatria pega outra receita. Esse cara vai pegar mil remédios por mês."* (P8 – CAPS III)

Devido ao preenchimento da agenda médica, os retornos dos usuários são agendados para três ou quatro meses. Assim, as receitas são feitas somente com o intuito de aquisição do medicamento para uso contínuo, no período, enquanto aguarda nova consulta. A dispensa de grande quantidade de medicamentos é reconhecida como risco para os usuários.

> *"Muitos têm tendência para suicídio, aí dispensa três caixas de medicamento e ainda coloca para levar a receita pra casa. O que era para tomar em três meses vai tomar em um mês. É muito grave, isso é risco ao paciente."* (P5 – CAPS III)

> *"A gente tem uns casos de medicação tão graves que vejo a prescrição no prontuário diferente da receita. Eu estou tendo a grave experiência de trabalhar com um profissional que está fazendo o seguinte, além dos medicamentos controlados, exceto os convulsivantes, são no máximo sessenta dias de tratamento. O profissional está marcando retorno daqui a três, quatro meses porque a agenda dele está cheia. O que ele faz com preguiça de fazer uma segunda receita? Ele escreve em uma receita para o paciente que toma um comprimido, prescreve três comprimidos por dia. Eu não tenho mais segurança de orientar a prescrição dele, só confio no prontuário porque a prescrição dele não é mais aquele documento que você pode confiar. É uma sinuca de bico."* (P6 – CAPS III)

Falhas na dispensação significam o rompimento de um dos últimos elos na segurança do uso dos medicamentos, como dose maior que a necessária, gerando um risco de toxicidade; ou dose menor que a necessária, caracterizando subdose. Além de dispensa do medicamento errado ou na forma farmacêutica errada (quando houve dispensação de um medicamento correto, porém em forma farmacêutica diferente da prescrita).

> *"Já tivemos um incidente sem dano. Dispensou a medicação, tomou, mas não teve dano. Então o que a gente pode fazer?"* (P4 – CAPS III)

Os profissionais referiram riscos de incidente de administrar medicação duplicada, devido a não checagem em tempo hábil, que pode ocasionar "*impregnação*" por superdosagem medicamentosa.

> *"Na verdade depois que eu fui para minha residência fiquei pensando que aquela impregnação não deveria ter ocorrido ali."* (P4 – CAPS III)

> *"Às vezes o profissional esquece de checar o medicamento feito e pode ser que seja feito novamente."* (P6– CAPS III)

A administração de medicamento duplicado também foi justificada pela sobrecarga de trabalho e a falta de conhecimento e de habilidade sobre o uso e indicação do produto.

> *"Se o usuário toma o remédio errado e muito, ele impregna. Todos deviam saber sobre os remédios para ver nessa situação"* (P8 – CAPS III)

> *"Nunca recebi treinamento sobre os efeitos das medicações usadas aqui, só sei o que estudo mesmo."* (P5 – CAPS AD III)

> *"Não é que ele está tomando de maneira errada. Ele está tomando da maneira que ele interpreta. Por exemplo, você vai tomar algum remédio que cai seu cabelo e te deixa obeso? Então o usuário por mais que ele esteja comprometido, ele tem esse julgamento, essa compreensão. Toma Clonazepam, Ficar sem dormir é ruim, isso eu posso falar de experiência própria. A gente tem que saber orientar e escutar, porque o jeito que ele toma o medicamento faz toda diferença. Às vezes ele conta para alguém que não percebe que ele está tomando do jeito que ele acha que deve."* (P4 – CAPS III)

Os CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, abrangendo as áreas da educação, assistência social, cultura e saúde. Muitos profissionais não recebem treinamento sobre os usos e os efeitos colaterais potenciais de drogas psicotrópicas, aumentando o risco não intencional de danos (MAIDMENT; LELLIOTT; PATON, 2006).

Estes erros indicam a necessidade de implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes, como leitura de código de barras na dispensação, eficaz para minimizar a ocorrência de erros (CASSIANI, GIMENES, MONZANI, 2009).

No entanto, o município não possui a tecnologia acima citada. Sendo assim, é necessária a introdução de um ambiente tranquilo para a dispensa dos medicamentos, capacitação e treinamento dos funcionários, além de implantação do processo de auxílio na dispensação para o profissional farmacêutico (OLIVEIRA et al, 2014; MELO et al, 2017).

Há relatos de ansiedade do usuário e desencadeamento de crise devido à falta de medicação. O déficit na intervenção medicamentosa intensifica as dificuldades no tratamento.

> *"Sempre falta medicação, nunca tem tudo que precisam, ai vem crise".* (P2 – CAPS AD III)

> *"Desde o ano passado está faltando Clonazepan, tem seis meses ou mais que não tem. Ficamos meses sem psicotrópicos, não é raro, é direto. E não é no serviço é na*

> *rede."* (P2 – CAPS III)
>
> *"Um medicamento que falta é o Haldol que causa muita crise nos usuários."* (P3 – CAPS III)

A falta de medicação é uma frequente dificuldade do SUS para manter os serviços de saúde em pleno funcionamento. A cobertura da medicação no setor público é imprescindível, pois a falta de medicamentos nas unidades de saúde coloca em risco a saúde e a vida do paciente que não tem renda para comprá-lo. Essa ocorrência onera o Estado, pois a doença se agrava, sendo necessária atenção hospitalar. Os custos com hospitais e outros procedimentos são maiores que os custos do medicamento (MONTEIRO et al, 2016).

No uso do medicamento, ressalta-se o fato de alguns pacientes terem a capacidade reduzida de compreensão, em função do transtorno mental, o que pode aumentar a probabilidade de certos tipos de erros no uso de medicação, como a impregnação (MAIDMENT; LELLIOTT; PATON, 2006).

Este é um dos recursos terapêuticos consideráveis, que deve ser administrado com precisão e segurança. Dar ao usuário o direito de sua utilização e o conhecimento a respeito deste, contribuindo com o desenvolvimento da responsabilização por si, conjuntamente ao grupo de profissionais responsáveis e os familiares envolvidos no processo.

Como medida protetiva ao usuário destaca-se o incentivo à autonomia da medicação, que deve ser acompanhado de orientação médica, cabendo, igualmente, à equipe o conhecimento da psicofarmacologia para elucidar dúvidas e questionamentos dos usuários e familiares quanto aos efeitos da medicação e seu uso correto (GALLEGO et al, 2012).

Um relato enfatizou a necessidade da escuta dos usuários, do conhecimento sobre sua situação, a sensibilidade para reconhecer suas limitações e adequar a assistência para suprir suas necessidades. Fica clara a necessidade de adaptação das formas de administrar medicamentos.

> *"Teve um caso de uma paciente que não sabia ler, ela não entendia e dava a medicação para o usuário. A mãe e filho são daqui. Ela não falou, estava com vergonha. Hoje fomos conversar e perceber que estava errada a medicação. Ela* não *estava dando da forma correta porque não sabe ler e dava como se lembrava da orientação na consulta médica. Aí a gente fez, por desenhos, para ela identificar."* (P7 – CAPS AD III)

**Considerações da segunda categoria: Incidentes e situações de risco vivenciados pelos profissionais**

Os profissionais destacaram como risco de incidentes a agitação do usuário que não está preparado para estar em um aglomerado de pessoas, tentativa de suicídio dentro da unidade, afogamento em piscina em um passeio para um clube e saída do acolhimento noturno sem contato com os profissionais, denotando afastamento do tratamento.

Os incidentes foram relacionados à subnotificação dos registros, como descontinuidade do tratamento ou realização de uma mesma ação de cuidado mais de uma vez. Estes incidentes são justificados pelo registro incompleto (não descrevem ações claras e completas sobre o cuidado oferecido ou percepções sobre o usuário) ou o não registro de ações realizadas junto aos usuários, letra ilegível.

A demora no atendimento por déficit e sobrecarga profissional, a apatia do profissional, abordagem incorreta pelo despreparo dos trabalhadores, medo, preconceito e moralismo na escuta, ou seja, não escutar o usuário tranquilamente e atentamente, além de interrupções no atendimento, influenciaram negativamente no processo de vínculo, acolhimento e escuta qualificada. Isso apresenta riscos de o usuário não querer iniciar ou abandonar o tratamento, recair para uso de drogas ou agravar seu quadro clínico e psicossocial.

Esta etapa gerou desconfortos, pois abordar incidentes conjuga falar de falhas e erros.

> *"Não é fácil nem bom discutir falhas, mas infelizmente a gente só vai ter atitude quando acontecer alguma coisa. Se tem uma corda aqui a gente só vai tirar quando alguém se enforcar. Então precisa de treinamento mesmo, olhar o ambiente, imaginar e precaver isso."* (P7 – CAPS AD III)

> "A *gente nunca tinha parado para pensar em deixar os quartos trancados, ou também sobre a questão das revistas dos usuários, mas nunca tinha acontecido algo que isso fosse preciso ser implementado. Então é cansativo, mas tem que discutir isso sim."* (P1 – CAPS III)

> *"Eu me senti incomodada, mas não tanto quanto os meninos, mas eu também me senti um pouco aliviada porque eu ouvi*

> *essas falhas, e vendo essas falhas acho que a gente pode melhorar e errar menos."* (P6 – CAPS AD III)

Apesar do desconforto, as discussões foram avaliadas como necessárias para o bom andamento do cuidado.

Rubem Alves, filósofo e psicanalista envolvido com a educação, em um de seus livros, diz que ostra feliz não faz pérola, ou seja, para produzir, alimentar coisas novas na vida é preciso que haja desconforto, que motive a procura por alternativas, similar a criação da ostra. A pedra é um corpo estranho na ostra, que reage para se proteger, como um anticorpo. Ela luta contra aquele corpo estranho e mantém a pérola, a partir desse corpo estranho (ALVES, 2008). Ou seja, na maioria das vezes é preciso que nós sejamos provocados, instigados, às vezes até angustiados, para tentarmos buscar alternativas e esse processo pode ser árduo.

### 5.2.3 Estratégias e avaliação do processo educativo para promoção da segurança no cuidado

Para pensar as estratégias de promoção de cuidado seguro em saúde mental, os profissionais foram estimulados a pensarem os problemas possíveis de gerar situações de insegurança aos pacientes e propor soluções para prevenir incidentes.

Mediante delineamento dos incidentes e seus fatores relacionados, foi proposto a construção de planos de ação, por meio da ferramenta 5W2H, que norteou a identificação de estratégias de prevenção na perspectiva de aplicação na realidade da prática em saúde mental.

Esta ferramenta, muito usada no âmbito da gestão, orienta o planejamento de estratégias voltadas para a prevenção de incidentes relacionados à segurança do paciente no contexto da prática em saúde. Trata-se de um suporte estratégico que permite garantir que as informações básicas sejam definidas e as ações propostas sejam minuciosas, respondendo a sete perguntas: o que? (*What*), quem? (W*ho*), por quê? (W*hy*), onde? (W*here*), quando? (W*hen*), como? (*How*), quanto custa? (*How much*) (MEIRA, 2003; DAYCHOUW, 2007). Os planos de ação construídos pelos profissionais constam no anexo 05.

Dentre as problemáticas elencadas e passíveis de intervir, está o desconhecimento dos serviços prestados pelos dispositivos que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse fato resulta em encaminhamentos incorretos e consequente atraso no início do tratamento adequado, além de deslocamentos indevidos e desnecessários dos usuários e de seus familiares. Com isso, os profissionais propuseram, como ação, conhecer os serviços da RAS e apresentar a assistência disponibilizada nos CAPS, e, a partir da discussão e dos encaminhamentos incorretos, promover orientações para melhoria da assistência em saúde mental.

> *"Temos que conhecer os serviços e eles nos conhecerem. Como estratégia tem o contato de telefone, visita. Aí vem o carro e os recursos humanos, material, papelaria, para fazer as anotações, os registros, folhetos informativos."* (P2 – CAPS AD III)

> *"A gente podia xerocar todos os encaminhamentos que não têm demanda para cá, apresentar no dia da reunião de equipe e começar a ligar nas unidade, explicar, ir lá, até entenderem."* (P6 – CAPS AD III)

O desconhecimento da RAS é um ponto de estrangulamento dos serviços de saúde há algum tempo. Em estudo realizado no ano de 2015, após identificarem a comunicação deficiente entre os dispositivos da rede, os profissionais decidiram divulgar o serviço desenvolvido no CAPS em uma estratégia de sair da unidade, caminhar pelo território e apresentar os serviços oferecidos. Para além de propor, também colocaram algumas ações em prática, como a elaboração de folder informativo sobre o serviço e publicação de notas informativas em jornal local (PINHO, 2015).

Conhecer os dispositivos da rede intra e intersetorial possibilita a atenção contínua voltada para a singularidade do sujeito, que não será suprida apenas em atendimentos nos CAPS, o que resulta em crises e recaída para uso de drogas. Assim, os profissionais reconhecem a necessidade de acompanhamento sistematizado e contínuo, por meio de psicoterapia individual, para manutenção da estabilização do quadro, nos serviços da RAS e RAPS.

> *"Temos que promover atendimento psicoterápico prolongado, porque tem alguns usuários que não aderem no processo de tratamento por outras demandas pessoais, que não são demandas ligadas a dependência química. E a estratégia seria estudar quais casos não têm progresso com abordagem individual. Os gastos seriam de contratar psicólogos. O local de aplicação seria o CAPS. São aqueles casos de usuários tipo o J., que estão a um tempo aqui, a gente ofereceu atendimento individual pra eles e eles superaram a situação de crise vinculada a dependência química, mas eles continuam com uma necessidade de fazer terapia individual, mas só que a gente não vai ofertar isso aqui, porque ele não está em crise mais."* (P5 – CAPS AD III)

Em relação à reinserção social, foram traçadas estratégias como acompanhar usuários em ações de reinserção social, estabelecer convênios e parcerias com dispositivos sociais para profissionalização e empregabilidade dos usuários, realizar matriciamento com pactuação municipal e proceder ao desligamento de usuários do CAPS por meio de avaliação do seu estado de saúde.

> *"Procurar convênios com escolas técnicas, cursos, centros culturais, etc e parcerias, para introduzir o usuário a um meio o qual não fazia parte, despertando autonomia, interesse, mudança, mudando o ambiente, tornado o com melhor qualidade de vida. A estratégia seria viabilizar transporte com horários flexíveis para conhecer os serviços e propor participação dos usuários."* (P8 – CAPS AD III)

> *"A gente precisa de um processo que é um pouco complexo para sair do CAPS, você exigir que ele sozinho acesse todos os meios disponíveis na sociedade, é uma coisa que nem sempre dar certo... Então o momento que a gente vai com ele até lá é como se a gente ajudasse ele a reconstruir o quê que é se reinserir na sociedade de novo, e ele começar a sentir que é possível, e a cada vez ele vai se tornando mais autônomo nesse processo."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Quando chegamos pela primeira vez já nos sentimos estranhos, pensa eles que são estigmatizados, eles tem sentimentos de negativismo. Nos indo junto no começo somos apoio, passamos segurança, garantimos que eles conheçam e se sintam à vontade, depois de familiarizados eles irão sempre sozinhos. Vão ficar confiante e até desbravar mais locais."* (P7 – CAPS AD III)

> *"Muitos não têm formação dos empregos ofertados, e a maior barreira de alguns que estão aqui é isso, eles não têm qualificação para os empregos que são ofertados. Que é um grande problema. Primeiro seria o contato com as instituições*

> *de ensino mesmo, e a questão de ver qual trabalho ele se identifique."* (P2 – CAPS AD III)

Para além das parcerias, diante das dificuldades de aceitação, pode-se incentivar a confecção de produtos para geração de renda, como modo de promover autonomia e autogestão, assim referiram à criação de grupos de geração de renda.

> *"A gente tentou ano passado parcerias, a prefeitura recusou, ai investimos no projeto, de geração de renda, que eles fabricam alguma coisa e vendem, e eles conseguem bem, tem a feira da RAPS."* (P8 – CAPS III)

> *"Aparecida tem muita feira, a gente podia ir com eles às vezes vender as coisinhas."* (P4 – CAPS III)

Geração de renda é prevista pela política de Saúde Mental, na RAPS (MINISTÉRIO DA SÁUDE, 2011) que propõe a ampliação de oficinas e estratégias intersetoriais de geração de renda como as cooperativas sociais. As oficinas são atividades terapêuticas como possibilidade de invenções de novas formas de vida, de novas maneiras de lidar com as situações que as pessoas se deparam, com seus sintomas, com suas doenças, com suas relações, mas também rompem os limites institucionais, alcançando a inserção no território (CONSTANTINIDIS et al, 2018).

Ao investir em parcerias e grupos de geração de renda, é importante considerar a diversidade de perfis e necessidades dos usuários.

> *"A gente tem vários perfis de usuários, tem aquele usuário que poderia trabalhar, esse põe no grupo de equilíbrio e faz uma proposta de uma parceria com a instituição de ensino, como a Embelleze, por exemplo, ou outras. Tem usuários que não conseguem ir, mas tem perfil do GERART (geração de renda)."* (P1 – CAPS III)

> *"Tem um caso interessante, uma menina, hoje ela faz os tapetes dela, começou no CAPS, hoje ela faz feiras de forma independente, se sustenta e ajuda a família."* (P10 – CAPS III)

É percebido que o CAPS desempenha papel relevante no processo de recuperação e reinserção social, visto que estratégias desenvolvidas no contexto da prática em saúde mental rompem com enfoques da patologia, ampliando para a pessoa e suas necessidades.

> *"Houve até grupo de cidadania que a gente auxiliou em como se comportar na entrevista de emprego."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Mas eu acho que o primeiro passo, incentivo, até para reinserção social, até para uma forma de ensinar e preparar, seria começar por aqui."* (P2 – CAPS III)

> *"D. era um menino fumante, tinha uma necessidade de fumar e não dava conta de respirar direito, começamos fazer corrida, aí através dessa corrida ele empolgou, melhorou, ele foi fazer um teste na escolinha do Goiás como goleiro e passou. Eu tenho ele no Facebook e a gente conversa, e ele virou DJ agora. Mas começou a partir daí, dentro do CAPS, agora se for esperar por centro olímpico não faz nada."* (P9 – CAPS AD III)

Quanto aos usuários que apresentam resposta positiva ao tratamento em saúde, deve-se realizar matriciamento, de forma que seja trabalhada sua alta mediante melhora do quadro de saúde, transferindo a continuidade da assistência para a Atenção Básica e dispositivos da comunidade, mantendo o CAPS corresponsável pelo cuidado sempre que se fizer necessário.

O matricimento é visto como o trabalho colaborativo da equipe de saúde mental e equipe da AB. Nesse sentido, os projetos terapêuticos devem ser construídos em conjunto, pois promovem uma relação dialógica e espaços coletivos para comunicação ativa e compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores (DANTAS; PASSOS, 2018).

Matriciar, além de promover a reinserção do usuário, possibilita que os CAPS fiquem acompanhando continuamente os casos severos e graves, reduzindo a sobrecarga dos profissionais dos CAPS ao encaminhar casos leves e estabilizado reduzindo a dificuldade de demanda excessiva, que acaba desviando a atenção dos profissionais dos pacientes realmente graves, os quais necessitam de uma assistência mais intensiva, próxima e constante (GONZAGA; NAKAMURA, 2015).

Segundo os profissionais da equipe multiprofissional, o matriciamento dos usuários se faz por meio de contato telefônico, levantamento de casos a serem matriciados, apresentação aos serviços que devem receber esses usuários, convidar profissionais da AB para vivenciar um dia de rotina nos CAPS, realizar visitas nas UBS e dispositivos socais, explorando o território, protocolar pactuação com responsáveis da atenção básica, urgência e

emergência e instituir grupo de alta trabalhando a reinserção social, enfatizando o processo de melhora junto aos usuários.

> *"Ao meu ver o foco principal, tem que trabalhar parcerias, com as unidades básicas, é uma troca, um processo, porque iria desafogar o núcleo"* (P3 – CAPS III)

> *"Tem que ter um protocolo municipal para o matriciamento, para todos os serviços, então isso teria que vir da gestão, do secretário, do prefeito, porque a gente encaminha e eles querem que fique aqui."* (P2 – CAPS AD III)

> *"A gente deveria chamar o responsável pela estratégia da família e da urgência e emergência. Nós tivemos alguns avanços na UPA, porque sentamos juntos e falamos do papel de cada um. Tem que chamar essas pessoas de cima, porque não adianta ficar brigando com médico, já teve brigas horríveis, de o paciente escutar muita coisa que é desnecessária, fica jogando de um lado para o outro, desnecessário."* (P4 – CAPS III)

> *"Uma que a gente já poderia colocar em prática é juntar todos os registros de atendimento que a gente faz aqui no serviço que poderia estar na estratégia, porque tem sido muito discutido no serviço a sobrecarga, e pessoas que poderiam ser atendidas na atenção básica, mas não são."* (P1 – CAPS III)

> *"Os coordenadores de várias unidades, que querem encaminhar para o CAPS, antes da estratégia da família, passava a manhã aqui e a gente discutia como era o trabalho do CAPS. Isso era bom porque eles vivenciavam a estratégia de trabalho. Isso era importante, para fazermos uma troca também, ficar lá junto com eles."* (P7 – CAPS III)

Para matriciar é necessário tempo e dedicação para esta ação. neste tocante, definir fluxos e protocolos configuram estratégias que culminam em melhorias no processo de atendimento à continuidade da assistência ao usuário, bem como base para o cuidado seguro, ao prever tempo e orientar quanto ao modo de matriciar, o que favorece sua execução (BRÁULIO, 1998).

> *"Se você protocola a coisa e fica padronizada, a gente já sabe onde e como ir, tem respaldo."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Se tem protocolo ai especifica qual profissional da equipe irá fazer isso. Ai ele vai investigar se fulano está trabalhando e o que fazer com ele."* (P3 – CAPS III)

O matriciamento favorece o cuidado regionalizado e integral, o que

atende a princípio do SUS. Nesse sentido, os profissionais vislumbram essa estratégia como minimizadora de danos.

O apoio matricial contempla uma rede constituída pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção domiciliar, atenção hospitalar, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, que permite a corresponsabilização, substitui a relação poder/saber pelo encaminhamento de responsabilidades, ao exigir que os profissionais decidam juntos sobre o andamento de cada caso, bem como sobre seu acompanhamento (DANTAS; PASSOS, 2018).

> *"Agora você imagina alguém que é lá do Madre Germana, para atravessar a cidade toda para vir em uma consulta, tem o dano para ele do deslocamento, o dano paro outro de estar pegando uma vaga que é de alguém que precisa, então é uma cascata de danos."* (P2 – CAPS III)

> *"Com o matriciamento não precisa da pessoa ficar deslocando para ir atrás do psiquiatra, só pra trocar receita."* (P1 – CAPS AD III)

Quando questionado sobre o que impedia de ir ao território, foi referida a necessidade de organização do trabalho especialmente referente a equipe multiprofissional.

> *"Da mesma forma que eu estou aqui, eu falo de mim, eu posso estar lá fora, é o que eu vejo a realidade do meu grupo é uma coisa que depois eu até quero discutir com a equipe, vejo pessoas que podem estar em outros lugares, de alta, tem usuários que já praticam atividade física estão bem melhores e que às vezes ocupam o lugar de outra pessoa no grupo, uma outra pessoa poderia estar."* (P8 – CAPS III)

> *"É possível por exemplo me veio aqui agora na cabeça, uma vez ao mês fazer uma intinerância, por exemplo, igual fez na escola de redução de danos, ano passado fizemos no AD."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Falta organizar, igual eu falei dos pontos de atenção, de assegurar esses lugares para eles lá fora na hora da alta."* (P2 – CAPS AD III)

> *"A gente precisa organizar tempo pra discutir a alta. Eu acho que a alta é uma questão difícil, porque não é aquela alta médica. O processo de dar alta que inclui o próprio usuário nisso, é criar condições pra ele se sentir empoderado a ponto*

> *de falar: "eu tô beleza" ou falar "eu não tô bem". Temos que ver se deve ser desligado mesmo, temos que avaliar se ele quer ficar para receber benefícios ou se está saudável."* (P1 – CAPS III)

É percebida a necessidade de planejar o modo de reinserção social, pois a saída do CAPS não se trata de uma simples alta, já que não houve internação, tão pouco de mero encaminhamento. Se afastar do CAPS é um processo complexo, deve ser realizado de forma cautelosa, não retrocedendo ou comprometendo o quadro e o tratamento que vem sendo dispensado ao usuário até aquele momento, além de que, nesse processo, deve-se garantir continuidade de atenção em saúde segura com qualidade.

Há necessidade de definir critérios de alta e/ou referenciamento do usuário ao considerar o transtorno mental e modo de acompanhamento contínuo. Nesse sentido o CAPS, como referência, vislumbra a atuação articulada com outros serviços ao perceber o momento que os usuários estarão preparados para alta, ou para menor frequência ao CAPS (JESUS et al, 2018).

Um profissional relatou uma situação de alta compulsória que levou ao retrocesso no tratamento do usuário:

> *"No meu outro serviço, o cara estava trabalhando no lava jato e estava recebendo o benefício, de ter largado o CAPS é porque ele estava trabalhando todos os dias... esse cara chegou lá depois de dois meses, falou "você não está vindo mais", ele disse, mas eu falei para você que eu estava trabalhando". "Pois é, mas você está trabalhando e está bem". Ai tirou o benefício dele, tirou ele do CAPS e ele ficou sem jeito de pegar a receita. O cara teve que regredir, teve que recair, perder o serviço e voltar para o CAPS para conseguir benefício social e remédio."* (P6 – CAPS III)

O relato é grave pelas implicações no tratamento do usuário. O benefício é dispensado a quem tem a doença e não consegue emprego registrado. É direito do usuário diante do quadro de adoecimento e de suas necessidades, pois rotineiramente não consegue cumprir horários, metas, dentre outras obrigações que as empresas requerem. Ao conseguir um emprego, que lhe auxilia na qualidade de vida, configurando-se em promoção de autonomia e cidadania, cabe ao CAPS incentivar e promover continuidade do cuidado, não abandonar o usuário fazendo com que seu estado de saúde

retroceda e necessite de reiniciar o tratamento. Além de perder a sua autonomia, há o afastamento do convívio social.

Felizmente, os profissionais reconhecem que a situação apresentada é absurda, referindo a necessidade de autonomia e alta provida pelo CAPS, de modo a respeitar a evolução do usuário.

> *"O objetivo do CAPS é autonomia, se ele está trabalhando isso é ótimo."* (P2 – CAPS III)
>
> *"Não pode ser assim, se ele não está vindo à reunião vamos tirar, então tá tudo errado."* (P5 – CAPS III)
>
> "*Não pode ser vamos te desligar porque está muito cheio."* (P6 – CAPS III)

Para desligar o usuário do CAPS, os profissionais devem avaliar o seu contexto de vida e prover a ligação dos usuários em unidades que promovam a continuidade da assistência em saúde mental. O encaminhamento deve ser precedido de conhecimento prévio das condições dos serviços para garantir atendimento segundo suas necessidades. Além disso, o usuário deve ser orientado que o CAPS sempre está a sua disposição, podendo retornar quando sentir desejo ou necessidade.

> *"Acessar outros dispositivos, ligar, conhecer, acompanhar, ter o suporte para esses casos que já podem ir, que já tenham uma reinserção, dar um tempo para eles."* (P8 – CAPS AD III)
>
> *"Teve um encontro que foi falado sobre esse negócio do desligamento, e aí eu conversei com o pessoal do meu grupo, e aí eles ficaram assim: Mas a gente não vai poder vir aqui nunca mais? Não é isso, é que vocês tão preparados, mas claro que se um dia vocês vierem, a gente vai está de portas abertas. Muitos falaram que contavam os dias para chegar a quinta feira e vir para o grupo."* (P6 – CAPS AD III)
>
> *"No CAPS X, eles têm um grupo para preparar o usuário para a alta. Lá avalia a dependência do medicamento, trata da autoconfiança do usuário para ter a alta, a gente pode fazer aqui."* (P6 – CAPS III)

É esperado dos usuários o temor de desassistência com a alta. Nesse caso, deve-se deixar claro que seus cuidados serão compartilhados com outros

níveis de atenção à saúde, fazendo com que ele considere que o momento de desintensificação de cuidado favorece sua autonomia e perceba que não depende exclusivamente do CAPS, mas pode tê-lo como ponto de ancoragem. Estes alinhamentos, entre a atenção psicossocial e atenção básica com participação do usuário, podem propiciar tranquilidade maior no momento de desligamento do serviço, garantindo sentimento de amparo e cuidado (JESUS et al, 2018).

Como estratégias de desligamento, foram destacadas a existência de grupos de profissionais que preparam para alta, acompanhamento compartilhado do CAPS e ESF, até que o usuário e sua família tenham segurança e vínculo para permanecer apenas em seu território.

O relato abaixo apresenta uma situação em que o usuário assistido fora do CAPS, frequentemente, procura estar próximo dos profissionais da equipe de saúde mental pelo temor de recaídas, o que configura um sentimento de segurança, um vínculo importante para a manutenção do seu tratamento.

> *"Tem um caso de um usuário que vem quinzenalmente, e não precisa, mas ele tem medo de recair. Ele diz que o grupo também ajuda ele, ele sente vontade de beber, e que sonha direto que ele está bebendo, então ele sente muito medo de recair."* (P4 – CAPS AD III)

O usuário, sendo engajado no cuidado, pode optar em permanecer na unidade enquanto sentir necessidade e, nesse período, ser trabalhado com mais precisão, autonomia e autoconfiança, para autogestão de sua vida de forma segura, não o tornando dependente do serviço.

Essa relação implica na mudança de comportamentos, bem como nos processos de trabalho na construção de projetos terapêuticos que respeitem e fortaleçam a autonomia do indivíduo

A alta é uma ação que deve estar presente no PTS e realizada de forma conjunta equipe/usuário/família/território. Se o usuário, por algum motivo, mesmo que por melhora, deixou de frequentar a unidade sem ciência dos profissionais, é caracterizado como abandono. No relato abaixo percebemos a confusão entre o usuário abandonar o tratamento e receber alta multiprofissional.

> *"Nas reuniões passadas falamos sobre alta, fomos atrás de quem se desligou, levantamos os nomes e estamos colocando na frente do nome do usuário o porquê que ele não está vindo mais no CAPS. E eu tenho me surpreendido, porque eu estava contando, sem brincadeira, acho que uns 20% de todas as ligações de um dia o motivo de não tá vindo mais é porque está abstinente, seguindo a vida."* (P1 – CAPS AD III)

Quando o usuário deixa de frequentar o CAPS, a equipe deve realizar busca ativa, investigando o motivo. Se for agravamento do quadro, promover reintegração ao tratamento; se for por melhora, orientar a frequentar unidades no território que oferecem continuidade de cuidados.

> *"Fizemos uma busca, a maioria dos usuários nossos que estão inativos, está com melhora, lógico que teve aqueles que morreram, mas foram muito poucos. Ficamos felizes."* (P8 – CAPS AD III)

Os prontuários não encontrados por mudança de endereço, óbitos ou que se mantiverem desligados vão para os inativos. Os arquivos inativos devem ser organizados considerando o motivo do desligamento, incentivando sempre que possível a tentativa de localizar os abandonos não esclarecidos.

Ainda assim, a desmotivação e/ou desistência do tratamento é algo que deve ser investigado. Sobre isso os profissionais descreveram como estratégia realizar busca ativa por meio de ligações, visita domiciliar, sempre que possível, e escuta qualificada, para motivar e reinserir o usuário no tratamento, evitando o agravamento do quadro de adoecimento.

> *"Abandono de tratamento, ela seria um evento adverso, acidente sem danos, quase erro. Se você abandonou você está deixando de receber cuidados, deixar de receber cuidados causam danos. Como estratégias, visitas, ligações, acionar a atenção básica, que dê cobertura."* (P2 – CAPS AD III)

> *"Fazer busca ativa e domiciliar com o objetivo de melhorar a assistência prestada, estabelecer vínculo e escuta qualificada. Recursos orçamentários, carro e telefone."* (P6 – CAPS AD III)

A inclusão da atenção básica na busca ativa e domiciliar torna-se importante, pois os profissionais das UBS devem ter conhecimento dos usuários ligados aos CAPS, para prover uma atenção integral conforme a

realidade da comunidade onde ele está inserido.

No entanto, a dificuldade de não ter carro próprio e motorista para as visitas são fatores dificultadores, que comprometem diretamente a qualidade na atenção em saúde mental.

> *"Em minha opinião, todos os CAPS deveriam ter um carro. Essas buscas ativas eram boas ir pessoalmente."* (P6 – CAPS III)

> *"Temos um carro para todos os quatro CAPS. E se tem carro, não tem motorista. Se tem carro e motorista já faltou combustível."* (P3 – CAPS III)

A busca ativa contínua fica fragilizada por coexistir a insuficiência de quadro de pessoal, falta de transporte e a sobrecarga da demanda no próprio serviço (LIMA; GUSSI; FUREGATO, 2017), prejudicando o cuidado e diagnóstico local, potente ferramenta de reintegração do usuário no tratamento e para inclusão familiar, ao compreender melhor o contexto do abandono.

Existem casos de abandono por pouca ou ausência de apoio familiar. Nesse tocante, foi referida a possibilidade de realizar grupo terapêutico com as famílias e usuários, com a proposta de atividades diversificadas, como grupos com ciclos fechados para promover vínculo familiar e motivá-los para participação no cuidado. A família sensibilizada, vinculada e corresponsável no cuidado potencializa a adesão ao tratamento.

> *"Se o pai não conscientizar que isso aqui é importante para o filho, ele não volta."* (P3 – CAPS III)

> *"O grupo de família que a gente tem aqui é mais educativo e não terapêutico, embora algumas vezes isso acabe entrando também."* (P2 – CAPS AD III)

> ***"****Temos a dificuldade do vínculo com a família, aí o usuário pode abandonar o tratamento. A estratégia era incluir um grupo de família mais o usuário, aqui a gente já tem o grupo só de família. Teve um caso que o usuário participou do meu grupo de psicoterapia e a família vem no meu e fala do usuário, e o usuário vem e fala da família dele pra mim. Uma estratégia seria propor um grupo de terapia familiar. O atendimento familiar só para aquela família, não misturar outras famílias."* (P3 – CAPS AD III)

> ***"****A ação que eu pensei foi para aproximar o vínculo com a família, para responsabilização no tratamento do usuário. E a*

> *estratégia seria propor encontros específicos com frequência* e *ciclo definido para maior adesão familiar, desenvolvendo atividades para cuidar da família e também refletir sobre a própria família. Seria dentro do CAPS e talvez em algum lugar externo. Nesse encontro seria desenvolvida alguma atividade, mais lúdica, para que a família tenha contato com o usuário e com a equipe. Eu já acompanhei esse tipo de trabalho em outras instituições, geralmente contribui muito pra adesão, onde você cuida da família aí você também reflete um pouco com ela sobre o tratamento, a importância da participação da família, e geralmente tem resultado positivo."* (P5 – CAPS AD III)

Os profissionais reconhecem a necessidade de cuidar da família como estratégia para que a mesma seja participativa e corresponsável no cuidado. Constantinidis (2017) ressalta a dificuldade da equipe em cuidar da família, pois os profissionais consideram os familiares difíceis, longe do ideal de família, tensionando essa relação.

A família, tão marcada pelos encargos da convivência com a pessoa com sofrimento psíquico, espera muito dos profissionais, que não conseguem corresponder de acordo e, assim, sentem-se impotentes e se colocam contra esse sentimento, resistindo às possibilidades do encontro, resultando em profissionais de saúde mental impotentes de um lado e familiares culpabilizados e não menos impotentes de outro. Diante desse quadro, a responsabilização da pessoa com sofrimento psíquico não é assumida por nenhuma das partes, o que colabora para que essa pessoa não seja assistida adequadamente. Como resultado, em casos extremos, a justiça é acionada, determinando de fora soluções para problemas que poderiam ser resolvidos internamente, com as possibilidades que a união entre profissionais e familiares podem trazer (CONSTANTINIDIS, 2017).

Para mediação de relações, algumas ações de grupo foram referidas, porém necessitam de formação específica para condução, pois o manejo correto de grupo é essencial para obter o resultado esperado, não se tornando uma ação coletiva sem objetivos e metas, além de ter riscos de sofrimento como expor um sentimento e não ser acolhido corretamente.

> *"Tem a estratégia que chama grupo multifamiliar, é uma abordagem que trabalha com muitas famílias juntas. Mas isso aí no nosso espaço é muito complicado. Contaria com vários*

> *terapeutas, e aqui é um psicólogo só pra várias famílias."* (P4 – CAPS AD III)

> *"Essa estratégia de grupos eu participei uma vez de um projeto de pesquisa. Junta várias famílias de alunos da escola, você divide uma pessoa com um grupo de crianças, outra pessoa com um grupo de adolescentes, outra com um grupo de adultos. E trabalha temas envolvendo a família, depois junta cada um tem um produto, e fecha esse grupo com eles. Essa estratégia precisa de mais pessoas e exige a formação, exige também conhecer a demanda e trabalhar sobre ela. Como seria um grupo multifamiliar no CAPS, temos que pensar o que seria possível abordar e trabalhar nesse grupo de forma segura. Porque é uma estratégia que aprofunda, mas tem que ter um suporte. Não é um negócio fácil."* (P5 – CAPS AD III)

A atividade grupal é uma estratégia valiosa para o desenvolvimento das ações de cuidado em saúde, porém fica comprometida diante do despreparo dos profissionais, bem como prejudica a adesão dos usuários e familiares à atividade. Desta forma, é evidente a necessidade do desenvolvimento de ações que proporcionem a capacitação daqueles que atuam coordenando atividades grupais.

O modelo de atenção em saúde mental de base comunitária requer uma pluralidade da clínica, ao prever a inclusão da família, o protagonismo do usuário e a corresponsabilização pela gestão do processo de trabalho. Assim é necessário investimento nas relações que se produzem nos territórios e onde os serviços se localizam; e onde os usuários habitam e constroem marcas sociais, culturais e políticas. Nesse cenário, é um desafio construir estratégias de formação que estejam sensíveis a tais aspectos, convocando os trabalhadores para ampliar o repertório de leituras desses processos, assim como para a construção de estratégias para lidar com os impasses dos usuários, familiares e comunidade, para alinhar aos pressupostos clínicos, éticos e políticos na Saúde Mental (ONOCKO-CAMPOS; EMERICH; RICCI, 2019).

Para a realização de grupos específicos e diversidade de ações, foi mencionado a necessidade de contratação de mais profissionais com capacitação para atuar junto a esses usuários: "*Essa estratégia precisa de mais pessoas e exige a formação*".

Essa foi também um sugestão dos participantes da pesquisa para possível redução de riscos relacionados a produção e alimentar.

> *"Poderia ter a contratação de um profissional da nutrição, para melhorar a dieta dos usuários, sabemos que muitos deles chegam em situação precária, estão desequilibrados, isso é uma questão interessante para a segurança do paciente, a gente recebe pacientes aqui que são hipertensos, diabéticos, as vezes não tem nem o diagnóstico e o profissional correto pra fazer esse acompanhamento, pra orientar a dieta desses usuários, deveriam ser nutricionistas.* (P8 – CAPS AD III)

> *"Não ter um serviço de nutrição, o que pode acarretar para esse usuário picos hipoglicêmicos e hipertensos, ou de hiperglicemia."* (P6 – CAPS III)

> *"Geralmente acontece com quem já tem essa patologia, em relação a nossa comida é mais ganho de peso. Mas, pode estar associado aos medicamentos também, que aumenta o apetite deles." (P1 – CAPS III)*

No entanto, contratar profissionais não está sob governabilidade dos profissionais do CAPS, por isso, vislumbraram parcerias e capacitação da equipe para preparo de alimentação saudável.

> *Talvez a universidade conseguisse ser parceira, abrir aqui um campo de estágio, para o profissional nutricionista, tendo um estagiário da nutrição. Além da universidade, nós não temos nutricionistas na rede? "Temos que ir atrás, parceria no município mesmo"* (P8 – CAPS AD III)

> *"Acho que tem profissional de nutrição na prefeitura, podia vir capacitar os profissionais da cozinha para alimentação dos usuários, muitos ficam obesos."* (P10 – CAPS III)

A enfermagem é responsável pelos cuidados gerais dos usuários. Cabe a ela orientar para alimentação saudável, além de trabalhar junto a equipe da cozinha, certificando que usuários com necessidades alimentares sejam atendidos. A dificuldade de entender o trabalho da enfermagem no CAPS limita o cuidado à higiene e à medicação, contrapondo-se à reabilitação psicossocial. Essa fragmentação está relacionada à formação do enfermeiro baseada no modelo biomédico, que minimiza a importância de estabelecer um relacionamento terapêutico com o paciente, o que contraria o processo de enfermagem, ao excluir a concepção de integralidade (LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2015).

> *"No grupo da enfermagem acho que a gente consegue falar da alimentação saudável. Quando a gente discute alimentação saudável, corresponde ao controle de comodidade, ou seja, saudável para quem está obeso, quem está hipertenso, quem está diabético, cada um tem a sua necessidade"* (P8 – CAPS III)

Uma alimentação saudável favorece a redução dos índices de obesidade e o déficit nutricional entre os usuários, além de ser estratégia-chave para prevenção de picos de hiperglicemia, crise hipertensiva e manifestações de intolerância alimentar.

Foi referida a necessidade de qualificação para toda a equipe, visando melhorar a qualidade e segurança da assistência, instrumentalizando o profissional para compreender e ofertar cuidados de acordo com a demanda do usuário.

> *"O que você trouxe aqui a gente nunca tinha visto, fez parar pra pensar, estamos buscando mudar. Então como estratégia penso que é preciso mais momentos de qualificação, levando em consideração nosso serviço, nossos usuários, ai a gente pode fazer uma abordagem de acordo com a demanda dele, porque estamos mais capacitados."* (P5 – CAPS AD III)

> *"Tem que ter reuniões de aprendizagem assim, porque a gente vai fazendo nosso trabalho entra na rotina, tem que atualizar, melhorar nosso serviço."* (P1 – CAPS III)

A promoção de momentos de capacitação profissional também foi relacionada a uma condição favorável para o aumento da motivação para o trabalho, pois é momento um em que também se pode cuidar do cuidador. Esta pesquisa foi considerada um importante momento de construção de conhecimento, com escuta e compartilhamento de sentimentos, sendo vista como estratégia de cuidado com os profissionais.

A EPS mostra-se como potente estratégia para aprimoramento do cuidado seguro na atenção psicossocial, além de ter caráter motivacional ao cuidar do cuidador, componente importante para busca da qualidade no trabalho.

> *"Momentos de reciclagem e ao mesmo tempo cuidados em saúde mental do trabalhador. Muitos erros acontecem devido ao cansaço da equipe, né?"* (P6 – CAPS AD III)

> *"A pessoa tem que se sentir membro, a partir do momento que sabe fazer, você se sente valorizado, qualquer um, qualquer função que esteja desenvolvendo."* (P2 – CAPS III)

> *"Capacitação se justifica pelo aumento da motivação do profissional. Estratégia: Através de palestras, cursos, relaxamento, e cuidados. Local de aplicação seria fora do CAPS, às vezes."* (P5 – CAPS AD III)

> *"O que eu lembro muito bem é que pra gente poder dar um cuidado seguro a gente precisa se sentir seguro. Cuidar do cuidador."* (P1 – CAPS AD III)

Espaços de formação e reflexão para os profissionais que atuam em saúde mental não têm se configurado como prioridade para EPS. Porém, somente com a EPS é possível alcançar processos de mudança para atingir o modelo psicossocial, por permitir questionamento das visões reducionistas, individualistas e moralistas sobre o adoecimento mental (BATISTA et al, 2019).

Diante da gravidade da crise em curso no Brasil, envolvendo graves retrocessos de políticas sociais, em relação à reinvenção das intervenções em saúde e trabalho, o momento atual talvez seja propício para retomarmos iniciativas coletivas que removam muros e articulem os espaços cidadãos que podem nos ajudar a repensar modos de luta em defesa da natureza, da saúde, do trabalho, do respeito e da solidariedade (PORTO; MARTINS, 2019).

O campo de saúde do trabalhador evolui por caminhos tortuosos, marcados pela reestruturação com incentivo à saúde em confronto com a hegemonia do mercado que tritura relações sociais e prima por alta produtividade. Mesmo frente a esse desafio, as organizações devem incentivar momentos que infundem desejos criativos, encenam novas parcerias, induzem a reposicionamentos éticos e fomentam a necessidade de mais conhecimentos para o trabalho (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

> *"Temos que ter técnicas, momentos para refletir nosso trabalho, responsabilidades de cada um aqui, para ter mais harmonia do processo de trabalho, liderança. Fazer na reunião com a equipe, para todo mundo participar."* (P2 – CAPS AD III)

Reuniões periódicas de equipe periódica são potente ferramenta para enfrentar os desafios vivenciados na rotina de trabalho, por possibilitar espaço para comunicação, reflexão e solução de problemas, dentro e fora das equipes,

planejamento de ações, elaboração de metas, esclarecimento de situações críticas, além de constituir uma ferramenta de aproximação e integração dos profissionais da equipe, que detêm diferentes saberes e habilidades (LIMA et al, 2016; PERUZZO et al, 2018).

Também foi referido como ações que possibilitam melhorar a comunicação da equipe, promover conscientização e responsabilização da equipe com os usuários, ao reduzir uso de celular para atividades não relacionadas ao trabalho, aderir aos acordos firmados e compartilhar as responsabilidades igualitariamente. A comunicação clara, efetiva e linear forma barreiras contra falhas e ocorrência de incidentes.

> *"Teve uma tragédia ai, desligou o wifi, no dia do encontro. Então diante disso nosso grupo levantou que devemos fazer uso moderado dos celulares, conscientização por profissionais, para melhoria da qualidade do serviço. Para isso a estratégia é discutir na reunião de equipe."* (P1 – CAPS III)

> *"O uso do celular aqui não estava atrapalhando tanto, mas de qualquer forma tem que conscientizar."* (P5 – CAPS III)

> *"Acontece de você está no whatsapp, fala pelo celular nos corredores, escuta nas salas de atendimento. Acho que tem um horário para você pegar no celular, você estando ali no grupo e celular ligado, eu não vou estar ajudando ninguém, se você está no acolhimento você tem que desligar o celular."* (P4 – CAPS III)

> *"Vamos supor que foi pactuado uma mudança para facilitar o processo da chegada do paciente, como ele vai ser atendido, se você não ler, não tá sabendo vai continuar cometendo erros. Temos que padronizar uma rotina de chegar e ler. Alguém responsável por passar individualmente para quem não estava na reunião o que foi decidido."* (P6 – CAPS III)

> *"Assim, na reunião está e a maioria, decidiu algo, a coordenação passa para cada profissional e faz assinar a ata, se alguém tiver fazendo errado e falar que não sabia, está lá o nome assinado na ata."* (P10 – CAPS III)

> *"Nem todos leem o repasse, a comunicação não efetiva, tem o boicote também."* (P2 – CAPS III)

A internet faz parte da vida contemporânea, sendo utilizada das mais diversas maneiras a fim de preencher as necessidades de cada indivíduo, desde o trabalho ao lazer. Entretanto, quando o usuário faz uso intermitente, compromete o rendimento do trabalho e social, além de acarretar efeitos

negativos em sua saúde mental, principalmente pelo uso indiscriminado do aplicativo de mensagem instantânea (*Whatsapp*), que revela a presença de sintomas ansiosos (MOROMIZATO et al, 2017).

A colaboração e a comunicação são necessárias no âmbito das equipes para que os processos de trabalho sejam coesos e integrados. O fato de não concordar com uma decisão tomada durante a reunião de equipe não dá o direito de boicotar os processos de trabalho, pois o principal prejudicado com o tensionamento das relaçãoes será o usuário.

A reunião de equipe deve ser um espaço democrático para a tomada de decisão, caso alguma sugestão não seja do agrado de um, ou de uma minoria, deve-se nivelar modos de funcionar onde todos contribuam da maneira em que atenda suas expertises e crenças, e a soma das contribuições resulte no cuidado efetivo e sem prejuízo para os usuários.

A comunicação ineficaz da equipe dos serviços também está relacionada ao fato de que os acordos firmados nas reuniões não serem cumpridos por todos. Neste tocante, destaca-se a falta de padronização na rotina do trabalho para repasse de informações e registros, o que resulta em descontinuidade.

É de extrema importância que mesmo os profissionais não presentes nas reuniões de equipe sejam informados das decisões tomadas. Assinar a ata da reunião é uma forma de registro do conhecimento do conteúdo relatado. Caso não concorde, o profissional pode apresentar novas ideias na reunião seguinte. Se não puder comparecer, cabe ao gestor levar para a reunião de equipe a sugestão, para tomada de decisões democráticas. Estas ações são modos de articular a comunicação e promover a aproximação dos profissionais, favorecendo o relacionamento interpessoal, pois fragilidades nas relações entre os profissionais geram sentimento de exclusão e desinteresse em participar e colaborar com a equipe (PERUZZO et al, 2018).

Padronizar e protocolar rotina que inclua repasse de informações, passagem de plantão, que recomende para todos profissionais, ao iniciarem seu turno de trabalho, fazer a leitura e assinar nos registros do período anterior para conhecimento das ocorrências envolvendo os usuários e o serviço. Também é possível, em cada início de plantão, reunir a equipe brevemente para repasse de informações, semelhante a passagem de plantão. Está é uma

estratégia com resultados positivos em um CAPS de Goiânia (SOUZA, 2015).

Os problemas de comunicação também geram agendamento errado de consulta ou falta de aviso prévio aos usuários sobre mudanças no agendamento. Para superar esse problema, foi sugerido mais profissionais para realização das ligações telefônicas e, no momento da ligação, solicitar que o ouvinte repita a informação, certificando que compreendeu a mensagem emitida, e registrar no prontuário a ação, com data, horário e nome do ouvinte da mensagem (próprio usuário ou familiar/ cuidador, dentre outros).

> *"Às vezes não se consegue falar com todos por telefone porque uma pessoa única do administrativo usar para remarcar as consultas. Seria um sonho ter uma pessoa para ligar confirmando consultas, como em consultório particular. Como estratégia uma pessoa específica para ligar e registro no prontuário no caso das ligações."* (P2 – CAPS III)

> *"Aconteceu agorinha, ela estava agendada, alguém riscou o nome dela do caderno, porém, avisaram que a consulta dela é hoje, e ela está ai. Se riscou quer dizer que tinha conseguido avisar da mudança, mas muitos não entendem no telefone."* (P3 – CAPS III)

> *"Ligo peço para repetir o que eu disse, e anoto no prontuário com quem eu falei, o dia e hora. É o ideal, não dá erro. Se risca só na agenda dar confusão."* (P9 – CAPS III)

Existem protocolos de comunicação efetiva, que abordam e orientam a sistemática da comunicação com a finalidade de transpor as barreiras de sua ineficácia. A comunicação ineficaz implica em cuidado inseguro, contribuindo para desfechos desfavoráveis. Assim, a boa comunicação requer escuta ativa, confirmação e compreensão da mensagem emitida, envolvimento dos membros da equipe, discussões pertinentes e consciência situacional (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

A comunicação, para ser segura, tem que se estender ao usuário diariamente. Ao discutirem responsabilização com os usuários, como estratégia de prevenção a crise e recaídas para uso de drogas, foi referido realizar abordagem individual com os usuários de forma afetiva, ou seja, se comunicar com os usuários, demonstrando interesse sobre sua vida, ampliando possibilidades de cuidado.

> *"Eu acho que quando usuários que tem risco de crise chegam ao CAPS, deveria ter um atendimento individual, para prevenir de alguma coisa, acolhe-lo de forma diferente. O R. que não gosta de tumulto, ele vai vir no CAPS apenas na sexta feira, ele gosta de fazer caminhada, então ele vai fazer só a caminhada, e fazer uma atividade individual e só participar de atividades que ele se sinta bem. Ele veio em dia de bazar e deu crise. Então é uma situação de ameaça, quando ele se sente ameaçado vem a mudança de comportamento. No dia da agressão ao guarda não tinha muito usuário, mas estava tendo a poda da grama e por isso a gente colocou barulho. E aí quando ele viu a arma do guarda se sentiu ameaçado, foi relato dele."* (P1 – CAPS III)

> *"Temos que estar atentos, estamos em serviço de saúde mental. Uma coisa que eu tenho é que os pacientes mais quietinhos são os que a gente tem que mais desconfiar. Aquele que aparenta o que realmente é, que briga, xinga, igual a L., beleza, já ficamos mais espertos."* (P2 – CAPS III)

> *"Tem coisa que sobressai a gente, a observação diária é a base de tudo."* (P6 – CAPS III)

> *"Estamos procurando tirar um tempo para interagir mais com os usuários, fazer abordagem individual, fazendo vínculo, escuta, eles estão felizes, gostam de conversar com a gente. Nesse tempo de escuta dá para ver se há risco de recaída e se tá precisando de algo que não está no projeto terapêutico dele."* (P5 – CAPS AD III)

Mostrar-se disponível para escuta ativa, por meio do acolhimento, promovendo interação, cuidado e empatia é fundamental no cuidado diante do conhecimento da demanda do usuário, sendo essencial para prover uma sensação de segurança nos usuários (PASETTI; CICOLELLA, 2019).

No CAPS AD III, os profissionais relatam ser importante atentarem para interação de usuários abstinentes com usuários em acolhimento diurno. Para isso, acompanhar os usuários nas atividades no CAPS pode ser estratégia para prevenir recaídas, pois a interação com usuários sem motivação pessoal para o tratamento, devido a obrigatoriedade judicial, pode oferecer risco de recaída aos abstinentes.

> *"Teve situação de usuários que estavam na justiça, na verdade não eram nem usuários. Eles estavam sendo obrigados pelo juiz a ficar aqui, e a gente... colocava para passar o dia aqui, só que o usuário fazia apologia às drogas, e não ficava nem um pouco contemplado... e muitas vezes não eram usuários, eram traficantes. Então ele vinha aqui pra vender para os usuários.*

> *Então a gente percebeu esse movimento, e não tinha porque deixar esses usuários aqui."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Como estratégia, acompanhar os usuários nas atividades na unidade, estimulando a participar, se preciso refazer o projeto terapêutico ou diminuir a frequência dos dias do acolhimento diurno, se vê que alguém ofereceu algo que não devia e ele pensou em usar ou afastar quem ofereceu."* (P8 – CAPS AD III)

Para além de caminhar e se envolver com outros usuários na unidade, foi referido como realizar grupo de prevenção de recaída para usuários que ainda fazem uso da droga e que estão em acolhimento diurno.

> *"Tem interação com usuários que estão bem com os em estágio de pré contemplação, para isso um grupo de prevenção de recaída para acolhimento diurno. É como se fosse assim, explicar que no CAPS se prega a prevenção de recaída, a redução de danos e a abstinência que depende da vontade do usuário. Tem grupo de prevenção de recaída só pra quem está abstinente, e não existe um grupo de redução de danos ou mesmo redução de recaída pra quem não estar abstinente."* (P2 – CAPS AD III)

> *"Se você for pensar todas as nossas abordagens são voltadas para a redução de danos. Não precisa ter um grupo para reduzir danos porque se entende que a gente tá trabalhando isso em todos os grupos. Esse grupo que existe para prevenção de recaídas são para usuários que já estão a muito tempo já bem, que não querem deixar o tratamento ou as vezes precisa de ter esse vínculo com a unidade, mas eles já estão em estágios avançados no tratamento, que não é mais nesse de uso. Eles precisam desse apoio. Pode fazer um grupo de convivência, porque todo nosso tempo de trabalho está voltado para redução de danos."* (P1 – CAPS AD III)

O grupo de prevenção de recaída ou grupo de convivência mencionado será voltado para os usuários em acolhimento diurno, que ainda fazem uso de drogas, mas que estão em fase de redução de danos. Este grupo abordaria prevenção de recaída para o momento do tratamento em que estão, pois o grupo denominado "prevenção de recaída" ativo no CAPS acontece uma vez por semana e é voltado para usuários abstinentes.

Os usuários do CAPS são vistos como especialistas em muitos de seus próprios problemas e dificuldades, como ponto-chave na identificação de soluções próprias, sendo capazes de aprender e se manterem estáveis em suas comunidades, mas também para desenvolverem ações capazes de se

tornarem membros valiosos de suas comunidades (EIROA-OROSA; ROWE, 2017). Em relação ao usuário recair devido conviver com outros usuários que ofertam drogas, sabe-se que sempre há essa possibilidade pelos espaços diversos que eles vivenciam, dentro ou fora da unidade, cabendo empreender uma intervenção, no sentido de abordar modos de condutas frente a esse problema.

Os casos de intervenção no CAPS devem considerar o conjunto de fatores que envolvem a oferta ou uso de drogas dentro da unidade, não somente se o usuário está em acolhimento diurno ou acolhimento noturno, além de relacionar o papel da equipe nessa situação, ou seja, onde ela estava no momento e quais foram as estratégias para manejo da situação.

A luta em busca de maior segurança deve envolver a participação popular. Nesse tocante, como possibilidade de solução para o controle do uso de drogas nas unidades, pode-se levar para pauta nas assembleias de usuários, em busca de envolvimento comunitário para resolução dos problemas, com vistas a potencializar a corresponsabilidade na promoção dos fatores de proteção e redução de fatores de risco, durante o tratamento.

A participação do paciente e de seus cuidadores é reconhecida como um dos principais fatores que promovem a segurança ao compreenderem estratégias de prevenção incidentes. Os profissionais de saúde devem incentivar a participação do paciente, fornecer informações relevantes sobre a assistência, inclui-los no planejamento e desenvolvimento de planos de cuidados e garantir que eles compreendam e auxiliem na sua execução. Assim, os líderes das instituições devem ser competentes para apoiar, liderar e alocar recursos para a criação de um ambiente onde a participação do paciente possa ocorrer e seja valorizada pela equipe (SAHLSTROM et al, 2019).

Como estratégias para estimular a participação dos usuários, bem como incorporá-los como barreira para incidentes, pode-se: criar conselhos participativos em segurança (por exemplo, pacientes para a segurança do paciente), onde os pacientes têm um fórum para expressar suas experiências e preocupações, e são capazes de contribuir com programas de segurança do paciente e iniciativas de melhoria; garantir que a entrada do paciente seja recebida de todos os níveis de atenção, começando do CAPS para comitês

consultivos locais e para os governos municipais, estaduais e nacionais (BRICKELL et al, 2009; SAHLSTROM et al, 2019).

Em saúde mental, o movimento do paciente pela segurança do paciente deve se dedicar a transformar a compreensão sobre o cuidado e o diagnóstico do adoecimento mental, para garantir que eles sejam os principais atores de seus próprios processos de recuperação e que alcancem sua cidadania; e não considerá-los como problemas a serem abordados por meio da intervenção de outros. Cidadania envolve promover o senso de fazer usofruto de seus direitos, responsabilidades, papéis, recursos e relacionamentos, juntamente com um senso de pertencimento que é validado por outros cidadãos da sociedade (EIROA-OROSA; ROWE, 2017).

Nesse sentido, deve-se incentivar os usuários a lutarem por melhores condições para os CAPS, ressaltando o direito de recorrer aos órgãos públicos para solicitar implementação de serviços que contemplem a RAPS, como também melhorias na estrutura física, material e quantitativo suficiente de profissionais condizente com a demanda de atendimentos e usuários, conquistando serviços de atenção à saúde com qualidade.

> *"Só está acolhendo. E necessita de mais profissionais, de recursos humanos, mas não cabe a nós resolver isso."* (P1 – CAPS III)
>
> *"Não tem mesa, não tem cadeira para grupo, é familiar tudo em pé esperando."* (P4 – CAPS III)
>
> *"Tem que ter um carro para as ações, ter uma unidade pensada para o CAPS, projetada, específica para as necessidades do CAPS. Ter um quantitativo de profissionais de acordo com a demanda. Na verdade, a demanda está crescendo cada vez mais e não tem funcionários. Mas como conseguir isso?"* (P2 – CAPS III)
>
> *"Tem que melhorar a questão do carro, a visita domiciliar, espaço físico pequeno, muito usuário pra pouco funcionário, ambiente com obstáculos, mas nada disso depende de nós."* (P9 – CAPS AD III)

Nos cenários em que foi desenvolvido o presente estudo, instrumentalizar os usuários pela luta de melhorias se faz imprescindível estratégia em prol da segurança e qualidade do serviço da coordenação, pois,

devido à precariedade da maioria dos contratos, há o medo em expor falhas por parte dos profissionais.

> *"Se a gente registra, junta dados, se vai cutucar mostrando imagem, registro fotográfico, relatos quem vai assinar, quem vai levar, por a cara lá?"* (P4 – CAPS III)

> *"Fazer relatório? Eu não vou colocar meu nominho e se assinar "a equipe do CAPS", vai cair nas costas da M., da coordenação. Tem que fazer relatório, mas só se o usuário que for assinar*." (P6 – CAPS III)

A contratação temporária evidencia a precarização laboral e desproteção social, o que ocasiona a instabilidade e a vulnerabilidade da condição de emprego dos trabalhadores, devido ausência de garantias de mercado de trabalho, vínculo empregatício, segurança no emprego, de reprodução de habilidade e segurança de renda (STANDING, 2015). Tal precarização interfere diretamente na qualidade dos serviços por desmotivar a qualificação profissional para área e a busca contínua por qualidade para onde atuam.

A precarização dos contratos deve ser pauta de lutas conjuntas de profissionais e usuários, pois mudanças de cima para baixo são guiadas pelos interesses dos formuladores de políticas e gestores, que nem sempre coincidem com as aspirações coletivas; enquanto que as transformações conquistadas de baixo para cima são melhores para usuários e profissionais do serviço, pois correspondem às suas reais necessidades (EIROA-OROSA; ROWE, 2017).

Dentre os movimentos coletivos, enfatizaram a luta por oferta de UA adulto, que possibilita retirar da situação de rua, reduzindo vulnerabilidades sociais, de violência, a recaída para uso de drogas e até óbito, como o caso vivenciado na calçada da unidade.

> *"Faltam recursos humanos, materiais e serviços que acolham nossos usuários, o que podemos fazer é usar a assembleia para empoderar os usuários e a família nessas questões."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Tivemos aqui o assassinato, ele não poderia ter dormido dentro da unidade, ele não estava de acolhimento noturno. Ele*

> *não podia dormir. Não tem leito, nossos leitos sempre todos ocupados, tem fila de espera. Existe um limite. A solução são outros serviços, ter mais leitos."* (P2 – CAPS AD III)

Somente através de diálogos contínuos, por meio de mobilização comunitária, incentivando movimentos sociais mais amplos e transformadores, somados a pesquisas, é provável o desenvolvimento de propostas políticas claras e adequadas direcionadas para melhorias na saúde da população, porém, geralmente ocorrem em longo prazo (KAPILASHRAMI et al, 2016).

Como estratégias imediatas para suprir a falta da UA, os profissionais referiram que devem buscar parcerias com casas de abrigamento, por meio de ligações e visitas às unidades, apresentando proposta de cuidados. As visitas possibilitam certificar se o local tem condições de acolher os usuários de forma humanizada.

> *"O que poderia ser diferente? Se ele tivesse uma casa de acolhida ou unidade de acolhimento adulto ele não dormiria na rua, talvez não tivesse morto."* (P4 – CAPS AD III)

> *"Se o sistema fosse diferente teria abrigo, teria um abrigo mais qualificado, só tem um em Goiânia, e alguns usuários preferem ficar na rua."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Podemos investigar se há mais comunidades religiosas, ONGs em que eles podem dormir às vezes eles falam que no momento só querem isso. Eles falam bem assim (o que eu vou fazer na situação que estou passando frio e fome? Eu vou entrar na cachaça). É assim o movimento do usuário, chega aqui pede lugar para dormir e está lotado. Estratégia: parceria com casas de acolhida, como estratégias, visitas, ligações, acionar parceria.* (P5 – CAPS AD III)

> *"Temos que procurar outros locais que tem atendimento noturno, simplesmente só querem abrigo. A gente vê que essa pessoa quer sair da rua e isso me incomoda muito, não poder oferecer isso a ele. Não é de mim, é do sistema."* (P9 – CAPS AD III)

O déficit na rede de atenção ocorre por problemas de relações institucionais e inexistência de serviços de apoio. Somente tendo uma diversidade de serviços (biopsicossocial) conectados poderá assistir o usuário de forma integral, promovendo uma assistência contínua e de qualidade.

A dificuldade de acesso aos cuidados é um grande problema de segurança do paciente, sendo ligada ao estigma com o paciente da saúde

mental, à distância geográfica, a critérios que dificultam a admissão, a serviços com estrutura inadequada para o tipo de atenção a ser ofertada, falta de serviços para atenção psicossocial e escassez de profissionais treinados. Neste tocante, a comunicação efetiva entre os serviços que compõem a rede em uma determinada região é associada a melhorias na segurança do paciente, por fornecer feedback das ações realizadas e coordenação do cuidado, o que reduz as chances de erro (BRICKELL et al, 2009).

Os profissionais ressaltaram que a estrutura física e material não favorece o desenvolvimento da assistência segura, porém a maioria das soluções não depende deles. Para prevenção de quedas, foi sugerida mudança de unidade, troca beliches por camas com proteção, troca do piso, alinhar o chão (tapar buracos), colocar barras de apoio na escada e no momento da limpeza colocar avisos (placas amarelas).

> *"Tem que mudar de unidade, quando chove molha tudo, dentro, fora, molhou até prontuário já, ficou borrado. Teve que abrir outro prontuário. Vários, não foi só um não".* (P11 – CAPS III)

> *"A gente solicitou alinhar a rampa e já arrumou lá."* (P1 – CAPS III)

> *"Espaço físico é muito difícil mudar, tem que trocar piso, colocar barras de apoio nos banheiros e no momento da limpeza colocar avisos (placas amarelas), nem placas tem no almoxarifado."* (P5 – CAPS III)

> *"Aqui não devia ser beliche, tem que pôr cama que dê pra colocar proteção se o usuário estiver muito agitado. Faltam barras na escada, na verdade nem essa escada devia ter, nossos usuários ficam sob efeito de substancias, quando não é droga é remédio, pode cair mesmo."* (P9 – CAPS AD III)

> *"Nossa unidade própria em nome de Jesus vai ficar pronta, lá é plano, sem essa de quarto em cima, igual aqui que é sobrado* [sobe escadas para acesso aos quartos]*."* (P6 – CAPS AD III)

Pesquisa sobre quedas em ambientes hospitalares relacionou, com os diagnósticos psiquiátricos, quadro demencial e agitações psicomotoras (PAIVA et al, 2010). A avaliação ambiental do risco de queda e o encaminhamento para uma programação individualizada ou baseada em grupo de orientação

para cuidados específicos podem reduzir os riscos de quedas (BOLDING; CORMAN, 2019).

Estudo realizado em Portugal identificou redução de quedas atribuída a vários fatores, dentre eles: abolição do uso de cera no piso e substituição por cera antiderrapante; colocação de barras de apoio nos banheiros, mais especificamente próximo ao vaso sanitário e chuveiro; colocação de degraus duplos para os pacientes subirem para as camas; pedido de aquisição de camas com grade de proteção e que permitam ajuste da altura em relação ao chão (ABREU et al, 2012).

Para prevenção de risco de afogamento a estratégia traçada é colocar grades com trancas ao redor da piscina.

> *"A estratégia na piscina é colocar grades altas e trancas, cadeados, ai não dá pra pular. Só entra para atividades com o profissional."* (P3 – CAPS III)

Para mitigação do risco de ferimento e tentativa de suicídio foram referidos retirar os vidros das janelas e portas, colocar trancas nos armários de guarda de material e não permitir que usuários permaneçam nos quartos sem supervisão.

> *"Nos armários ali ver se consegue outra chave, ou mudar trancas."* (P5 – CAPS III)

> *"Teve um usuário que deu um soco na porta de vidro já, mas tirou somente os quebrados. Esse vidro aqui da porta que ficou dá para cortar alguém, então a gente tem que terminar de quebrar para não machucar ninguém, retirar do local, essas coisas para a segurança imediata a gente consegue fazer."* (P2 – CAPS III)

> *"Agora a gente tranca os quartos, se alguém quiser descansar abrimos e a enfermagem fica de supervisão."* (P7 – CAPS III)

> *"A gente nunca tinha parado pra pensar em deixar os quartos trancados, até que um usuário foi lá e usou da outra. Ou também sobre a questão das revistas dos usuários, mas como nunca tinha acontecido algo que isso fosse preciso ser implementado. O CAPS está sendo construído e como tem essa questão de não transformar o CAPS como o ambiente parecido com o do hospital ou até mesmo o da internação psiquiátrica, acaba que a gente tem que evitar certas coisas que realmente são necessárias que a gente só começa a*

> *colocar em prática depois que acontece alguma situação de risco."* (P8 – CAPS III)

Considerando que o CAPS tem por objetivo se aproximar de características habituais de domicílios, seria recomendada a substituição por vidros temperados, resistentes a impactos (CAMPOS; BACCARI, 2011).

Nesse tópico de prevenção de risco de ferimento também foi referida como estratégia de solução a revista de pertences dos usuários. Esta estratégia foi apenas discutida de forma verbal e não foi colocada no quadro demonstrativo de sugestões 5W2H.

> *"Talvez se tivesse um controle na entrada desse usuário, colocar a vistoria dos bens do usuário e observação da equipe toda."* (P1 – CAPS III)

> *"Não sei se usa esse termo vistoria porque dar um tom pejorativo dá a entender que você vai mexer nas coisas das pessoas. A gente conversa coma pessoa na avaliação e observa melhor esse usuário e pergunta dos pertences do mesmo que vai ficar em acolhimento noturno, se tiver algo de risco eu peço para guardar no posto para não sumir, não parece vistoria, não abro nem mexo nas coisas dele."* (P6 – CAPS III)

> *"Eu acho que existem outras estratégias, porque se partimos para a revista, amanhã será uma um detector de metal. Então cuidado eu acho que a gente tem alternativa, o que falta da nossa parte é esforço para essas alternativas. Essas alternativas já foram propostas, em momento de reunião, não é a primeira vez que eu falo sobre isso, fazer a revistas sem caracterizar dizendo: Hoje vamos organizar todos os armários, não pode comida, para não juntar bichos nos quarto, não pode isso, quem quiser e trazendo já pode fazer por vontade própria. E eles vão vir no que como outros usuários entregaram por vontade própria."* (P3 – CAPS AD III)

Evitar a entrada de objetos que ofereçam risco aos usuários é fundamental, porém esta ação deve ser empreendida como forma de cuidado, não como forma de vistoria policial. O CAPS é local de cuidado e não de controle, sendo necessário conseguir cuidar dos usuários de forma afetiva.

Ao promover uma escuta como dito no relato da enfermeira, ao admitir em AN, ao acolher a pessoa, conversar, perguntar sobre a vida, oferecer para guardar os pertences para que não se percam enquanto estiver em AN é atitude de cuidado, não de controle.

Convidar os usuários para organizar a unidade, os locais onde descansam, para evitar o aparecimento de formigas dentre outros insetos, ao mesmo tempo observar se há algo que ofereça riscos, como materiais cortantes ou cordas. Se detectados, oferecer para guardar em locais seguros também é estratégia de cuidado e compartilhamento de responsabilidades.

É possível desenvolver ações que promovam a segurança sem invadir a privacidade do usuário.

Ao convidar os usuários para cuidar da unidade, também se adota estratégia de controle e prevenção para infestação de percevejo e aparecimento de carrapatos. Neste aspecto, os profissionais referiram como possibilidade de solução solicitar serviços de dedetização periódica; supervisionar higiene dos usuários e do ambiente; encaminhar usuários para banho diariamente; eliminar roupas de cama e vestimentas precárias de usuários em situação de rua; procurar parceria com assistência social para oferta de roupas de cama e kits de higiene pessoal.

A viabilidade da gestão dos riscos ao paciente com transtorno mental deve ser desenvolvida e aplicada para a promoção do cuidado com devida qualidade e segurança, mas a gestão de riscos visa diminuir ou eliminar efeitos deletérios decorrentes da assistência em saúde (VANTIL et al, 2018) sem ferir o princípio psicossocial de autonomia e privacidade.

Ainda sobre questões estruturais, para o problema de risco de falso resultado de pressão arterial e glicemia, os participantes referiram como solução solicitar junto a prefeitura novos aparelhos de HGT, esfigmomanômetro e estetoscópio.

> *"O aparelho de P.A não funciona tão bem, e nem sempre tem o de glicemia. Eu trago meu esfigmo e esteto, pois fazemos consulta de enfermagem. Mas a unidade tem que ter, tem que fazer o pedido urgente de novos aparelhos."* (P3 – CAPS III)

> *"Como estratégia do risco de falso resultado de P.A e glicemia é a P.* [coordenadora do CAPS], *quando for solicitar material pedir aparelho de P.A. e HGT, ir pedindo até mandarem. Temos que ter, é essencial para avaliar os usuários."* (P2 – CAPS AD III)

Em relação aos riscos com medicamentos, os profissionais referiram como estratégia de prevenção de erros implantar sistema eletrônico de

prescrição e de dispensação de medicamentos.

> *"Tem letra ilegível do médico, existe maneiras da gente diminuir esses erros, como um sistema informatizado. Quando você tem um sistema informatizado você consegue minimizar os erros."* (P5 – CAPS III)

> *"O Gustavo* [prefeito] *já veio com essa proposta para toda Aparecida, tudo vai ser digital, porque hoje o cara pega um remédio aqui no CAPS, ele vai no Núcleo e consegue outra consulta e receita, vai lá na urgência de psiquiatria e pega outra receita, esse cara vai pegar mil remédios por mês, vai vender, vai dar para os primos, risco de autoextermínio é uma coisa séria, uma coisa vai desencadear a outra. Com sistema digital dá pra ver fulano já pegou tantos comprimidos de tal medicamento nesse mês, ai não pega mais."* (P8 – CAPS III)

A dispensação eletrônica de medicamentos é capaz de reduzir erros de medicação como omissão de doses ou dose errada, mas não contribui isoladamente para a redução dos erros de medicação (CARVALHO, 2018).

Em relação às prescrições, aumenta a eficiência na dispensação de medicamentos, sendo uma resolução encontrada para eliminar os problemas de identificação com a escrita manual da prescrição, porém não erradica a possibilidade de ocorrência de erros na medicação devido a informações digitadas de forma incorreta; dependência do sistema eletrônico; alterações nas prescrições realizadas manualmente; perda de dinamismo em situações de emergência; e repetição de prescrições de dias anteriores sem revisão (CARDOSO, 2013).

Para minimizar erro de prescrição e evitar prescrever medicamentos não disponíveis na rede municipal, pode-se orientar os médicos quanto aos medicamentos do REMUNE, para que tenham conhecimento das medicações que são disponibilizadas pelo município para prescrição aos usuários.

> *"Capacitação em relação aos medicamentos sempre que chegar médico novo no CAPS e se o farmacêutico ver receita de medicamentos indisponíveis já agendar uma reunião."* (P4 – CAPS III)

> *"O médico tem que conhecer os medicamentos disponíveis. Como estratégia, reunião com a equipe médica, impressão da lista de medicamento, fazer capacitação com data show que é o recurso, aqui no CAPS e responsável coordenação e farmacêutico."* (P6 – CAPS AD III)

Todos os profissionais de uma unidade devem conhecer os processos de trabalho e recursos disponíveis para promover a atenção aos usuários. Para isso, é essencial a integração dos profissionais da equipe, independente da área de conhecimento e atuação.

Entre os desafios encontrados para avançar na desinstitucionalização está à desconstrução da imagem do médico com papel central no cuidado e à parte da equipe. Para superar esta questão, propõe-se uma mudança na postura do médico com os pacientes e com os demais profissionais do serviço, no sentido de privilegiar os atendimentos em conjunto, participar das reuniões de equipe, fomentar o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, alcançando a atuação médica para além da prescrição de medicamentos, o que contribui tanto para essa desconstrução quanto para a adequação do tratamento a cada caso, favorecendo um cuidado integral e seguro (DORNELAS; ALMEIDA, 2017).

Foi referido necessidade de capacitação para quem administra os medicamentos, como estratégia de prevenção de erros.

> *"São coisas diferentes a prescrição errada e administração errada, porque se o enfermeiro sabe, reconhece a receita sabe que tem erro ali ele vai impedir alguma coisa. A estratégia contra a prescrição errada é capacitar quem prescreve e quem administra."* (P3 – CAPS AD III)

Um ambiente de trabalho inseguro, comunicação inadequada entre o pessoal de saúde, particularmente entre médicos e enfermeiros, competência inadequada sobre características clínicas e tratamento prévio de pacientes podem resultar em falhas ao administrar medicamentos potencialmente inapropriados (MOHIUDDIN, 2019).

Se o profissional de enfermagem conhecer as posologias e indicação adequada de um medicamento, ao receber prescrição inadequada atuará como barreira para o erro ao comunicar a falha ao médico e redirecionar para uma assistência segura.

O caminho para o uso mais seguro de medicamentos e melhoria na segurança do paciente deve considerar novas abordagens que atendam as especificidades de cada unidade de saúde; e conhecimentos atualizados para

considerar formas de pensar, agir e ser junto ao paciente, rompendo as abordagens tradicionais. A qualidade do trabalho é alcançada se os serviços entregues resultarem em um paciente cada vez mais bem informado e engajado na sua assistência (MOHIUDDIN, 2019).

No tocante do protagonismo do usuário no cuidado, destacamos a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que é uma abordagem inovadora desenvolvida em Quebec, Canadá. Trata-se de uma estratégia que busca garantir aos usuários efetiva participação nas decisões sobre seu tratamento, por basear-se no diálogo e na troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. A GAM tem como suporte um material impresso (Guia GAM), que propõe que os usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012)

Inicialmente a estratégia GAM, no Quebec, objetivou a retirada medicamentosa. A versão brasileira não manteve o tema da retirada da medicação, mas reforçou a tomada de decisões compartilhadas entre usuário e profissional de saúde. O guia é dividido em passos, onde a pessoa é convidada, em grupo, a fazer um balanço da própria vida para alcançar uma melhor qualidade. O uso do Guia junto ao grupo visa: a partilha de experiências, a ajuda mútua, o estímulo à busca de informações sobre medicamentos e direitos (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

Entre os principais efeitos observados na GAM destaca-se melhor compreensão da experiência, de seus direitos e do tratamento farmacológico; redução das interrupções de tratamento súbitas e sem acompanhamento; percepção de maior controle sobre seu tratamento, sua experiência interior e sua vida; melhora no relacionamento entre profissionais com espaço para negociação; e mudanças nas prescrições, o que mostrou grande impacto no bem-estar e melhoria da qualidade de vida (DEL BARRIO et al, 2013).

Ainda são necessárias mudanças nas práticas em saúde mental, especialmente no que se refere à valorização da experiência do usuário em seu tratamento, para estimular a autonomia e o poder de agir dos usuários e mobilizá-los para que redescubram seus interesses e desejos, sendo um desafio para o cuidado em saúde mental, onde muitas vezes são o diagnóstico,

a doença e a prescrição medicamentosa (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013)

Também foi destacada como incidente a falta recorrente de medicamentos, cabendo aos usuários denúncias do desabastecimento, a fim de utilizar medidas resolutivas pelos gestores municipais, estaduais e/ou federais para este problema.

> *"Desde o ano passado esse medicamento está faltando, já apareceu até no jornal, a gente não pode fazer nesse sentido, a gente manda pedido todo mês e vem uma lista de faltas. As vezes os usuários vão atrás, na TV."* (P6 – CAPS AD III)

Estudo de Silva e Lima (2017) avaliou as condições da Assistência Farmacêutica nos CAPS por meio de um estudo transversal, que evidenciou a disponibilidade média dos medicamentos de 11,9 para uma lista de 15 fármacos.

A figura abaixo é uma adaptação da teoria do queijo suíço de James Reason, que possibilita a visualização dos fatores sistêmicos que resultam em incidentes aos usuários e seus fatores de prevenção nos CAPS.




**Figura 03:** Adaptação da Teoria do Queijo Suíço demonstrando as defesas e falhas para ocorrência de dano ao usuário. Goiânia, 2018.

**Considerações sobre a terceira categoria: Estratégias para promoção do cuidado seguro**

Nos serviços é importante aplicar técnicas a fim de discutir a responsabilização sobre o cuidado, ressaltando o papel ético do profissional em proteger o usuário, para promover atitude crítica da equipe, superando ações de negligência, omissão e medo.

Para estabelecer quaisquer processos de mudança deve-se iniciar por promoção de suporte de aprendizagem reflexivo, sobre os processos de trabalho desenvolvidos.

Nas discussões sobre empreender estratégias de prevenção de riscos, foi percebido desânimo e desmotivação dos profissionais devido a tentativas anteriores em busca de melhorias que foram frustradas por questões políticas.

> *"Essa discussão é ótima, iniciamos matriciamento com a unidade básica, a gente discutia, mostrava o que era o CAPS, é uma troca muito legal. Mas parou. O problema aqui em Aparecida é que tudo começa e para, porque muda gestão, muda tudo, ai tem que começar tudo de novo, do zero."* (P3 – CAPS III)

> *"Mas você lembra como começou, faltou um carro um dia, ai faltou de novo, ai foi dispersando, as unidades todas longe e foi se perdendo."* (P7 – CAPS III)

> *"Não temos incentivo salarial ou dispensa em horário de trabalho para cursos, nosso pagamento é instável. A motivação é o querer, estar de corpo e alma. O financeiro influencia negativamente."* (P9 – CAPS AD III)

> *"Se a gente tivesse uma sede própria, encontros de qualificação assim, mais profissionais, melhor remuneração ou menor carga de trabalho a gente poderia ter uma maneira de construir algo melhor."* (P6 – CAPS III)

Mesmo as questões políticas não favorecendo o ânimo em prol de melhorias, os profissionais foram capazes de analisar as situações de risco e ter um pensamento crítico sobre segurança do paciente, traçando ações de cuidado seguro. No tocante do processo educativo o mais importante é desenvolver a aprendizagem significativa e o pensamento crítico reflexivo.

Foi percebido que a oferta de conhecimentos novos aos profissionais foi entendida como valorização profissional, o que instigou o envolvimento dos

mesmos no processo educativo e na busca por melhorias para a segurança dos usuários.

> *"Eu vejo que a gente não deve desistir, esse trabalho vai depender de nós, da equipe, diante de nossas condições de buscar melhorias, tendo a parceria e o apoio de vocês* [da universidade}." (P2 – CAPS III)

Mesmo o município com precariedade em vários segmentos, as mudanças deve iniciar-se por meio da gestão de cada serviço, indo do micro e expandindo para o espaço macro. Desenvolver esse pensamento na equipe é primordial, pois não é possível mudar de prédio sempre que ele for inadequado e representar risco para o dano. A equipe deve aprender a adequar o imóvel disponível, promovendo estruturas de segurança dentro da nossa estrutura disposta.

A estratégia de construção de planos de ações foi avaliada positivamente visando instaurar mudanças factíveis.

> *"Hoje aqui a gente vê o que pode fazer, não adianta ficar só nas queixas. Podemos sair do ponto de discussão e ir para a ação."* (P1 – CAPS III)

> *"A gente agora vê que tem coisas que dá para fazer, precisa chegar em um ponto de mobilizar de verdade."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Pensa nisso* [estratégias de prevenção] *foi bom, porque a gente sabe dos riscos, mas muitos pensam que o risco é pequeno que não irá acontecer nada de grave, o que deixa o serviço mais assim, um pouco omisso é isso."* (P8 – CAPS III)

Ao instigar a reflexão quanto aos erros ocorridos e modos de prevenção, foi solicitado pensar no contexto e fatores envolvidos, para superar o medo de se discutir as falhas que ocorrem em nível pessoal, mas de forma sistêmica, no intuito de superação da cultura de culpabilidade da pessoa, passando a identificar as falhas no âmbito do sistema.

> *"A estratégia utilizada foi ótima porque vocês discutiram coisas que não havíamos pensado antes, então quando a gente olha uma situação que aconteceu uma falha não é só olhar o que aconteceu, mas porque aconteceu quem estava envolvido, o que poderia ser diferente. São situações que envolvem vários*

> *fatores, então discutir isso é muito importante e não só dizer o que falhou, errou."* (P4 – CAPS AD III)
>
> *"Eu queria compartilhar a minha percepção também, eu não imaginava quando a gente começou a trabalhar que a gente ia aprofundar tanto como a gente aprofundou, o percurso do nosso trabalho levou a gente a uma coisa muito mais profunda que foi repensar a nossa prática mesmo aqui dentro, a partir da segurança do paciente, da efetividade do serviço. Eu repensei até a minha postura aqui dentro. Para mim foi muito gratificante."* (P5 – CAPS AD III)
>
> *"De certa forma, a respeito do que você falou sobre falhas, a gente aprende muito com a falha, tanto que a gente já faz melhor o serviço a partir de uma falha, então a gente usa isso como processo evolutivo de adequação."* (P11 – CAPS III)

O ser humano está sujeito a falhas, neste tocante é imprescindível compreender os fatores relacionados e ações preventivas, para ser possível monitorar, prevenir e, se ocorrer algum incidente, estar preparado para empreender ações corretivas imediatas, impedindo a evolução e agravo, analisando o tipo de incidente em todo o contexto envolvido.

Neste aspecto, deve-se incentivar a notificação de incidentes para a gestão de riscos, sendo um indicativo de maturidade da cultura de segurança institucional, quando conseguirem reconhecer os erros e incidentes e conseguirão enxergar as circunstâncias de risco. Em contrapartida, em organizações com cultura de segurança pobre, a identificação dos incidentes é prejudicada devido à subnotificação (SANTOS, 2015).

Para superar o medo de levar à luz das discutições as falhas vivenciadas deve-se empreender o sistema de não punição, mas de aprendizagem coletiva.

Há necessidade de disseminação da cultura não punitiva e maior respaldo aos profissionais em relação aos erros e eventos adversos por parte de seus líderes (SOUZA et al, 2015).

Nestes serviços, a todo o momento foi estimulado a criação de um sistema interno de notificação dos incidentes ocorridos, como ferramenta norteadora de construção de estratégias de segurança do paciente. No entanto, a criação e o gerenciamento de um Núcleo de Segurança do Paciente requerem profissionais responsáveis e envolvidos e nenhum profissional se interessou em arcar com tal responsabilidade.

Tal aspecto indica a necessidade de suporte institucional quanto à segurança do paciente com ações que favoreçam a qualidade do cuidado (OLIVEIRA et al, 2018).

A mudança de cultura organizacional é um processo longo, que necessita de inúmeras ferramentas para implantar e consolidar uma gestão efetiva, considerando a estrutura, os processos e os resultados.

Como estratégia de prevenção também se destaca o engajamento dos pacientes, ou seja, possibilitar que o usuário tenha o poder, por meio do conhecimento, sobre sua saúde e tratamento, sendo uma importante barreira para ocorrência de erros. O engajamento do paciente incorpora o empoderamento do mesmo em defesa de sua saúde, pelo seu ativismo, munido de informações sobre sua condição e serviços disponíveis, fazem escolhas mais conscientes sobre seus próprios cuidados de saúde. Também engloba oportunidades para representação de pacientes dentro das unidades de saúde em conselhos consultivos e grupos de trabalho. O engajamento efetivo implica que os pacientes tenham a oportunidade de avaliar os cuidados que recebem, com a expectativa de que utilizem essas informações de forma construtiva para melhorar o atendimento (WEINGART, 2013).

Cabe aos profissionais identificarem e promoverem formas criativas de infundir informações relacionadas à segurança dos pacientes na prestação de cuidados, considerando a capacidade dos pacientes de se engajarem. As informações devem ser fornecidas com clareza, acompanhadas de uma justificativa simples e reforçadas ao longo do tempo, garantindo a real compreensão e engajamento. As sugestões no ambiente, como a sinalização cuidadosamente colocada, também podem estimular o engajamento do paciente (WALTERS; DUTHIE, 2017).

Percebemos que muito ainda há de fazer em prol da segurança dos usuários nos CAPS, no entanto, a utilização do CAV como estratégia de EPS para promoção da segurança no cuidado permitiu alcançar algumas competências do profissional.

Competência é definida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes correlacionadas que afetam a maior parte de um trabalho, que se relaciona com a *performance* do mesmo, que pode ser medido

segundo padrões pré-estabelecidos e ser melhorada através de treinamento e desenvolvimento (PARRY,1996).

Gramigna (2006) traçou a árvore da competência na qual a copa representa as habilidades adquiridas e disponíveis para a realização do trabalho; o tronco os diversos conhecimentos e informações acumulados ao longo da carreira, e a raiz o conjunto de atitudes e comportamentos que a pessoa mobiliza quando necessita colocar em prática uma competência.

Como estratégia de avaliação do aprendizado, os profissionais construíram uma árvore da competência (figura 4 e 5), registrando os conhecimentos, habilidade e atitudes desenvolvidas a partir do processo vivencial de EPS.




**Figura 04:** Árvore da Competência CAPS III. Aparecida de Goiânia, 2017.




**Figura 05:** Árvore da Competência CAPS AD III. Aparecida de Goiânia, 2017.

Para o bom desenvolvimento do trabalho é preciso conhecimentos específicos e conhecimentos essenciais, pois o domínio de procedimentos, conceitos, fatos e informações relevantes interferem diretamente na qualidade desses processos. Assim, quanto mais conhecimento, mais o profissional torna-se forte e flexível para enfrentar as mudanças e rupturas (GRAMIGNA,2006).

Os profissionais referiram ter adquirido conhecimento específico sobre segurança do paciente (“*sei sobre a portaria de segurança do paciente”, “prevenir e reconhecer situações de risco”, “análise de risco”, “conhecimento para reconhecer locais que oferecem risco”, “prevê o risco”).*

> *“Acho que conhecimento foi entender um pouco da teoria mesmo de segurança do paciente, não imaginava, nunca tinha escutado falar, ainda mais no CAPS, então a teoria fica muito bom para mim mesmo, me ajuda muito a repensar minha prática, melhorar, a reciclar algumas coisas então, foi uma coisa diferente para mim essa parte teórica e que me ajudou muito fundamentar minha prática. Há necessidade de mais estudos teóricos, junto a equipe, acho que uma coisa que pode acontecer mais, eu vejo que são momentos que a gente consegue atingir um nível de pensamento, de trocas de informações.”* (P3 – CAPS AD III)

> *“Aprendi que a gente tem que prevenir situações que podem gerar riscos, então a gente agir antes que aconteça alguma coisa.”* (P9 – CAPS III)

> *“Saber sobre a Portaria nos ajudou a pensar mais e melhor sobre os riscos e tem como prevenir esses riscos.”* (P10 – CAPS III)

> *“Durante as atividades a gente percebeu que a maioria das pessoas conhece o risco, porém não tem ação para minimizar os riscos para a segurança do paciente. Nesse trabalho a gente teve uma análise criteriosa de quais são os riscos nesse ambiente, realmente muitas vezes a gente não sabe qual a função do enfermeiro aqui no CAPS que a gente trabalha a função psicossocial porque é totalmente diferente da área hospitalar, ai a gente fala da norma regulamentadora NR 32 que ela deveria ser aplicada aqui e qualquer ambiente de saúde. E também é uma unidade de saúde, então ai a gente entende.”* (P1 – CAPS III)

> *“Eu acho que a capacitação como um todo, ela nos fez pensar em algo que a gente já faz, só não dava nome ou então não articulava direito esse pensamento. A gente via uma situação problema, tentava resolver, mas não sabia dessa teoria, que isso tinha nome, que tem uma forma de se pensar isso, uma*

> *forma que já foi estruturada para se pensar essa questão de riscos, que nos orienta. Eu acho que trazer isso para saúde mental foi muito interessante, para nos ajudar a organizar o pensamento sobre essas questões, porque querendo a gente não conseguia prevê muitas coisas e tem situações que a gente não consegue prevê, a saúde mental é muito imprevisível em vários momentos, mas hoje tem situações que a gente já consegue prever sim, e até mesmo articular antes que aconteça alguma coisa."* (P3 – CAPS III)

O conhecimento construído permitiu associar a teoria e prática de segurança do paciente no modelo psicossocial ("*mudança de olhar, reconhecendo a saúde mental como unidade de saúde*").

> *"Querendo ou não os pacientes psiquiátricos apresentam alguns comportamentos de riscos que sempre vão existir. Agora eu vejo que isso não deve ser um problema para nós, tem que manejar a crise sob o olhar da segurança.* (P8 – CAPS III)

> *"Acho que essa capacitação foi muito interessante, porque assim somos o modelo de CAPS III em Goiás, exemplo o pessoal tinha muito aquela visão hospitalocêntrica e tinha muita resistência de fazer essa abordagem. Então eu acho que para a discussão de segurança do usuário serviu pelo menos para ver que funciona também no serviço psicossocial, mesmo que ainda esteja em construção."* (P2 – CAPS III)

> *"Como conhecimento agora conseguimos olhar a saúde mental como ambiente de saúde, mudança no olhar. É porque na verdade tem aquele estigma, como clínica é uma unidade de saúde eu não posso tratar CAPS como unidade de saúde e ai a gente acaba expondo o usuário à situação de risco quando a gente não tem esse olhar como unidade de saúde."* (P3 – CAPS III)

Foi requerido maior conhecimento no desenvolvimento dos processos de trabalho, como mais clareza sobre acolhimento *("melhor acolhimento"),* compreensão do protagonismo do usuário (*"livre arbítrio", "olhar diferenciado sobre o usuário"*), da necessidade de se comunicar com a equipe *("trocar ideia com o colega mais experiente")* e entender o papel do outro (*"função de cada parte*") e o papel que a equipe deve desenvolver juntamente ("*função do o todo"*).

> *"Foi bom lembrar e discutir o acolhimento, a importância do olhar diferenciado sobre os usuários, para enxergar as*

> *situações de riscos [...] discutimos como fazer um bom acolhimento, melhor acolhimento."* (P7 – CAPS III)

> *"Quando o usuário chega aqui agora entendo que ele tem livre arbítrio, a gente expõe as atividades para ele no primeiro momento a gente pode o deixar escolher. Até porque a gente não tem o conhecimento suficiente dentro do usuário."* (P3 – CAPS AD III)

> *"Agora temos o conhecimento desses locais que tem risco, pensar em todas as possibilidades... E também de pensar que tudo é em equipe, falar com o colega mais experiente."* (P9 – CAPS AD III)

> *"A gente refletiu e viu o serviço como um todo, e em cada profissão."* (P4 – CAPS III)

Os momentos de trocas para aquisição de conhecimentos foram relatados como reflexão para mudança de olhar do serviço de saúde mental de forma global.

> *"Na capacitação da equipe refletimos sobre todo o serviço, tivemos até mudanças estruturais, esse processo de identificar no serviço o que já acontece e depois pensar no processo de trabalho, o que levou, o que pode levar a esse incidente é um processo que faz muito sentido, para a gente identificar onde estão os pontos fracos aqui da unidade, pra mim é um melhor fator para repensar o serviço com um todo."* (P5 – CAPS AD III)

> *"É interessante porque a gente estuda muita coisa da medicina, psicologia, mas não estuda o cuidado em si. O que a gente pode fazer pra prevenir um dano. As formações hoje em dia no Brasil não ensinam a ter o contato com o humano. Ela ensina que tem que fazer, mas não ensina como fazer. É muito mecanicista."* (P4 – CAPS AD III)

Em relação ao que se deve desenvolver como melhoria na aquisição de conhecimento, foi referida a necessidade de mais estudos junto a equipe, de rever as portarias ministeriais e como proceder em situações de crise.

> *"Trazer esse conhecimento é muito bom, vocês nos ajudaram muito neste trabalho, nessa experiência. Seria bom se pudesse ocorrer mais vezes. A equipe tem que continuar esses estudos."* (P3 – CAPS AD III)

> *"Ali no conhecimento temos rever o conhecimento dos grupos."* (P9 – CAPS III)

> *"Mas assim, como é um grupo bem misto, tem aqueles que precisam de estimulação e aqueles que acham que o grupo é um grupo de desenhista. Então, tem que rever o objetivo e filtrar as necessidades, tem duas necessidades diferentes no mesmo grupo."* (P5 – CAPS III)

> *"Acho que só faltou aprofundar no manejo em situações de crise, quando tiver crise como fazer para segurança do profissional e do usuário."* (P1 – CAPS III)

Usar o conhecimento de forma adequada é uma habilidade. As habilidades precisam ser demonstradas na prática pois de nada adianta colecionar cursos, leituras e informações em geral, se estas não são úteis e não trazem benefício para a coletividade na qual o profissional está inserido (GRAMIGNA, 2006).

As estratégias para promoção de conhecimento devem ser identificadas em conformidade com a realidade, e consideradas fundamentais para o processo de qualificação em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Na Saúde Mental, o desconhecimento e a ausência de habilidades são importantes fatores que dificultam a assistência adequada ao portador de sofrimento psíquico, refletindo diretamente na segurança do cuidado prestado (PASETTI; CICOLELLA, 2019).

Como habilidades, os profissionais entenderam o reconhecimento de situações de risco presentes nas rotinas e nas unidades ("*observar e perceber situação de risco*"), delineando ações de prevenção ("*desenvolvimento de um pensamento voltado para riscos e prevenção").*

> *"Eu passei a ter um olhar muito mais atento ao serviço que pode oferecer segurança ou não, com pacientes dentro dos grupos, do ambiente. Como está a estrutura física, como estão esses espaços, então isso a gente discutiu e achei muito legal, ou seja a gente precisa se atentar a estrutura física oferecida, Claro que temos muitas limitações mas dentro do que a gente tem, como que a gente pode cuidar disso para que o usuário se sinta cuidado."* (P9 – CAPS AD III)

> *"Acho que foi uma habilidade que mudou muito em mim, ter um olhar mais amplo da sua área de atuação, consegui ampliar a minha visão, estar atento, ser mais especifico."* (P3 – CAPS III)

> *"Habilidade de saber reconhecer quando a unidade pode causar algum dano, alguma coisa ou objeto pode causar algum*

> *dano ao usuário, como um simples carregador de celular e já agir, não esperar acontecer."* (P2 – CAPS AD III)

A habilidade de reconhecimento de situações de risco e medidas de prevenção foram as mais já referidas, assim, espera-se a inclusão destas ações na rotina dos serviços.

Foi ressaltado o desenvolvimento da habilidade de reconhecimento de comportamentos de riscos dos usuários, que possibilita frear o aparecimento e/ou evolução de agravos.

> *"Ter um olhar mais amplo e específico para a segurança a fim de evitar a recaída para droga."* (P6 – CAPS AD III)

> *"Perceber alterações no comportamento dos usuários, quem sabe evitando uma crise mais forte."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Como habilidade agora percebo as circunstâncias, a gente tem identificado mais potenciais de risco para a segurança, hoje mesmo eu identifiquei vários, no comportamento dos usuários que podem gerar uma situação de risco. A gente nem trabalhava essas coisas de rotina sabe."* (P5 – CAPS AD III)

> *"Olhando assim dá para perceber que algumas coisas da equipe caminham no mesmo sentido. A percepção aparece bastante, perceber a situação, perceber alterações de comportamento, perceber a demanda, o perfil. A observação das situações, do usuário e do familiar. Então há uma coesão no que a equipe pensa de habilidade e atitude, conhecimento também."* (P2 – CAPS AD III)

Também relataram habilidade no desenvolvimento dos processos de trabalho como momentos de abordagem ("*fazer a abordagem terapêutica parecer uma simples conversa*"), escuta, construção do PTS, a capacidade de analisar melhor o serviço de acordo com as demandas ("*serviço X demanda*") e incluir encaminhamentos para atividades extra CAPS para reinserção ("*encaminha-los nas atividades extra CAP*").

> *"Antes eu queria fazer um projeto terapêutico para ele, mas na verdade não era aquilo que ele queria, ai entra a questão da escuta, então hoje meu projeto terapêutico é orienta-lo, mas a escolha cabe a ele, porque antes ele falava assim: ah não eu quero participar só de um grupo. Mas na verdade ele não quer, hoje eu tenho mais habilidade em relação a isso."* (P8 – CAPS AD III)

> *"Saber agir sabe? Conversamos com ele de boa, uma simples conversa, mas é abordagem terapêutica, que promove segurança, previne uma recaída. Habilidade para atitude física, de ir fazer."* (P3 – CAPS III)

> *"Analisar a demanda e o serviço, repensar os grupos, será que vale a pena ter 40 pessoas em um grupo? Vai beneficiar mesmo? Habilidade de pensar mais estratégias do que sobrecarregar grupos, discutir na equipe."* (P8 – CAPS AD III)

No tocante à habilidade também foi referido a falta dela para promover mudanças.

> *"Eu percebi que nessa atividade por mais que seja a segurança do paciente na saúde mental, parece que a gente já tem uma necessidade muito grande de falar sobre matriciamento, é uma necessidade de todo e qualquer processo quando a gente fala da saúde mental. Eu não sei se em todos os momentos o matriciamento é tão importante, porque a gente é tão pouco resolutivo, a gente sabe mas não tem habilidade, que a gente acaba não conseguindo. Pra mim, matriciamento acabou virando uma coisa meio utópica, parece que é algo inatingível. Parece que sempre que a gente vai discutir segurança no trabalho, discutir grupos, sempre a gente para no matriciamento."* (P9 – CAPS III)

> *"Não ter o matriciamento meio que sobrecarrega a unidade, e isso por consequência aumenta os riscos, porque eu pego responsabilidades que muitas vezes não são minhas, me atarefo demais e deixo de olhar pra os usuários, pra poder olhar pra uma coisa que não é nossa, porque a gente tem que resolver. Porque não tem uma rede bem articulada."* (P4 – CAPS III)

É percebido a habilidade de avaliação crítica situacional, pois se o matriciamento não está acontecendo, e se a rede não está articulada é devido à falta de habilidade dos profissionais que não estão sendo aprimoradas e desenvolvidas, como é o caso da comunicação e ausência de atitudes. Se não há comunicação não se faz rede.

Um dos indicadores de impacto é o conjunto de atitudes agregadas à sua ação profissional. As atitudes determinam o nível de confiança entre as pessoas, o clima de trabalho, o grau de comprometimento com objetivos e metas organizacionais e, consequentemente, resultados maximizados (GRAMIGNA, 2006).

Como atitude foi referida mudança no comportamento profissional.

> *"Ontem eu tive uma experiência, cheguei 22 horas da noite e me passaram alguns prontuários porque o J. estava dando em cima de uma menina e pegando na calça, conversei com ele, lembrei a ele das regras. Só pedi para ele não chegar perto porque ela estava sensível, não falei em suspensão, não teve mais reclamação sobre ele."* (P1 – CAPS AD III)

> *"Eu tive uma experiência que eu nunca tive aqui antes, sempre a gente coloca que na hora dos grupos é para desligar a televisão, para fazer os grupos, ontem estava tendo jogo da champions, muitos não vieram para os grupos, alguns foram embora, e no meu grupo deu 14 pessoas eu falei que se quisessem poderia ir embora, ninguém saiu, pensei que o pessoal ia sair pelo jogo. Coloquei o livre arbítrio, foi uma experiência que mostra que a repressão não adianta, então já que aqui é porta aberta tem que dar o caminho, a escolha é dele."* (P9 – CAPS AD III)

> *"Hoje tento entrar na mente, tinha um usuário dando trabalho fui fazer abordagem pensando pela segurança do paciente, pela abordagem que eu fiz com ela, ela permaneceu aqui. Ela falou assim: falou que tinha uma pedra grande de crack na casa dela, fui conversando, ela falando que queria algo que acalme. Eu olhei a garrafa de café e pedi para ela tomar, ela falou: eu preciso de algo para dormir: peguei um copo de agua e falei para ela, tem um remédio aqui que eu tomo para ansiedade, falei agora você tem que deitar e dormir porquê da sono, ela cochilou."* (P3 – CAPS AD III)

Quando o usuário compreende a dimensão de suas necessidades, ele colabora e participa das atividades espontaneamente. Outro fator que contribui é a abordagem afetiva e segura do profissional.

Houve mudança na estrutura e rotina da unidade ("*intervenção e ação de prevenção"*) ("*observa mais o usuário e ambiente*") ("*aborda e conversar mais com usuários e familiares").*

> *"Percebemos o armário, ferramentas que estamos precisando, tem um monte de coisa, mas não conseguimos tudo, mas nós notificamos. A rampa que estava com defeito já está arrumadinha agora. Então essas coisa a gente notifica mas, as vezes demora e pode acontecer um erro nesse tempo."* (P8 – CAPS AD III)

> *"Aumentamos o número de abordagens do usuário, hoje caminhamos mais na unidade e conversamos individualmente com os usuários, colocar informações sobre território, o que eu acho é que enxergasse o CAPS ainda como uma instituição*

> *segundo os usuários daqui, fica no modelo de assistência psicossocial."* (P9 – CAPS AD III)

Como atitude a serem adotadas, foi referido maior envolvimento dos profissionais no cuidado ao usuário e à equipe, e potencializar as discussões em grupo.

> *"Muitas vezes nos falta motivação e esperança diante das dificuldades, então como atitude espero que mesmo assim a gente consiga cuidar mais e melhor dos usuário e da equipe.* (P1 – CAPS AD III)

> *"Fazer o melhor diante do que já temos, não só reclamar o que não temos."* (P3 – CAPS AD III)

> *"Disponibilidade dos profissionais em se envolver para executar os planos de ação, não se perder."* (P1 – CAPS III)

> *"Vamos buscar mais informações da rede, vê se aumenta a adesão deles lá [...]. Procurar algo que motive, falar a mesma linguagem deles."* (P10 – CAPS AD III)

> *"Em atitude falta mais ação, apoio da equipe em alguns casos, as vezes a gente quer mudar mas é difícil, tem resistência na equipe."* (P7 – CAPS AD III)

> *"Dialogar com a equipe, para respeitar um quantitativo de participantes no grupo [ .. ] filtrar melhor os participantes."* (P12 – CAPS III)

> *"Dedicação, comprometimento, consciência e atitude de alguns colegas em reter objetos e situações de riscos, como carregador de celular ou aquele gol quebrado lá fora, um monte de ferro que pode ser perigoso."* (P3 – CAPS III)

> *"Estruturar melhor os grupos e espaço pensando em segurança."* (P4 – CAPS AD III)

> *"Alertar os usuários e colegas que não participaram sobre os perigos e incidentes."* (P8 – CAPS AD III)

Ser multiplicador do conhecimento é importante estratégia de cuidado, que permite planificar ações de cuidado.

Um profissional referiu a falta de atitude a nível municipal em prol da segurança do paciente.

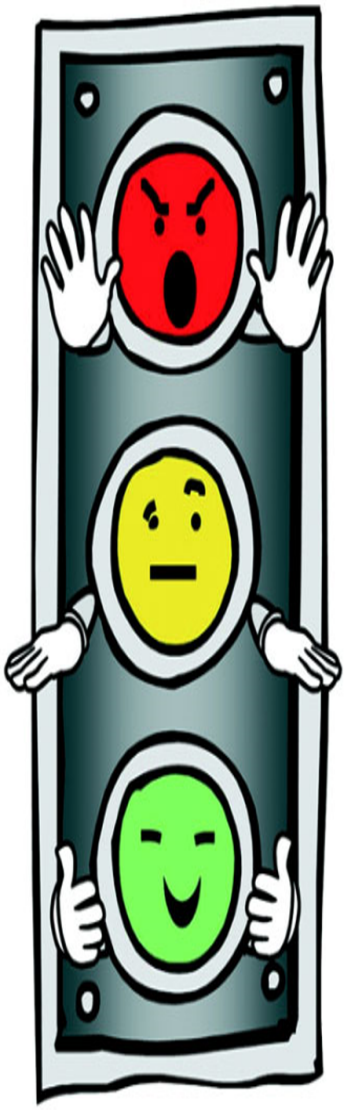
> *"De atitude eu acho que o município tem que criar um sistema de segurança. Fiquei muito chateada que o município não tem*

> *nada a respeito de segurança do paciente. A gente não sabe quantas pessoas estão correndo riscos, eventos adversos, incidentes."* (P11 – CAPS AD III)

A competência interpessoal é resultante da percepção de situações interpessoais e de habilidades específicas comportamentais. Para atingir competência é necessário maturidade individual e grupal. O processo de transformação do grupo em equipe só acontece quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procura resolver os problemas que afetam seu funcionamento, juntos (MOSCOVICI, 2008).

Ao finalizar o processo, foi percebido que os conhecimentos construídos e as mudanças empreendidas são passos importantes para o serviço, visando segurança e consequentemente maior qualidade na atenção em saúde mental. Conseguimos sensibilizar os profissionais para repensar as práticas promovendo a segurança no cuidado, atendendo o objetivo de desenvolver um processo educativo que promova segurança do paciente, ao possibilitar a compreensão da política e reflexão sobre a sua aplicabilidade no serviço.

Para avaliar o método e conteúdo utilizado no processo de reflexão e aprendizagem, foi solicitado responder três perguntas: que bom (o que de positivo vivenciou), que tal (sugestões do que poderia ter sido melhor), que pena (o que de negativo vivenciou, ou não gostou). As respostam foram escritas ao lado da imagem de um semáforo de forma anônima e individual, transcritos na figura 05.



**Que pena:**

- Não ser possível envolver toda a equipe
- O espaço ser pequeno para os encontros
- O profissional não ter participado de todos os encontros
- Pouco envolvimento de alguns participantes na execução de tarefas e planos de ação
- Muitos conhecimentos não ser transformado em ação
- Se essa pesquisa não servir para conscientizar o poder executivo para investir no serviço
- Que muito conteúdo discutido como solução não é da competência da equipe/serviço

**Que tal:**

- Informar os profissionais os resultados da pesquisa
- Produzir mais encontros breves de atualização
- Envolver todos os profissionais do serviço.
- Construir um protocolo de segurança do paciente em CAPS
- Aplicar o curso nos outros serviços de saúde mental do município

**Que bom:**

- Que o CAPS é de interesse acadêmico para pesquisa que gera conhecimento
- Aprendizagem de tema novo ainda não visto (segurança do paciente)
- O método fez repensar e instigar atitudes
- Forma dinâmica e envolvente de passar o conteúdo
- Possibilitou melhor visão e atitudes no trabalho
- Foi possível aprender teoria e prática em um breve período.
- A segurança do paciente foi abordada desmistificando que a clínica não cabe na unidade de saúde mental

**Figura 06:** Avaliação do método e conteúdo utilizados no processo de reflexão e aprendizagem da equipe multiprofissional. Aparecida de Goiânia, 2018.

O “**que pena”** abarcou responsabilidade do profissional, da pesquisa e de gestão. Em relação aos participantes foi referido que infelizmente o profissional não participou de todos os encontros e houve pouco envolvimento de alguns na execução de tarefas e planos de ação e, assim, muitos conhecimentos não foram transformados em ação.

Em relação ao desenvolvimento da pesquisa, referiram como ponto negativo não envolver toda a equipe e o espaço ser pequeno para os encontros (em ambos CAPS).

Quanto à gestão, referiram que muito conteúdo discutido como solução não é da competência da equipe/serviço e que será uma infelicidade se essa

pesquisa não servir para conscientizar o poder executivo para investir no serviço.

No “**que tal**” foi sugerido, pelos profissionais, que os resultados da pesquisa fossem apresentados a eles posteriormente, a execução de mais encontros breves de atualização sobre segurança do paciente, que o processo envolva todos os profissionais do serviço e os outros serviços de saúde mental do município. Também aludiram a construção de um protocolo de segurança do paciente em CAPS.

No “**que bom”** os profissionais ficaram satisfeitos em reconhecer que o espaço do CAPS é de interesse acadêmico para pesquisa que gera conhecimento. Aprovaram o método que permitiu repensar e instigar melhores atitudes no trabalho, de forma dinâmica e envolvente ao apresentar o conteúdo de segurança do paciente, sendo possível aprender teoria e prática em um breve período. Também avaliaram como positivo por se tratar de tema novo, sendo que a segurança do paciente foi abordada desmistificando que a clínica não cabe na unidade de saúde mental.

# 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se desenvolveu na perspectiva de analisar a segurança no cuidado prestado aos usuários dos CAPS, de forma interativa e transformadora, ao utilizar o Ciclo de Aprendizagem Vivencial como estratégia norteadora.

Consideramos que atingimos o objetivo proposto, ao delinear nas práticas dos profissionais os incidentes que influenciam na segurança dos usuários, ao mesmo tempo em que desenvolvemos um processo educativo problematizador que demonstrou impactos na prestação do cuidado em saúde mental.

Ressalta-se que este campo de estudo, segurança do paciente em serviços comunitários de Saúde Mental, é fecundo para exploração, aprofundamento teórico e ações de intervenção para alinhamento da prática profissional/psicossocial segura.

O método vivencial favoreceu a reflexão da dinâmica dos serviços, desvelando as situações de risco na assistência aos usuários. Promover junto aos profissionais dos CAPS um avanço na assistência e para a academia ao contextualizar segurança no paciente na atenção comunitária em saúde mental, possibilitou grande crescimento profissional, enquanto enfermeira e pesquisadora da área, evidenciando ser possível a clínica segura na atenção psicossocial, desde a prevenção aos cuidados em situações de crise.

Se tratando de pesquisa intervenção, no processo de coleta de dados, as equipes dos serviços se mobilizaram no sentido de empreender estratégias para minimizar a possibilidade de ocorrência de incidentes aos usuários.

Tais estratégias se configuram como possibilidades de transformações positivas no atendimento clínico e psicossocial, corroborando com os princípios de um cuidado respeitoso e de qualidade como proposto na Reforma Psiquiátrica.

Destacamos que o método vivencial possibilitou aos participantes, a autoavaliação de suas práticas, com consequente desvelamento dos problemas nos serviços. Ao racionalizarem os problemas, levantaram possíveis estratégias de soluções, tendo em vista benefícios para as unidades e para usuários/família.

Os CAPS são unidades de cuidado que ainda estão em construção, onde os profissionais muitas vezes não têm clareza do cuidado clínico e psicossocial, temendo reproduzir práticas manicomiais, além do fato de não terem ferramentas necessárias para lidar adequadamente com a população em extremos de vulnerabilidade que assistem.

No cuidado em saúde mental, constantemente são percebidos riscos que podem provocar incidentes e não há uma preocupação latente sobre isso. Muitas

vezes preocupa-se com a “militância” com vistas a desospitalizar e esquece-se que a clínica deve acontecer no modelo psicossocial.

A militância é imprescidivel para a atenção psicossocial, pois, devido a ela, hoje temos espaços democráticos de discussão, problematização e contrução coletiva do conhecimento como a vivenciada no presente estudo. Destaca-se que somado a militância devemos defender um ideal de modelo psicossocial seguro ao usuário.

Percepções clínicas na atenção psicossocial é um exercício complexo e tê-lo problematizada em grupo, in loco, norteada pelos princípios da EPS com construção coletiva de aprendizagem foi extremamente potencializador.

Assim, sinaliza-se a importância de ações similares no cotidiano dos demais serviços de saúde mental, como unidades infantis, CAPS tipo I e II, nas diversas regiões do país, (re)conhecendo e fortalecendo práticas seguras no cuidado em saúde mental.

Como limitações, ressalvamos o estudo ter acontecido em unidades voltadas para o atendimento do público adulto e a rotatividade dos profissionais por mudanças políticas municipais, além de não retornar após período de seis meses ou mais para avaliar se houve mudanças organizacionais. No processo de EPS não houve participação de médicos, administrativos, segurança e equipe do noturno. Sabe-se que para a cultura da segurança do paciente deve-se ter o envolvimento de todos os profissionais ligados a atenção aos usuários, de forma direta e/ou indireta.

O momento do estudo é rápido, sendo pouco tempo para implementar mudanças efetivas. Soma-se o pequeno número de profissionais para gerenciar medidas protocolares para segurança do paciente, o que resulta em baixo impacto para mudanças na atenção psicossocial.

O processo de EPS em prol da segurança do paciente não foi adotado como contínuo nas unidades, diante da precariedade dos contratos de trabalho e rotatividade profissional. Grande parte dos participantes não está mais atuando nos CAPS III, interferindo diretamente no impacto da gestão de riscos nas unidades.

É imperioso que a EPS seja rotina nessas unidades e que a temática segurança do paciente seja continuamente colocada em discussão, para que as estratégias traçadas para mitigação de erros sejam cumpridas e (re)planejadas, adequando a situação atual do serviço. Além de que, somente com EPS os profissionais terão conhecimento suficiente para diferenciar segurança do paciente e

segurança ocupacional, e assim superar resistências para empreender segurança do paciente.

Percebe-se a necessidade de produzir ferramentas de avaliação da segurança em serviços de saúde mental, que permitam identificar os riscos aos quais o usuários estão expostos, municiando o desenvolvimento e a implementação de medidas preventivas e práticas proativas, superando as ações apenas corretivas.

Há também a necessidade de integrar melhor os recursos hospitalares e comunitários, a fim de desenvolver práticas seguras e eficazes para transições de cuidados, atentando para a complexidade de cuidado que o usuário necessita.

A rede social e familiar do paciente são recursos subutilizados como fonte para prevenir ou minimizar o impacto de incidentes de segurança em saúde mental. Paciente e familiares/cuidadores poderiam desempenhar um papel mais ativo e protetor na sua segurança, como maior envolvimento nos processos de planejamento e tomada de decisão para o cuidado. Sugere-se que investigações como esta se estenda aos usuários e familiares

Neste tocante, é preciso empreender processos contínuos de avaliação, de qualificação do conhecimento e habilidades para aprimoramento de competências em prol da qualidade.

Inicialmente a proposta deste estudo causou estranheza a alguns profissionais dos CAPS, devido ao campo de estudo ser de base hospitalar, o que era esperado diante da desospitalizaçao em saúde mental. No decorrer do processo de coleta de dados, a importância de se pensar em segurança, não limitando a aspectos clínicos, foi se evidenciando nas discussões e reflexões dos processos de trabalho, e as vivências foram sentidas como oportunidade de evolução.

Este método fez com que os profissionais protagonizassem o processo de melhoria da segurança do usuário ao identificarem os incidentes, buscando intervenções cabíveis no contexto que eles empreendem rotineiramente. Fica claro que desenvolver, junto aos profissionais da equipe, competência para a segurança do paciente nos serviços de saúde mental é imprescindível para o reconhecimento dos incidentes, os riscos iminentes e as medidas para prevenção visando melhoria na assistência em saúde mental nos CAPS.

Os resultados foram exitosos e se deram devido a boa disposição dos profissionais em se envolverem na proposta e habilidade no desempenho dos pesquisadores.

A replicação deste estudo em outros campos semelhantes não garante os mesmos resultados, pois trata de uma equipe multiprofissional com participantes de diferentes formações, com culturas organizacionais distintas. É sabido que cada grupo é único, em sua constituição, história, métodos de trabalho, dentre outras particularidades.

*"A loucura não é, às vezes, outra coisa senão a razão apresentada em forma diferente"*

*Goete*

# 7 - REFERÊNCIAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 31000. Gestão de riscos - Princípios e diretrizes. Rio de Janeiro (BR): ABNT; 2010.

Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(3):597-03.

Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. 2017;70(5): 981-87.

Aguiar KF, Rocha ML. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-Intervenção: referenciais e dispositivos em análise. Psicologia Ciência e Profissão. 2007;27 (4):648-63.

Albino PMB. Learn process based on the experimental learning cycle: an application to cooperate training. RGC. 2014;01(02): 87-96.

Albuquerque A. Direitos Humanos dos Pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.

Alcântara CB, Capistrano FC, Czarnobay J, Ferreira ACZ, Brusamarello T, Maftum, MA. A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. Esc. Anna Nery. 2018;22(2): e20170294.

Alves R. Ostra feliz não faz pérola. 2 ed. São Paulo: Planeta; 2008.

Amarante P, Diaz FS. Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica. Cad Bras Saúde Mental. 2012;4(8):83-95.

Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6): 2067-74.

Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

Andrade JDS, Rocha CE, Maciel MAV, Santana DCAS, Santana FJM. Prevalence and risk of potentially adverse drug interactions in the treatment of acute alcohol poisoning. Braz. J. Pharm. Sci. 2016b;52(1):133-142.

Andrade RS, Caldas LBSN, Falcão MLP, Goes PSA. Processo de Trabalho em Unidade de Saúde da Família e Educação Permanente. Trab. Educ. Saúde. 2016a;14(2):505-21.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Boletim Informativo: segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providencias. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013a.

Arruda, NLO. Análise da percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência [dissertation]. Goiânia: Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde; 2017. 149p.

Aveling EL, Parker M, Dixon-Woods M. What is the role of individual accountability in patient safety? A multi-site ethnographic study. Sociol Health Illn. 2015;38(2): 216-32.

Balfour ME, Carson CA, Williamson R. Alternatives to the emergency departament. Psychiatr Serv. 2017;68(3):306.

Bardin L. Análise de conteúdo. 4ed. Lisboa: 70 edições, 2010.

Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde e Sociedade. 2016;25(1):9-18.

Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Innovative Practices For Health Care. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(Esp):815-29

Batista CB, Vasconcelos MPN, Dalla Vecchia M, Queiroz IS. A educação permanente em redução de danos: experiência do Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. Interface (Botucatu). 2019; 23(e180071): 1-12.

Boet S, Reeves S, Bould D. Call for an internationally recognized interprofissional simulation-based disease/ injury independent, crisis resource management training certification. Resuscitation. 2015;(92):e7.

Bohomol E. Participação da família na segurança do paciente. In: Harada MJCS, editors. Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 317-30.

Bolding DJ, Corman E. Falls in the Geriatric Patient. Clin Geriatr Med. 2019;35 (1):115-26.

Bráulio LF. Sequência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. Arq. Bras. Cardiol. 1998;71(6):735-40.

Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster RJ, Lavoie JAA et al. Patient safety in mental health [Internet]. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association; 2009 [cited 2019 mar 22]. Available from: https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/Mental%20Health%20Paper.pdf
Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery. 2012;16(1):147- 56.

Bueno AAB, Fassarella CS. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2012;6(1):72-81.

Caixeta CC, Sousa JM, Barbosa MA, Pinho ES, Souza ACS, Pires JS, Nunes FC. Os fatores restritivos da prática com grupos terapêuticos: construindo hipóteses de soluções. In: 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 2017 jul 12-14; Salamanca, Espanha: CIAIQ 2017;(2):325-34.

Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. Esc Anna Nery. 2009;13(3): 477-84.

Campos RO, Baccari IP. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(4):2051-58.

Capucho HC, Cassiani, SHB. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2013;47(4):791-98.

Cardoso AM. Implementation of electronic prescription order to optimize a drug dispensing. Rev. Bras. Farm. 2013;4(4):39-45.

Cardoso C, Seminotti N. O grupo psicoterapêutico no CAPS. Ciência e Saúde Coletiva. 2006;11(3):775-83.

Carvalho KF**.** Análise da efetividade do sistema de dispensação eletrônica de medicamentos: revisão sistemática e metanálise [thesis]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2018. 111p.

Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(2):413-27.

Cavalheri S. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):51-57.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2005;9(16):161-77.

Chaves TV, SanchezZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. Rev Saude Publica. 2011;45(6):1168-75.

Cidral A, Kemczinski A, Abreu A. Uma metodologia de aprendizagem vivencial para o desenvolvimento de competências para o gerenciamento da implementação de sistemas de informação. In Anais XXIII Encontro Nacional de Produção ENEGEP [Internet]; 2003 Out 21-24;Ouro Preto/MG. 2003 [cited nov 2018. Available from: https://producaoonline.org.br/rpo/article/viewFile/578/624

Coimbra VCC, Nunes CK, Kantorski LP, Oliveira MM, Eslabão AD, Cruz VD. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial com vistas à integralidade. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental. 2013;5(2):3876-83.

Constantinidis TC, Cid MFB, Santana LM, Renó SR. Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. Trends Psychol. 2018;26(2):911-926.

Constantinidis TC. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? Psicologia USP. 2017;28(1):23-32.

Coriolano-Marinus MWL, Andrade RS, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2015;19(53): 311-324.

Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. Rev.Nutr. 2009;22(6):823-835.

Couto RC, Pedrosa TMG, Rosa MB. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 2016: 1-48.

Cuadros KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Canales MAJ. Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2841

Dantas NF, Passos ICF. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. Trabalho, Educação e Saúde. 2017;16(1):201-220.

Daychouw, M. 40 ferramentas e técnicas de gerenciamento. 1 ed. Rio de Janeiro: Brasport; 2007.

Del Barrio LR, Cyr C, Benisty L, Richard P. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): New perspectives on wellness, quality of life and psychiatric medication. Cien Saude Colet. 2013; 18(10):2879-87.

Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Zem-Mascarenhas SH. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. Rev Min Enferm. 2014;18(4):866-73.

Dias MTG, Meneghel SN, Ceccon RF, Junges EMG, Ávila MYB, Rosa S et al. Usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas, Porto Alegre, RS: perfil e desfecho. 1 ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2015.

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):241-243.

Donabedian A. Part II - Some issues in evaluating the quality of nursing care. Am J Public Health Nations Health. 1969;59(10):1833-36.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med.1990;114(11): 1115-1118.

Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. Nurs Stand. 1992;7(11 Suppl QA): 4-5.

Donabedian A. The Quality of Medical Care. Science. 1978;26;200(4344): 856-64.

Dornelas RJMV, Almeida DL. O papel do médico no CAPS no contexto da reforma psiquiátrica: desafios e avanços observados a partir da experiência no serviço. Academus Revista Científica da Saúde. 2017;2(1):264-72.

DSM V - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington (United States of America): American Psychiatric Association;2013.

Duarte MLC, Glanzner CH, Pereira LP. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2018;39: e2017-0255.

Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. Rev Bras Enferm. 2015;68(1):144-54.

Edmonson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. Quality and Safety in Health Care. 2004;13(Suppl II):i3-9.

Eiroa-Orosa FJ, Rowe M. Taking the Concept of Citizenship in Mental Health across Countries. Reflections on Transferring Principles and Practice to Different Sociocultural Contexts. Front Psychol. 2017;8:1020.

Elkis H, Gama C, Suplicy H, Tambascia M, Bressan R, Lyra R et al. Consenso Brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. Rev. Bras. Psiquiatr. 2008;30(1):77-85.

Farah R. 10 pontos importantes para a criação e utilização do prontuário do paciente. Instituto Brasileiro Para Segurança do Paciente [Internet]. 2016 dez 23 [cited 2018 ago 26]. Saúde. Available from: https://www.segurancadopaciente.com.br/opiniao/10-pontos-importantes-para-criacao-e-utilizacao-do-prontuario-do-paciente/

Faria GD. A (in)sustentabilidade dos conceitos de inimputabilidade e de periculosidade diante da reforma psiquiátrica. Revista Constituição e Garantia de Direitos. 2018;10(1):202-22.

Fauci DKA. Doenças Infecciosas de Harrison. 2 ed. São Paulo: AMGH; 2015.

Fernandes LGG, Tourinho FSV, Souza NL, Menezes RMP. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. Rev Enferm UFPE. 2014; 8(Supl. 1):2507-12.

Ferreira ACZ, Borba LO, Capistrano FC, Czarnobay J, Maftum MA. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. Rev Min Enferm. 2015; 19(2): 150-56.

Ferreira DKS; Medeiros SM; Carvalho IM. Sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Fund Care. 2017;9(1):253-58.

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Figueiredo EBL, Gouvêa MV, Cortez EA, Santos SCP, Alóchio KV, Alves LMS. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: Um estudo das teses e dissertações. Rev. pesqui. cuid. fundam. 2018;10(2):558-64.

França RO. Abandono ao tratamento da dependência química um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas no município de Campina Grande [monography]. Campina Grande: Departamento de Serviço Social/UEPB; 2014.

Friganovic A, Kovacevic L, Ilić B, Žulec M, Krikšić V, Grgas Bile C. Healthy settings in hospital - how to prevent burnout syndrome in nurses: literature review. Acta Clin Croat. 2017;56(2):292-8.

Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. International Journal for Quality in Health Care. 2012;24(4):311-20.

Garcia MRL, Sacramento DS, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Visitas domiciliares do enfermeiro e sua relação com as internações por doenças sensíveis à atenção básica. Esc. Anna Nery. 2019;23(2): e20180285.

Gearing RE, Towsend L, Elkins J, El-Bassel N, Osterberg L. Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. Harv Rev Psychiatr. 2014;22(1):31-45

Giovanetti FZC. A negação da clínica na saúde mental: Impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo/ USP; 2018. 239p.

Girardi C, Feldhaus C, Oliveira JLC, Schran LS, Luz MP, Tonini NS et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em pronto-socorro. Ver. Adm. Saúde. 2018; 71:71-95.

Gomes TR. Idiosyncratic analysis of the Discourses pronounced in the judicial decisions on Medical Error in the TJDFT: a qualitative study. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. 2017;6(4):55-69.

Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1963-70.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia (Ribeirão Preto). 2003;12(24):149-61.

Gonzaga N, Nakamura E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profıssionais. Saúde Soc. 2015; 24(1): 232-43.

Gramigna MR. Árvore de Competências em Criatividade. Revista Recre@rte [Internet]. 2006 jun [cited 2018 ago 12]. Available from: http://www.iacat.com/Revista/recrearte/recrearte05/Seccion1/Competencias.htm

Gutiérrez-Mendoza LM, Torres MA, Padrón-Salás A, Ramírez-Hernández ME. Costs of Serious Adverse Events in a Community Teaching Hospital, in Mexico. Cir Cir. 2015;83(3):211-16.

Halpern SC, Scherer JN, Vinicius R, Sibele F, Anne S, Felipe O et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33(6): e00037517.

Harada MJ. A prevenção do erro humano. In: Harada MJ, Pedreira ML, Peterlini MA, Pereira SR, editors. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu, 2006. p.27-42.

Henderson DC, Vincenzi B, Andrea NV, Ulloa M, Copeland PM. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(5):452–464.

Hezaveh MS, Rafii F, Seyedfatemi N. Novice Nurses' Experiences of Unpreparedness at the Beginning of the Work. Glob J Health Sci. 2014;6(1): 215-22.

Hinricksen SL. Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos. Rio de Janeiro: MedBook; 2012.

Ibanez G, Mercedes BPC, Vedana KGG, Miasso AI. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. Rev. bras. Enferm. 2015;67(4):556-62.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=notas-tecnicas. Acessado em: 04/03/2019.

Irwin A, Weidmann A. A mixed methods investigation into the use of non-technical skills by community and hospital pharmacists. Res Soc Admin Pharm. 2015;11(5):1-11.

Isoldi DMR, Candido MCFS, Simpson CA, Silva FS. Fatores Relacionados às Ocorrências Éticas na Enfermagem Frente a Erros de Medicação. R bras cien Saúde. 2017;21(4):379-84.

Jesus ML, Jucá VJS, Nunes MO. Significados sobre alta construídos em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. Psic. Saúde & Doenças. 2018;19( 2 ): 310-22.

Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual. Saf. 2013;22(10):809–15.

Joint Commission Resources. Patients as partners: how to involve patients and families in their own care. Oakbrook, II: Joint Commission Resources; 2006.

Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. Texto contexto - enferm. 2015;24(1): 112-120.

Kapilashrami A, Smith KE, Fustukian S, Eltanani MK, Laughlin S, Robertson T et al. Social movements and public health advocacy in action: the UK people's health movement, *Journal of Public Health*. 2016; 38(3):413-16.

Kim DD, Lang DJ, Procyshyn RM, Woodward ML, Kaufman K, White RF et al. Reduced cardiovascular fitness associated with exposure to clazapine in individuals with chronic schizophrenia. Psychiatry Res. 2018;262:28-33.

Kinker, FS. A psychiatric hospital in crisis: images of a deinstitutionalization experience**.** Interface (Botucatu). 2017;21(60):189-98.

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err is Human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

Lang A, Edwards N. Safety in home care: Broadening the patient safety agenda to include home care services. Healthc Q. 2006;9(Spec):124-6.

Lanzillotti LS, Andrade CLT, Mendes W, Seta MH. Neonatal adverse events and near misses reported in Brazil from 2007 to 2013. Cad. Saúde Pública. 2016;32(9):e00100415.

Laursen TM, Munk-OlsenT, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry. 2012;25 (2):83-88.

Leão A, Barros S. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde e Sociedade. 2012;21(3):572-86.

Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt Van Den PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med. 2008;168(17):1890-96.

Leite JCC, Luz MFD, Walz JC, Filippin LI, Saldanha RP, Drachler ML. Motivação e adesão ao tratamento psicossocial entre usuários de substâncias químicas. Estud. psicol. (Campinas). 2018;35(4): 389-98.

Lemke RA, Silva RAN. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2011;21(3):979-1004.

Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):913-922, 2016.

Lima FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LM, Silva CN, Fuculo Junior PRB. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2016;8(1):3893-906.

Lima MG, Gussi MA, Furefato ARF. Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. Tempus, actas de saúde colet, Brasília. 2017;11(4):197-220.

Lopes DMA, Néri EDR, Madeira LS, Sousa Neto PJ, Lélis ARA, Souza TR et al. Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: potenciais erros de medicação. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(1):95-103

Lopes LN, Garcia KP, Dias LG, Soares LR, Leite AM, Silva JÁ. Quality of medical prescriptions in a School Health Center of the Brazilian Amazon. Rev Soc Bras Clin Med. 2014;12(2):1-5.

Lopes PF, Garcia APRF, Toledo VP. Processo de Enfermagem no Cotidiano do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. Rev. Rene. 2015;15(5):780-88.

Ludke M, André MED. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

Macri S, Goloni-Bertollo EM, Pavarino-Bertelli EC, Abbud Filho M. Avaliação e características do erro médico na região de São José do Rio Preto. Arq. Ciênc. Saúde. 2004;11(1):13-16.

Magalhães HMJ. Redes de Atenção à Saúde: rumo à Integralidade. Divulgação em Saúde para Debate. 2014;52:15-37.

Maia CS, Freitas DRC, Gallo LG, Araujo WN. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2018;27(2): e2017320.

Maidment ID, Lelliott P, Paton C. Medication errors in mental healthcare: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2006;15:409–13.

Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016;353:i2139

Maluf F. Dignidade e respeito aos pacientes: o olhar dos Direitos Humanos.Trab.

educ. saúde. 2018;16(2):837-39.

Marchon SG, Mendes Junior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. Cad. Saúde Pública. 2014;30(9):1815-35.

Marconato RS, Monteiro MI. Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2974.

Marinho MM, Radünz V, Tourinho FSV, Rosa LM, Misiak M. Intervenções educativas e seu impacto na cultura de segurança: uma revisão integrativa. Enferm. Foco. 2016; 7(2):72-77.

Martinhago F, Oliveira WF. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. Saúde em Debate. 2012;36(95): 583-94.

Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. Mental, Barbacena. 2017;11(20):226-42.

Martins GCS, Moraes AEC, Santos TCF, Peres MAA, Filho AJA. O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda. Texto Contexto Enfermagem. 2012;21(1):86-94.

Massaroli MV. Dinâmica de grupo no desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde. Journal Health NPEPS. 2016; 1(2):278-86.

Meira RC. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE; 2003.

Melo DO, Molino CGRC, Tibeiro E, Romano-Lieber NS. Capcaitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. Cien. Saúde coletiva. 2017;22(1):261-68.

Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques PM. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. Rev. Bras. Epidemiol. 2008;11(1):55-66.

Mendonça FTNF, Santos AS, Buso ALZ, Malaquias BSS. Health education with older adults: action research with primary care professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(4):792-99.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R, editors. Práxis em salud um desafío para lo público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Miasso AI, Carmo BP, Tirapelli CR. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. Rev. esc. enferm. USP 2012;46(3): 689-95.

Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc. saúde coletiva. 2009;14(1):159-64.

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014a.

Ministério da Saúde. Lei federal n. 10.216, de 06 de abril de 2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013b.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009. 64 p.

Ministério da Saúde. Portaria 336/ 2002 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Portaria 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012d.

Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002b

Ministério da Saúde. Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014b.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2017.

Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Brasília (Brasília): Ministério da Saúde, 2012a.

Ministério da Saúde. Resolução Nº 466/2012 - Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012b.

Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015b. 48 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Caderno HumanizaSUS; v. 5. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015a. 548 p.

Ministério da Saúde; Diário Oficial da União. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012c.

Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN, et al. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(4):665-73.

Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Cienc. saúde coletiva. 2012;17(8):2071-85.

Mohiuddin AK. Framework for Patient Safety. IJHP. 2019:4(21):1-14.

Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(1):169-79.

Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPSad do Piauí. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2011;15(1):90-5.

Monteiro CN, Gianini RJ, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M. Access to medication in the Public Health System and equity: populational health surveys in São Paulo, Brazil. Rev. bras. epidemiol. 2016;19(1):26-37.

Moromizato MS et al. The Use of the Internet and Social Networks and the Relationship with Symptoms of Anxiety and Depression among Medical Students. Revista Brasileira de Educação Médica. 2017;41(4):497–504.

Moscovici F. Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo. 17ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2009.

Moscovici, F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. 9 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000

Moscovici. F. Equipes dão Certo – A Multiplicação do Talento Humano. 5ª Edição. Livraria José Olympio Editora, Rio de Janeiro, 2008.

Motta CCL, Moré CLOO, Nunes CHSS. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(3):911-20.

Motta KAMB, Munari DB, Nunes FC. Intervenção para desenvolvimento de enfermeiros gerentes em um hospital público na perspectiva da pesquisa ação. Rev. Eletr. Enf. 2011;13(4):629-38.

Munari DB, Nunes FC, Motta KAMB, Esperidião E, Silva JI, Coelho MA. Laboratory education as a tool for continuing education of manager nurses. Rev. enferm. UERJ. 2008;16(4):577-83.

Munari DB. A aplicação do modelo de educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro. Rev enferm UERJ. 2005; 13: 263-69.

Musmanno LHF, Bezerra ALQ, Melo MAS, Paranaguá TTB, Tobias GC, Teixeira CC. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre segurança do paciente. Rev enferm UFPE. 2018;12(11):2978-85.

Nicolino PS, Vedana KGG, Miasso AI, Cardoso L, Galera SAF. Esquizofrenia: adhesión al tratamiento y creencias sobre el transtorno y terapéutica medicamentosa. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45( 3 ): 708-15.

Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual. Saf. Health Care. 2003;12(2):17-23.

Nogueira IS, Baldissera VDA. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Esc. Anna Nery.2018; 22(2):e20180028.

Nogueira IS, Labegalini CMG, Carreira L, Baldissera VDA. Planejamento local de saúde: atenção ao idoso versus Educação Permanente em Saúde. Acta paul. enferm. 2018;31(5):550-57.

Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enfermagem. 2015**;**20(3):636-40.

NPSA. National Patient Safety Agency. With safety in mind: Mental health services and patient safety. United Kingdom: Patient Safety Observatory Report 2; 2006.

Nunes M, Landim FLP. Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano. 1st ed. Salvador: Edufba; 2016.

Oliveira ICL, Cavalcante MLSN, Aires SF, Freitas RJM, Silva BV, Marinho DMF et al. Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental. Rev. Bras. Enferm. 2018;71(Suppl 5 ): 2316-22.

Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG . Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. Saúde debate. 2014a;38(101): 368-78.

Oliveira MO, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Anna Nery. 2014ª;18(1):122-29.

Oliveira RM, Leitão ILTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc. Anna Nery. 2014b;18(1):122-29.

Onocko Campos RT, Palombini AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Serpa Júnior OD, Marques CC, Gonçalves LLM, Santos DVD, Surjus LTLS, Arantes RL, Emerich BF, Otanari TMC, Stefanello S. Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. Interface (Botucatu) 2012; 16(43):967-980.

Onocko-Campos RT et al. Autonomous Medication Management: an analytical intervention in mental health care services. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(10):2889-98.

Onocko-Campos RT, Emerich BF, Ricci EC. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. Interface (Botucatu). 2019;23:e170813.

Paiva IL, Yamamoto OH. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. História, Ciências, Saúde. 2007;14(2): 549-69.

Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev. esc. enferm. USP. 2010;44(1):134-38.

Palha PF. Por um Sistema de Saúde Integrador. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(2):181-82.

Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(4):2067-76.

Paranaguá TTB. Análise dos incidentes ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital de ensino da região Centro-Oeste [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012.149 p.

Paranaguá TTB. Patient Safety in Primary Care: knowledge of health professionals [thesis]. Goiânia: Faculty of Nursing/UFG; 2015. 140p.

Parry SB. The Quest for Competences. 1 st ed.Training; 1996.

Pasetti M, Cicolella DA. Atuação da enfermagem em Centro de Apoio Psicossocial. Revista cuidado em enfermagem. 201**9;**5(6):19-32.

Paula GS, Oliveira EB, Silva AV, Souza SRC, Fabri JMG, Guerra OA. Violência relacionada ao trabalho na psiquiatria: percepção dos trabalhadores de enfermagem. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2017;13(2), 86-92.

Pedreira MLG, Chanes DC. Enfermagem para a segurança do paciente. In: Harada MJCS, editors. Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p.285-94.

Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2009;13(30):121-34.

Peluso ET, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in Sao Paulo city. Rev Bras Psiquiatria. 2011;33(2):130-36.

Penninx BW. Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;74(pt B):277–86.

Penninx BWJH, Lange SMM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. Dialogues Clin Neurosci. 2018;20(1):63-73.

Peres C, Silva RF, Barba PCSD. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. Trab. Educ. Saúde. 2016;14(3):783-801.

Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery.2018;22(4):e20170372.

Peruzzo, Hellen Emília, Bega, Aline Gabriela, Lopes, Ana Patrícia Araújo Torquato, Haddad, Maria do Carmo Fernandez Lourenço, Peres, Aida Maris, & Marcon, Sonia Silva. (2018). Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, *22*(4), e20170372. Epub 02 de agosto de 2018.https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372

Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. Am J Psychiatry. 2010;167(11):1321-30.

Pessoa JM, Santos RCA, Clementino FS, Oliveira KKD, Miranda FAN. Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: Challenges and perspectives. Esc Anna Nery. 2016;20(1):83-89

Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Working processes of professionals at Psychosocial Care Centers (CAPS): an integrative review. Ciênc. saúde coletiva. 2018;23(1):141-51.

Pinho L, Hernández A, Kantorski L. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. Cienc Cuid Saude. 2010;9(1):28-35.

Pinho, ES. Working processes in a psychosocial care center type III: reflections on practices and knowledge [Dissertation]. Goiânia: Post-graduation Program on Public Health/UFG; 2015. 160p.

Pitta AMF. Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1994;43(12):647-54.

Plumb J, Travaglia J, Nugus P, Braithwaite J. Professional conceptualisation and accomplishment of patient safety in mental healthcare: an ethnographic approach. BMC Health Services Research. 2011;11(100).

Poerner DALP, Rodrigues J. Mental Health policyand singular therapeutic Project. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2016;8(17):78-92.

Portela M. Aprimorando as práticas de saúde. Proqualis. Fiocruz [Internet]. 2016 [cited 2018 feb 02]. Brasília: Ministério da Saúde. Available from: https://proqualis.net/sobre-o-proqualis

Porto MFS, Martins BS. Repensando alternativas em Saúde do Trabalhador em uma perspectiva emancipatória. Rev. bras. saúde ocup. 2019; 44: e16.

Poz MRD, Lima JCS, Perazzi S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2012;22(2):621-39.

Pozueco JM, Moreno JM, García ME, Blázquez M. Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos. Revista Criminalidad. 2015;57(2): 235-51.

Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. Saúde e Sociedade. 2010;*19*(3), 569-83.

Reason J. Human error. 20ª ed. New York: Cambridge University Press, 2009.

Reason J. Human error: models and management. Brit med jornal. 2000;320:768-70.

Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(7):2028-36.

Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde Mental e Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: como estão atuando os enfermeiros? Ver Esc Enferm USP. 2010;44(2):376-82.

Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta paul. enferm. 2012;25(5):728-35.

Rocha BS, Munari DB, Ribeiro LCM, Rego LG. Evidências no desenvolvimento da liderança em enfermagem com o uso da pesquisa-ação: revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2017;(19):1-18.

Rocha FL, Hara C, Paprocki J. Doença mental e estigma. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 590-96

Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Psicol. cienc. prof. 2003; 23(4):64-73.

Romanini M, Guareschi PA, Roso A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. Saúde Debate. 2017; 41(113): 486-99.

Rommers MK, Teeepe-Twiss I, Guchelaar HJ. Preventing adverse drug events in hospital practice: an overview. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2007;16:1129-35.

Rosa CDP, Menezes MA. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. 2015;4(1): 55-70.

Royal College of Psychiatrists. The National Audit of Violence (2003 - 2005) Final Report. Retrieved [Internet]. 2005 [ cited 2019 feb 22]. Available from: http: https://www.wales.nhs.uk/documents/FinalReport-violence.pdf

Sahlström M, Partanen P, Azimirad M, Selander T, Turunen H.Patient participation in patient safety-An exploration of promoting factors. J Nurs Manag. 2019; 27 (1): 84-92.

Saito, DYT, Zoboli ELCP, Schveitzer MC, Maeda ST. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? Texto contexto. 2013;22(1):175-83.

Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. Family Practice. 2003;20:231-36.

Santos FC. Notificar é o melhor caminho. Melhores Práticas em Saúde, Qualidade e Acreditação. 2015;3(16):46-48.

Sassaki RL, Perroca MG. Interrupções e seus efeitos sobre a dinâmica de trabalho do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e67284.

Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011;35(4):966-83.

Setz VG, DíInnocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):313-17.

Silva AEBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta paul. enferm. 2007;20(3):272-76.

Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. Esc Anna Nery. 2008; 12(2):291-98.

Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2016;20(57): 325-35.

Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. Texto e Contexto Enfermagem. 2013;22(4): 1142-51.

Silva SN, Lima MG. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(6):2025-36.

Silva-Batalha EMS, Melleiro MM. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. HU Revista. 2016;42(2):133-42.

Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. BMJ Qual. Saf. 2014;23(9):727–31.

Sohn DH. Negligence, genuine error, and litigation. Int J Gen Med. 2013;(6):49-56.

Sousa, P. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 1st. Rio de Janeiro: EaD/ENSP; 2014.

Souza ACS, Bezerra ALQ, Pinho ES, Nunes FC, Caixeta CC. Patient safety in community mental health services: bibliometric study. Rev enferm UFPE. 2017;11(Supl. 11):4671-77.

Souza ACS. Structure assessment and work processes in a Psychosocial Care Center [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2015. 213p.

Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernades LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. Cogitare Enfermagem. 2015; 20(3):475-82.

Standing G. O precariado: A nova classe perigosa. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2015.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-02.

Tang FI, Sheu SJ, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. J. Clin Nurs. 2007;16:447-57

Teixeira MZ. Efeito rebote dos fármacos modernos: evento adverso grave desconhecido pelos profissionais da saúde. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013;59 (6):629-38

Teixeira, CC. Eventos adversos ocorridos com idosos hospitalizados [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2015. 139 p.

Tobias GC, Bezerra ALQ, Moreira IA, Paranaguá TTB, Silva AEBC. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. Revista de Enfermagem UFPE. 2016;10(3):1071-79.

Tobias, GC. Análise da cultura de segurança em um hospital de ensino da região centro-oeste do Brasil [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2013. 115 p.

Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. Physis. 2009;19(3):777-96.

Vainer AA. Demanda e utilização do acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na cidade do Rio de Janeiro [dissertation]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2016. 86 p.

Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.*2015;14(3):339–47.

Vandresen L, Pires DEP, Lorenzetti J, Andrade SR. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0107.

Vantil FCS, Lima EFA, Figueiredo KC, Portugual FB, Sousa AI, Primo CC. Segurança do paciente com transtorno mental. Escola Anna Nery 22(4) 2018:e20170307.

Vargas D, Bittencourt MN, Silva ACO, Soares J, Leon REGL. Concepções de profissionais de enfermagem de nível médio perante o dependente químico. Rev Bras Enferm. 2015; 68(6): 1063-68.

Vedana KGG, Miasso AI. O significado do tratamento farmacológico para a pessoa com esquizofrenia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(4): 670-78.

Veloso C, Monteiro LSS, Veloso LUP, Moreira ICCC, Monteiro CFS. Atendimentos de Natureza Psiquiátrica Realizados pelo Serviço Pré-Hospitalar Móvel de Urgência. Texto contexto enferm. 2018; 27(2): e0170016.

Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. Int J Clin Pract. 2015;69(11):1257-67.

Viana I, Souza LE. Como são tratados os doentes mentais infratores? Periculosidade, medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. Revista de Direito Sanitário. 2012;12(3):161-76.

Vieira GLS, Cirilo LS, Sousa PF, Maciel SC. Concepções de usuários de um CAPS sobre o tratamento e inclusão. Psicologia & Sociedade. 2018;30: e187474.

Vieira MA, Junior AS, Silva POM. Influências das políticas e práticas de gestão de pessoas na institucionalização da cultura de segurança. Prod. 2014; 24(1):200-211.

Wachter, R. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

Walkoff SDB, Szymanski H. A reflexão e a ação vistas a partir de práticas psicoeducativas em pesquisas interventivas. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. 2012;93(235): 594-611.

Walters BC, Duthie EA. Patient Engagement as a Patient Safety Strategy: patients perpectives. Oncol Nurs Forum. 2017;44 (6):712–18.

Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Borges LH. Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Saúde Debate. 2017;41(112): 285-97.

Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. Ann Intern Med. 2013;158, 369-74.

Weingart SN. Patient Engagement and Patient Safety. Patient Safety Network [Internet]. 2013 [ cited 2019 apr 2]. Available from: https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/136/patient-engagement-and-patient-safety

Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(4):2133-2143

WHO - World Health Organization. Summary of inaugural meeting The Safer Primary Care Expert Working Group. Geneva: World Health Organization; 2012.

WHO - World Health Organization. The Importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products. Geneva: World Health Organization; 2002.

WHO- World Health Organization. Global Priorities for Research in Patient Safety (first edition) The Research Priority Setting Working Group. Geneva: World Health Organization; 2008.

WHO. World Health Organization. World alliance for patient safety. Taxonomy The conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2009.

Wormser GP, Erb M, Horowitz HW. Are Mandatory Electronic Prescriptions in the Best Interest of Patients? The American Journal of Medicine.2016; 129(3):233-44.

Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF,Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2017;20(3): 460-74.

# ANEXO 01

O parecer de aprovação para desenvolvimento da pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEGURANÇA NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS

**Pesquisador:** Adrielle Cristina Silva Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52437315.6.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.413.964

**Apresentação do Projeto:**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEGURANÇA NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS

Pesquisador Responsável: Adrielle Cristina Silva Souza

Financiamento Próprio

Tamanho da Amostra: 91 profissionais de ambos os sexos.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos aqueles profissionais com experiência de pelo menos três meses, tempo suficiente para conhecer as práticas desenvolvidas no serviço. Os coordenadores técnicos são responsáveis por coordenar e controlar todas as atividades realizadas pela equipe do CAPS, por realizar o acompanhamento de todos os casos tratados na unidade, participar da elaboração de estratégias do cuidado, além de participar da análise e avaliação do processo de trabalho e funcionamento do CAPS.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
**UF:** GO **Município:** GOIANIA
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Continuação do Parecer: 1.413.964

Critério de Exclusão:
Serão excluídos os profissionais que não ocasião da coleta de dados estiverem em período de férias, licença e/ou afastamento do serviço.

Estudo transversal intervencionista do tipo antes e depois, de natureza qualitativa.Será realizado nos quatro Centros de Atenção Psicossocial do município de Aparecida de Goiânia, Goiás.
Para avaliação do conhecimento acerca da segurança do paciente, e posteriormente realizar o processo educativo com vistas a construção de um protocolo de segurança do usuário nos Centros de Atenção Psicossocial serão seguidas as seguintes fases de coleta de dados, realizadas em encontros grupais:
Fase 01: Aplicação dos instrumentos:
- perfil profissiográfico
- avaliação de suporte a aprendizagem
- instrumento de avaliação do conhecimento acerca da segurança do usuário
- instrumento de panorama da ocorrência de incidentes no serviço
Fase 02:
Processo Educativo utilizando o Ciclo de Aprendizagem Vivencial.
Fase 03
Aplicação dos instrumentos:
- avaliação de suporte a aprendizagem
- instrumento de avaliação do conhecimento acerca da segurança do usuário
- avaliação da estratégia de aprendizagem
- Avaliação dos efeitos da intervenção.
Os dados obtidos serão compilados pelos pesquisadores a fim de construir um protocolo acerca da segurança do usuário dos CAPS. Este protocolo será apresentado aos profissionais do CAPS na semana se saúde mental do município de Aparecida de Goiânia visando obtenção se sugestões e ajustes. Este documento será entregue em todos os serviços ao fim da pesquisa

**Objetivo da Pesquisa:**
Objetivo Primário:
Avaliar o efeito de um programa educativo sobre segurança do paciente junto aos profissionais de saúde que prestam atendimento aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental, no município de Aparecida de Goiânia.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
**UF:** GO **Município:** GOIANIA
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Objetivo Secundário:
- Descrever a prática dos profissionais na perspectiva da segurança no atendimento aos usuários nos CAPS de Aparecida de Goiânia.
- Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da segurança no atendimento aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial de Aparecida de Goiânia antes e depois do processo educativo;
- Avaliar o suporte organizacional oferecido aos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Aparecida de Goiânia antes e depois do processo educativo, acerca da segurança no atendimento aos usuários;
- Identificar os incidentes que influenciam na segurança dos usuários atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial de Aparecida de Goiânia;
- Desenvolver um processo educativo sobre segurança do usuário junto aos profissionais de saúde da rede especializada em saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial de Aparecida de Goiânia;
- Identificar estratégias para promover a segurança do usuário no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial de Aparecida de Goiânia.
- Construir um protocolo sobre segurança do usuário dos CAPS de Aparecida de Goiânia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**
Riscos:
Os riscos previstos ao participar do estudo são de exposição de opiniões e idéias pessoais perante a equipe de trabalho, sujeitando-se a julgamento destes.

Benefícios:
Entre os benefícios, espera-se que ao final da investigação empreenda-se práticas seguras do cuidado, primando por uma melhor qualidade ao assistir usuários e seus familiares.
Espera-se também que o processo pelo qual se desenvolverá esta investigação seja motivador para os demais serviços especializados da rede de atenção psiquiátrica, no sentido de otimizarem suas rotinas, visando excelência na assistência prestada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**
Considera-se a pesquisa relevante uma vez que contribuirá para o aperfeiçoamento da equipe de saúde e a utilização de boas práticas acarreta melhoria nos ambientes de trabalho, o que se constitui ao estabelecer ações que poderão contribuir para a melhoria da qualidade da assistência,

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Continuação do Parecer: 1.413.964

na medida em que reduz a ocorrência de erros e eventos adversos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios necessários foram apresentados adequadamente conforme a RESOLUÇÃO Nº 466.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considera-se que o projeto não possui nenhum óbice ético e que possui relevância científica, tendo possíveis benefícios para a população estudada. Para tanto, recomendo a aprovação do mesmo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇOES_BASICAS_DO_PROJETO_645533.pdf | 16/12/2015 11:53:50 | | Aceito |
| Folha de Rosto | 3_folhaderosto.pdf | 16/12/2015 11:51:46 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | 2_documento_do_nucleo_de_pesquisae posgraduacao.pdf | 16/12/2015 11:46:52 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 10_Processo_obtencao_TCLE.pdf | 16/12/2015 11:45:05 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
**UF:** GO **Município:** GOIANIA
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Continuação do Parecer: 1.413.964

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Outros | 1_carta_de_encaminhamento_protocolo de_pesquisa.docx | 16/12/2015 11:42:26 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 15_anuencia_SMS.pdf | 16/12/2015 11:40:16 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 14_instrumentos_coleta_de_dados.docx | 16/12/2015 11:37:33 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 13_Funcao_na_pesquisa.pdf | 16/12/2015 11:36:43 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 12_Curriculo_atualizado.pdf | 16/12/2015 11:34:19 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | 11_TCLE.docx | 16/12/2015 11:31:57 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | 9_projeto_CEPHCUFG.doc | 16/12/2015 11:31:13 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 8_declaracao_pesquisador.pdf | 16/12/2015 11:30:00 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 7_declaracao_orientador.pdf | 16/12/2015 11:29:11 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 6_diretora_atencao_saudemental.pdf | 16/12/2015 11:26:41 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 5_CEPinstituicao_proponente.pdf | 16/12/2015 11:22:30 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |
| Outros | 4_finalidade_do_estudo.pdf | 16/12/2015 11:12:32 | Adrielle Cristina Silva Souza | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

GOIANIA, 18 de Fevereiro de 2016

Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
**UF:** GO **Município:** GOIANIA
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

# ANEXO 02

**Instrumento para conhecimento do Perfil Profissiográfico dos Participantes**
(OBS.: Nas questões de assinalar, apenas marque um número)

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Data de Nascimento | Idade em anos completos = |
| 2 | Qual seu sexo? | 1= feminino |
| | | 2= masculino |
| 3 | Escolaridade | 1= Fundamental incompleto<br>2= Fundamental completo<br>3= Médio incompleto<br>4= Médio completo<br>5= Tecnólogo<br>Especifique a área:<br><br>6= Superior incompleto<br>7= Superior completo<br>6= Outro: |
| 3 | Qual sua formação acadêmica? | 1= Médico<br>2= Enfermeiro<br>3= Psicólogo<br>4= Fisioterapeuta<br>5= Terapeuta Ocupacional<br>6= Assistente Social<br>7= Fonoaudiólogo<br>8=Farmacêutico<br>9 = Educador Físico<br>10= Arteterapeuta<br>11=Musicoterapeuta<br>12 = Arte Cênica<br>13= Nutricionista<br>14 =Outro. Especifique: |
| 4 | Ano de conclusão da sua graduação? | Anos completos = |
| 5 | Frequentou curso de especialização? | 1= Sim<br>2= Não<br><br>3= Não se aplica |
| 6 | Qual área de especialização? | 1= Saúde Mental |
| | | 2= Outra<br>Especifique:_____ |
| | | 3= Não se aplica |
| 7 | Outros cursos (mestrado/doutorado; residência; atualizações ou treinamentos < 360 horas).<br>2 | 1= Sim.<br>Especifique: _____<br>Área_____<br>2= Não |
| 8 | Desde qual ano você trabalha na área de saúde mental?<br>Qual serviço? Quanto tempo em cada serviço? | Anos completos = |

| | | |
|---|---|---|
| 9 | Em que ano você começou a trabalhar no CAPS? | Anos completos= |
| 10 | Qual sua carga horária semanal de trabalho no CAPS? | |
| 11 | Em relação ao CAPS, qual o tipo de vínculo empregatício que você tem? | 1= Concurso<br>2= Contrato<br>3= Outro. Especifique: |
| 12 | Como você ingressou no serviço? | 1= Concurso<br>2=Contrato<br>3= Indicação<br>4=Outro. Especifique: |
| 13 | Qual é o seu salário bruto neste serviço? | |
| 14 | Tem outro emprego? | 1= Sim<br>Municipal ( )<br>Estadual ( )<br>Federal ( )<br>Privado ( )<br>2= Não |
| 15 | Qual é a área do seu outro emprego? | 1= Saúde Mental |
| | | 2= Outro |
| | | 3= Não se aplica |

# ANEXO 03

**C**ontrato de convivência construído com os profissionais do CAPS Álcool e outras Drogas III e do CAPS III mental. Aparecida de Goiânia, 2016.

| **O QUE EU QUERO QUE ACONTEÇA/ EXPECTATIVAS** | |
|---|---|
| **CAPS AD III** | **CAPS III** |
| Aprender mais e mais experiências | As diferenças possam ser resolvidas e entendidas |
| Crescimento, aprendizado | Trabalhar com simplicidade, de poder conversar |
| Sair com outra mente | Ser legal, que ocorra com bom humor, de forma leve |
| Expandir os horizontes | Ter melhorias (fé em dias melhores) |
| Aliança entre os profissionais e usuários | Caminhar para uma vida melhor |
| Mudanças boas | Que aconteça de forma lúdica |
| Conhecimento que possa contribuir para vida pessoal e profissional | Redução dos riscos |
| Crescimento, evolução | Ter sabedoria, ter amor |
| Ser divertido, feliz | Mais união e interação |
| **O QUE EU NÃO QUERO QUE ACONTEÇA** | |
| **CAPS AD III** | **CAPS III** |
| Ser cansativo, pesado e desgastante | Não virar mais pontos de interrogação no trabalho dentro do CAPS |
| Caos, cansaço, estresse | Não tornar as diferenças em algo que atrapalhe |
| Conversas paralelas que atrapalhem o fluir do trabalho | Ficar parado e esquecer o caminho - atravessar a ponte |
| Trazer aprendizado positivo | Preconceito |
| Superar os vícios do trabalho, como trabalhamos com os usuários | Que não falte lanche |
| Não julgar o que for dito | O conhecimento que for gerado não fique perdido |
| Repressão, não calar o outro<br>Respeitar os pontos de vistas, as divergências | Comodismo, ficar sentada esperando que as coisas aconteçam |
| Interrupções com o celular<br>Estar ligado as coisas de fora, estando apenas de corpo presente | Parar o projeto mais a frente, não empreender aquilo que aprendeu no CAPS |
| Intransigência, postura autoritária – respeitar o coletivo | Não ficar nas coisas que a gente não consegue executar - coisas exequíveis |
| | Ninguém seja colocado em risco |

| COMO POSSO CONTRIBUIR | |
|---|---|
| **CAPS AD III** | **CAPS III** |
| Contribuir com experiências profissionais e pessoais – experiências de vida | Uma pessoa não pode decidir, tudo tem que ser conversado – compartilhar |
| Sorriso, alegre | Olhar holístico |
| Ter atenção e estar aberto a novos aprendizados | Contribuir para melhorar |
| Cuidado e carinho | Ser divertida, criativa e espontânea |
| Bravura, persistência e coragem para encarar os obstáculos e pedras no caminho, e seguir em frente | Com o que aprender sobre o tema oferecer um cuidado de maior qualidade |
| Contribuir com experiências profissionais e pessoais – experiências de vida | Ajudar a equipe |
| Mente aberta para novas ideias, novas percepções | Vivências |
| | Humildade, simplicidade, sinceridade |

# ANEXO 04

Descrição do conhecimento dos profissionais sobre segurança do paciente. Aparecida de Goiânia, 2016.

| | **CAPS AD III** | **CAPS III** |
|---|---|---|
| **Segurança do Paciente** | *Medidas profiláticas na rotina do serviço. Quando se consegue avaliar e perceber os possíveis riscos no serviço e buscar prevenir que ele aconteça.*<br><br>*Estar acolhido, assistido pela equipe e medicado na unidade. Principalmente aquele usuário em situação de rua, o portão é segurança pra ele, ele não é agredido.* | *Cuidado e olhar atento a todos os pacientes, não restringindo ao que dispensa mais atenção.*<br>*Promover ambiente acolhedor, onde o usuário se sinta confiante em estar.*<br>*O cuidado que a equipe dispensa para que haja melhor adesão ao PTS.*<br>*Pensar no ambiente, por exemplo, a rampa, os banheiros, os quartos, os vidros, piscina, a questão dele ir embora sozinho. Cada coisa que oferece risco não oferece segurança, tem que prevenir.* |
| **Dano** | *O que afeta fisicamente e psicologicamente, gerando consequências negativas, mas pode ter desdobramentos positivos.*<br>*O desdobramento positivo foi o caso de uma briga de faca ocorrida na unidade, onde o usuário que saiu ferido abandonou a relação com o tráfico.*<br>*Por exemplo são agressões, recaídas, confrontos entre usuários.* | *Consequência de algo que não pode ser evitado, é algo fora do controle.*<br>*Quando há perda física, nas relações, no patrimônio ou no tratamento.*<br>*Consequência de um evento que colocou em risco a segurança do usuário e do trabalhador que compromete o PTS.*<br>*Por exemplo, o usuário abandona o tratamento, seja por motivos pessoais ou algo que aconteceu na unidade. Às vezes isso pode acontecer por parte do próprio usuário ou de algo que a gente deixou de fazer na unidade, tem esse dois lados e é por isso que foge do nosso controle. Tem muito isso de o usuário achar que melhorou um pouco e acham que não precisa mais e aí quando voltam depois de três, quatro meses, um ano tá aqui de novo. E vejo isso como um dano.* |
| **Incidente** | *Situação inesperada, imprevisível, tem potencial negativo, mas não é necessariamente negativa. Ela é negativa porque pode ocasionar em um dano, mas não tira o objetivo final. Por exemplo vou sair e sujo a camisa, vou ter que limpar, trocar. Teve um potencial negativo, gerou dano, mas não impede de sair.* | *Algo que acontece na unidade que foge da rotina, onde a segurança no serviço é colocada em risco. Exemplo: o usuário adentra na unidade e danifica o patrimônio público.* |

| | | |
|---|---|---|
| **Evento adverso** | *É uma situação inesperada do PTS, que gera um dano. Por exemplo, a gente tá aqui e o teto caiu, é um evento adverso. Alguém poderia estar passando por baixo e, não necessariamente o paciente, não foi algo que aconteceu comigo, foi com a estrutura da unidade. Ou briga de usuários se alguém interferir pode até morrer.*<br>*O evento adverso é algo que você espera que vai acontecer, tem um efeito adverso de um medicamento, é aquilo que você espera que aconteça, nem sempre se aplica, mas você sabe que pode vir a acontecer. Se você deixou um tesoura em cima da mesa, pode ser que ninguém venha a pegar, mas pode vir o conflito. Ou seja é algo que você sabe e provoca a situação, algo que se planejou e que aconteceu de forma diferente.* | *Situação que ocorre no serviço que pode comprometer a estabilidade do usuário e da equipe, uma coisa que não tá planejada e acontece, onde a segurança no serviço é colocada em risco.*<br>*Por exemplo, agressão física ou verbal, tentativa de suicídio, falecimento de usuário dentro da unidade, usuário adentra na unidade, abuso sexual, tudo isso já aconteceu aqui dentro.* |
| **Quase erro** | *Situação com iminência de erro, mas que pode ser corrigida em tempo hábil, o erro ele tá ali engatilhado, só que antes de fato dele acontecer, houve uma intervenção e esse erro foi anulado. A gente colocou o exemplo: remédios a enfermeira tá lá sentada separando os remédios, ai ela separada errado. Ai antes de administrar, no último momento ela resolve conferir de novo o prontuário, e ela vê que aquela medicação estava trocada. Ela corrigi o que seria feito de uma maneira errada, ela vai e oferece o medicamento certo para o paciente certo.*<br>*Situação em que ocorre má conduta ou conduta inadequada que pode ter consequências graves, porém é percebido antes que se agrave.*<br>*Fazer algo mesmo sem estar inseguro, assumindo o risco de cometer um erro.* | *É uma situação onde o risco de acidente é menos iminente, no entanto requer cuidado.*<br>*É uma situação que pode evitar e a intervenção é mais eficaz, você tem alguma chance de evitar que ocorra o incidente.*<br>*Quando não se dá devida atenção a uma situação que acontece e que pode ser evitada.* |
| **Circunstância notificável** | *São situações que podem gerar algum dano pro paciente, pra equipe, ou até pra unidade. Ela pode ou não ter acontecido, mas deve ser notificada, não pode ser omitida, pois para ser corrigida você tem que repassar. Por exemplo, um problema que eu estou vendo e eu não repassar pra equipe vai ter danos sérios.*<br>*Situação que pode prejudicar paciente e equipe no momento e dever ser notificada a fim de avaliação e tomada de medidas.*<br>*Ex.: violência física, verbal e moral* | *Situação onde a segurança do paciente e equipe estão em risco de acidente iminente, necessitando de prevenção e cuidados.*<br>*Quando já ocorreu alguma circunstância, deve informar e discutir com toda a equipe para que se tenha orientação e ação diante da situação.* |

# ANEXO 05

Planos de ação construídos pelos profissionais utilizando a estratégia 5W2H.

| INCIDENTE | AÇÃO (WHAT) | JUSTIFICATIVA (WHY) | ESTRATÉGIA (HOW) | RECURSO (HOW MUCH) | LOCAL (WHERE) | RESPONSÁVEL (WHO) | MOMENTO (WHEN) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Atraso no início do tratamento | Contactar os serviços que realizam encaminhamentos errados para esclarecer o papel do CAPS na rede de cuidados | Reduzir número de encaminhamentos errados que retardam o tratamento dos usuários | Fazer contato telefônico e agendar reuniões com os serviços que fazem encaminhamentos de pessoas que não tem demandas a serem atendidas nos CAPS | - | CAPS e RAPS | Equipe | Reunir todos encaminhamentos errados ao final de toda semana<br><br>1 vez por mês entrar em contato com as unidades referenciadoras até cessar os encaminhamentos errados |
| Institucionalização | Realizar matriciamento<br>Construir uma pactuação municipal para matriciamento<br><br>Realizar desligamento por melhora de usuários do CAPS | Necessidade de reinserção do usuário e desafogar os CAPS com casos que podem ser acompanhados pelas ESF | Contato telefônico<br>Pactuar com responsáveis pela AB, urgência e emergência em reuniões coordenação do CAPS com coordenação municipal destes serviços)<br>Realizar levantamento de casos que devem ser matriciados<br>Convidar | Tempo para ligações e visitas<br><br>Carro disponível<br><br>Papelaria (panfletos informativos e deixar registrado pactuações com as UBS) | CAPS para realizar ligações<br><br>Visitas nas UBS e dispositivos sociais | Equipe | - |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | profissionais da AB para vivenciar um dia de rotina nos CAPS<br>Realizar visitas nas UBS e dispositivos socais<br>Explorar o território<br>Fazer grupo de alta/desligamento trabalhando a reinserção social enfatizando o processo de melhora junto ao usuários | | | | |
| | Conveniar com dispositivos sociais para profissionalização e empregabilidade dos usuários | Promover autonomia e qualidade de vida dos usuários | Solicitar transporte para visita nos serviços. | | | | |
| | Acompanhar usuários em ações para reinserção social. | É preciso que os usuários se sintam acolhidos e façam parte dos dispositivos sociais, de cuidado e de proteção | Solicitar transporte para e ir junto com os usuários nos serviços do território experimentando junto a ele a reinserção, promovendo apoio e autoconfiança. | Carro | RAPS | Equipe de referência | Contínuo |
| | Promover geração de | Incentivar a autonomia | Criar grupo de geração de renda | Insumos e materiais | RAPS | Equipe | Contínuo |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | renda | | Orientar na produção para geração de rendas<br>Acompanhar para venda dos produtos em eventos e feiras | | | | |
| Queda | Mudança de unidade | Necessidade de estrutura física que preze pela segurança | Licitações | - | Coordenação de Saúde Mental | Coordenação de Saúde Mental | Já foi solicitado há 1 ano mudança do CAPS III<br>A unidade para funcionamento do CAPS AD III foi entregue em junho de 2018 |
| | Trocar beliches por camas com proteção | Reduzir risco de queda | Licitações | - | CAPS | Coordenação do CAPS | - |
| | Trocar piso<br><br>Alinhar o chão (tapar buracos)<br>Colocar barras de apoio na escada | Reduzir risco de queda | Enviar documento ao serviço de engenharia | Sem custos | CAPS | Coordenação do CAPS | Imediatamente |
| | No momento da limpeza colocar avisos | Solicitar placas | Enviar documento para prefeitura | - | CAPS | Coordenação do CAPS | Imediatamente |
| Afogamento | Colocar grades com trancas ao redor da piscina | Reduzir risco de afogamento | Enviar documento ao serviço de engenharia | - | CAPS | Coordenação do CAPS | Imediatamente |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Risco de auto e hetero ferimento<br><br>Tentativa de suicídio | Colocar trancas nos armários de guarda de Retirar vidros das janelas e porta material | Impedir acesso a materiais cortantes ou que ofereçam riscos de ferimento | Enviar documento ao serviço de engenharia | - | CAPS | Coordenação do CAPS | Imediatamente |
| | Não deixar usuários nos quartos sem supervisão | Impedir acesso a materiais cortantes ou que ofereçam riscos de ferimento | Permitir acesso aos quartos somente junto a profissionais | - | CAPS | Equipe de enfermagem | Contínuo |
| Não recebe cuidado adequado a demanda | Promover momentos de capacitação profissional | Necessidade de aumentar motivação profissional por incentivo na qualificação<br><br>Compartilhar saberes para assistência dentro do CAPS | Iniciar com técnicas de relaxamento<br><br>Ser momento de escuta das dificuldades do cotidiano e a partir disso qualificar para melhorias.<br>Levar conhecimentos novos, pois muitas vezes o profissional não sabe das atualizações e politicas novas propostas | - | CAPS<br><br>Espaços sociais | Secretaria de Saúde<br><br>Coordenação de Saúde Mental<br><br>Coordenação do CAPS | A cada 45 dias |
| | Promover de conscientização e responsabilização da equipe com os usuários | Melhorar a comunicação dentro da equipe para efetivação de acordos firmados e compartilhamento igualitário de | Incluir na reunião de equipe momentos de conscientização e responsabilização da equipe | - | CAPS | Coordenação do CAPS e equipe | Na reunião semanal de equipe, até cessar problemas de comunicação |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Reduzir uso de celular para coisas não relacionada ao trabalho | responsabilidades.<br><br>Melhorar a qualidade da assistência | | | | | |
| Crise<br><br>Recaídas para uso de drogas | Realizar abordagem individual | Prevenção de riscos de recaída e crises | Observar os comportamentos dos usuários Conversar de forma individualizada, escutando sobre suas vidas e necessidades | - | CAPS | Toda equipe | Contínuo |
| | Atentar para interação de usuários abstinentes com usuários em AN | Interação com usuários pré contemplados (em AN) pode oferecer risco de recaída aos abstinentes | Realizar grupo de convivência e prevenção de recaída para usuários em AN | - | CAPS AD | Dois profissionais para realizar o grupo | Semanal |
| | | | Acompanhar usuários nas atividades | - | CAPS AD | Equipe | Contínuo |
| | Buscar parcerias com casas de abrigamento | Aumentar fatores de proteção e reduzir fatores de risco | Ligar e visitar unidades de abrigamento apresentando proposta de parceria | - | Unidades religiosas e filantrópicas | Equipe | Após reunião de equipe |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Incentivar nas assembleias de usuário a luta por construção de UA adulto | Retirar da situação de rua, reduzindo vulnerabilidades sociais, de violência e a recaída para uso de drogas | Colocar na pauta das assembleias de usuários a necessidade de irem aos órgãos públicos solicitarem disponibilizarem serviços de atenção com qualidade, como requer a legislação vigente (RAPS) | - | CAPS | Equipe | Nas assembleias de usuários, mensalmente |
| Infestação de percevejo<br><br>Apareciment o de carrapatos | Eliminar insetos e pragas nos CAPS | Promover uma assistência limpa e de qualidade | Solicitar serviços de dedetização periódica<br>Supervisionar higiene dos usuários e do ambiente<br>Encaminhar usuários para banho diariamente<br>Eliminar roupas de cama e vestimentas précrias de usuários em situação de rua.<br>rocurar parceria com assistência social para oferta de roupas de cama e kits de higiene pessoal | - | CAPS | Coordenação do CAPS e equipe de enfermagem | Contínuo |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Desmotivação e/ou desistência do tratamento | Promover vinculo familiar<br>Motivar família para participação no cuidado | A família sensibilizada, vinculada e corresponsável no cuidado potencializa a adesão ao tratamento | Realizar grupo terapêutico de família com usuários<br>Fazer atividades diversificadas para família, como grupos com ciclos fechados (4 encontros com atividades lúdicas e de cuidado) | - | CAPS | Dois profissionais | - |
| | Realizar busca ativa | Motivar e reinserir usuário no tratamento para não agravamento do quadro de adoecimento | Ligações<br>Visita domiciliar<br>Escuta qualificada do usuário e família | Carro | CAPS e residências dos usuários e/ou familiares | Mini equipes | Após 2 semanas sem contato com usuário que devem comparecer semanalmente<br>Após 1 mês sem contato com usuários regulares |
| Hiperglicemia<br>Crise de Hipertensão<br>Manifestações de intolerância alimentar | Contratação de profissional da nutrição<br>Capacitar os profissionais da cozinha para alimentação saudável | Melhorar a dieta dos usuários, suprindo as demandas individuais.<br>Reduzir índice de obesidade e déficit nutricional entre os usuários | Solicitar profissional na prefeitura;<br>Procurar parcerias para promover capacitação (município e universidades) | - | CAPS | Secretaria de Saúde<br>Coordenação do CAPS | - |
| Falso resultado de P.A e glicemia | Solicitar novos aparelhos de HGT, esfigmomanômetro e | Ter aparelhos que deem resultados corretos para avaliação clínica dos usuários | Enviar documento ao almoxerifado | - | CAPS | Coordenação do CAPS | Sempre que aparelhos não funcionarem |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | estetoscópio | | | | | | |
| Agendamento errado de consulta | Contrato de mais profissionais | Aumentar as possibilidades de todos os usuários serem contatados sobre nova data da consulta | Ligações | - | CAPS | Secretaria de Saúde | - |
| | Ligar e registrar todos os reagendamentos feitos | Deixar registrado todos os agendamentos no prontuário, não apenas riscar na agenda | Ligar e solicitar que a pessoa repita o novo dia e hora da consulta.<br>Registrar no prontuário a ligação, com data, horário e nome de quem foi informado sobre reagendamento | - | CAPS | Administrativo | Sempre que houver reagendamento de consultas |
| Não realização de atendimento individual a médio ou longo prazo | Contratação de mais psicólogos | Necessidade de atenção continua voltada para a singularidade do sujeito, que não será suprida em atendimento em grupos | Promover sessões psicoterápicas a médio ou longo prazo | - | CAPS | Secretaria de Saúde contratar Psicólogos realizam psicoterapias individuais | - |
| Grupos sem finalidade terapêutica | Contratação de mais profissionais | A assistência deve ser terapêutica para ter resultados | Limitar número máximo de 15 usuários por grupo<br>Aumentar quantidade de grupos no CAPS<br>Ter no mínimo 2 profissionais por grupo | - | CAPS | Secretaria de Saúde | Urgente |
| Erro de | Orientar | Conhecer | Reunião com equipe | - | CAPS | Coordenação | Sempre que |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| prescrição | médicos quanto aos medicamentos do REMUNE | medicamentos disponibilizados pelo município para prescrição correta | médica<br>Entregar lista impressa do REMUNE | | | do CAPS e farmacêutico | chegar médico para atender na unidade.<br>Sempre que o farmacêutico detectar receita de medicamentos indisponíveis do REMUNE |
| Descontinuidade do tratamento | Padronizar rotina de repasse de informações com a equipe | Toda a equipe tem que estar ciente das decisões e mudanças de rotinas dos serviços | Repassar individualmente para quem não estava na reunião as decisões tomadas<br>Toda a equipe assinar a ata de reunião | - | CAPS | Coordenação do CAPS | Contínuo |

# APÊNDICE 01

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário em uma pesquisa, intitulada A*valiação dos efeitos de um programa educativo sobre segurança no atendimento aos usuários em Centros de Atenção Psicossocial*. Meu nome é Adrielle Cristina Silva Souza, sou enfermeira e a pesquisadora responsável.

Após ler com atenção este documento sobre as informações e esclarecimentos da citada pesquisa, caso aceite fazer parte do estudo, assine todas as folhas deste documento, o qual também será assinado por mim, pesquisadora. São duas vias do documento, sendo uma delas sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Profª Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra no telefone: (62) 96370971 ou Ms Adrielle Cristina Silva Souza, no telefone (62) 8265-3254.

Caso queira informa-se sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-83 38 e 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00hs.

**Informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa:**

Título do Projeto: A*valiação dos efeitos de um programa educativo sobre segurança no atendimento aos usuários em Centros de Atenção Psicossocial*.

Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós Graduação/ Doutorado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Eu, Adrielle Cristina Silva Souza, estou desenvolvendo sob a orientação da Profª Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar os efeitos de um programa educativo sobre segurança do paciente junto aos profissionais de saúde que prestam atendimento aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da rede especializada em Saúde Mental, no município de Aparecida de Goiânia. E como

objetivos específicos descrever a prática dos profissionais na perspectiva da segurança no atendimento aos usuários nos CAPS; avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da segurança no atendimento aos usuários dos CAPS; avaliar o suporte organizacional oferecido aos profissionais dos CAPS de Aparecida de Goiânia, antes e depois do processo educativo, acerca da segurança no atendimento aos usuários; identificar os incidentes que influenciam na segurança dos usuários atendidos nos CAPS; desenvolver um processo educativo sobre segurança do usuário junto aos profissionais; identificar estratégias para promover a segurança do usuário no contexto dos CAPS; construir um protocolo sobre segurança do usuário dos CAPS de Aparecida de Goiânia.

Para obter os dados, contamos com sua participação nos encontros em grupo junto aos outros profissionais.

A pesquisa será realizada em forma de discussões em grupo, em média 20 participantes, com técnicas grupais coordenados pela pesquisadora utilizando Ciclo de Aprendizagem Vivencial, que inicia-se com a vivência de uma situação por meio de atividades que requerem empenho dos participantes, parte-se para análise, com ampla discussão das atividades realizadas e avaliação crítica dos resultados, bem como exposição de sentimentos entre os participantes. Depois, faz-se insumos cognitivos, informações e fundamentos teóricos que permitam sistematização e elaboração de “mapas cognitivos” individuais. Por fim, tem a etapa de conexão, na qual é feita uma comparação com o real no que se refere aos aspectos teóricos e situações da prática de trabalho e vida.

Será utilizado um gravador de áudio e câmera fotográfica/filmadora para se garantir que todos os dados fornecidos pelos participantes possam ser recuperados e analisados posteriormente.

Informamos que os riscos ao participar do estudo são de exposição de opiniões e ideias pessoais perante a equipe de trabalho, sujeitando-se a julgamento destes, porém o Sr(a) não é obrigado a expor nada pessoal na pesquisa, nem dar opiniões em temas que o deixa desconfortável. O Sr (a) possui total liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início do estudo. Garantimos o sigilo quanto ao seu nome. Como benefícios, esperamos melhora na qualidade de assistência aos usuários e família oferecida no serviço.

Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, bem como não terá despesas ao participar.

Os resultados poderão ser publicados em congressos, revistas científicas, em que as informações permanecerão em anonimato. Assim, asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa.

Colocamo-nos a disposição para quaisquer tipos de esclarecimentos que se fizerem necessários.

**Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa**

EU,_____
RG,_____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo: A*valiação dos efeitos de um programa educativo sobre segurança no atendimento aos usuários em Centros de Atenção Psicossociais,* como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Adrielle Cristina Silva Souza sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Goiânia, ____de _____ de _____.

_____ _____
Nome do participante Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do participante.

**Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):**

_____ _____
Nome da testemunha Assinatura da testemunha

_____ _____
Nome da testemunha Assinatura da testemunha

Observações complementares