

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Vanessa Regina Oliveira Tavares

**PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS À SEGURANÇA DO
PACIENTE EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2021

Vanessa Regina Oliveira Tavares

**PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS À SEGURANÇA DO
PACIENTE EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Gestão Participativa

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Odete Pereira

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mirela Castro Santos Camargos

Belo Horizonte
2021

T231p Tavares, Vanessa Regina Oliveira.
Protocolo para classificação de riscos à segurança do paciente em Hospital Psiquiátrico Público de Belo Horizonte [manuscrito]. / Vanessa Regina Oliveira Tavares. - - Belo Horizonte: 2021.
113f.: il.
Orientador (a): Maria Odete Pereira.
Coorientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Segurança do Paciente. 2. Transtornos Mentais. 3. Gestão de Riscos. 4. Protocolos Clínicos. 5. Dissertação Acadêmica. I. Pereira, Maria Odete. II. Camargos, Mirela Castro Santos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WX 157

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 32 (TRINTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA VANESSA REGINA OLIVEIRA TAVARES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de abril de dois mil e vinte e um, às 09:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "PROTÓCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO DE BELO HORIZONTE", da aluna **Vanessa Regina Oliveira Tavares**, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Odete Pereira, Mirela Castro Santos Camargos, Vania Regina Goveia e Isabel Yovana Quispe Mendoza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- (X) APROVADO;
- () APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- () REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 27 de abril de 2021.

Prof^ª. Dr^ª. Maria Odete Pereira

Orientadora (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Mirela Castro Santos Camargos

Coorientadora (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Vania Regina Goveia

Membro Titular (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Isabel Yovana Quispe Mendoza

Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes

Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Maria Odete Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 28/04/2021, às 10:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior**, em 29/04/2021, às 15:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vania Regina Goveia, Professora do Magistério Superior**, em 19/05/2021, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Yovana Quispe Mendoza, Professora do Magistério Superior**, em 19/05/2021, às 15:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 19/05/2021, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0696612** e o código CRC **0E042E72**.

RESUMO

Avalia-se que, no Brasil, existam de 32 a 50 milhões de indivíduos com algum transtorno mental. Sabe-se que o cuidado em saúde desses indivíduos estabelece, muitas vezes, situações de risco inesperadas. Nesse sentido, a segurança do paciente angariou espaço na discussão mundial pela necessidade de se reconsiderar as práticas assistenciais. Em decorrência da ausência de concepções de segurança do paciente específicas para a assistência em saúde mental, noções de cuidados clínicos são frequentemente seguidas. No entanto, a discussão dessa temática ainda é limitada no âmbito da saúde mental no mundo. O objetivo deste estudo consistiu na elaboração de um protocolo para a classificação de risco para a segurança do paciente de um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte. Como objetivos específicos, pretendeu-se caracterizar os pacientes atendidos nesse hospital que sofreram algum incidente ou evento adverso assistencial durante o período de internação, verificar os incidentes e eventos adversos assistenciais, identificar, a partir da incidência e prevalência dos incidentes e eventos assistenciais, os indicadores de segurança do paciente e construir o protocolo para classificação de riscos para segurança do paciente em um hospital psiquiátrico. Trata-se de uma pesquisa-ação de natureza quanti-qualitativa, de abordagem exploratória, desenvolvida em um hospital psiquiátrico localizado na região central do município de Belo Horizonte. Na etapa quantitativa foram avaliados os prontuários de pacientes internados, no período de 2016 a 2019, que sofreram algum tipo de incidente ou evento adverso assistencial. Na etapa qualitativa foram realizados grupos focais com a participação de oito servidores em função de técnicos de referência. Como resultado desta pesquisa, foi realizada a caracterização sociodemográfica dos pacientes que sofreram eventos no período avaliado, assim como dos profissionais que participaram da pesquisa. Ademais, foram propostos indicadores de segurança do paciente, fidedignos à realidade da instituição hospitalar psiquiátrica, e construiu-se um protocolo de classificação de riscos à segurança do paciente, contribuindo com os estudos nesta área. Por fim, pode-se observar uma melhoria na cultura de segurança no local de estudo e, como consequência, uma oferta de assistência mais qualificada e segura aos usuários.

PALAVRAS-CHAVES: segurança do paciente - transtornos mentais - gestão de riscos.

ABSTRACT

It is estimated that in Brazil there are 32 to 50 million individuals with some mental disorder. It is known that the health care of these individuals often establishes risk situations that are not always expected. In this sense, patient safety has gained space for worldwide discussion, due to the need to reconsider care practices. Due to the lack of specific patient safety concepts for mental health care, notions of clinical care are often followed. Therefore, the discussion of this theme is still limited in the context of mental health in the world. The aim of this study was to develop a protocol for risk classification for patient safety in a public psychiatric hospital in Belo Horizonte. As specific objectives, it was intended to characterize the patients seen at this hospital who suffered any adverse care incident / event during the hospitalization period; verify incidents and adverse care events; identify patient safety indicators, based on the incidence and prevalence of incidents and care events, and build the protocol for the classification of risks for patient safety in a psychiatric hospital. It is a quantitative and qualitative action research, with an exploratory approach, developed in a psychiatric hospital, located in the central region of the city of Belo Horizonte. In the quantitative stage, the medical records of hospitalized patients, from 2016 to 2019, who suffered some type of incident or adverse health care event were evaluated. In the qualitative stage, focus groups were held with the participation of eight civil servants with the role of reference technician. As a result of this research, the sociodemographic characterization of the patients who suffered events in the evaluated period was carried out, as well as of the professionals who participated in the research. Patient safety indicators were proposed, reliable to the reality of the psychiatric hospital institution, and a protocol for the classification of risks to patient safety was built, contributing to studies in this area. Finally, an improvement in the safety culture in the study site can be observed and, as a consequence, a more qualified and safer assistance to users is offered.

KEY-WORDS: patient safety - mental disorders - risk management.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividade de vida diária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ICPS	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
EAS	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IRS	Instituto Raul Soares
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América IOM
LPP	Lesão por Pressão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da Qualidade para saúde.....	18
Quadro 2 - Os sete passos para a segurança do paciente, segundo a Agência Nacional de segurança do paciente do Reino Unido.....	22
Quadro 3 - Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.....	23
Quadro 4 - Áreas de ação do Programa de Segurança do Paciente da OMS.....	27
Quadro 5 - Protocolos Básicos de Segurança do paciente.....	31
Quadro 6 - Atributos para construção de Indicadores.....	34
Quadro 7 - Descrição das etapas correspondentes para construção de um protocolo, conforme Werneck, Faria e Campos.....	46
Quadro 8 – Ações para implantação do protocolo de Classificação de Riscos para Segurança do Paciente.....	52
Quadro 9- Cor correspondente ao risco a ser sinalizado.....	73
Quadro 10 – Ações para implantação do protocolo de Classificação de Riscos para Segurança do Paciente.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupo etário e eventos adversos em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019.....	56
Tabela 2 - Eventos adversos em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte, no período de 2016 a 2019.....	56
Tabela 3 - Diagnósticos e eventos adversos em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019.....	57
Tabela 4 – Identificação de incidentes, eventos adversos e <i>near miss</i> em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019.....	59
Tabela 5 - Tipo do evento adverso em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019.....	60
Tabela 6 - Avaliação de gravidade a partir das notificações de eventos em hospital psiquiátrico de 2016 a 2019.....	61
Tabela 7- Comparação entre avaliações de profissionais sobre gravidade das notificações de eventos em hospital psiquiátrico de Belo Horizonte.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Técnica de enfrentamentos dos riscos.....	21
Figura 2 - Eventos na assistência à saúde.....	24
Figura 3- Etapas para elaboração de um Protocolo de organização dos serviços....	46
Figura 4 – Classificação de Risco de Manchester e o tempo médio para atendimento.....	49

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO TEÓRICA	16
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL.....	Erro! Indicador não definido.6
2.2 GESTÃO DA QUALIDADE.....	17
2.3 GESTÃO DE RISCO.....	20
2.4 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	23
2.4.1 Segurança do paciente e saúde mental.....	Erro! Indicador não definido.2
2.5 INDICADORES COMO FERRAMENTA DE GESTÃO.....	Erro! Indicador não definido.3
2.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS E CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO.....	Erro! Indicador não definido.5 3
OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4 METODOLOGIA	39
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	39
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	39
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	52
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E EVENTOS ADVERSOS.....	55
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS.....	58
5.3 DADOS OBTIDOS NO GRUPO FOCAL.....	65
5.3.1 Diagnóstico estrutural epidemiológico do evento ou circunstância que deseja atuar.....	65

5.3.2 Parâmetros, objetivos e metas a serem atingidas com o protocolo.....	65
5.3.3 Fatores de Risco avaliados para implantação do protocolo.....	74
5.3.4 Atividades possíveis para enfrentar dificuldades da implantação do protocolo...	80
5.3.5 Formatação do protocolo conforme padrão institucional, submissão, avaliação e aprovação.....	81
6 CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES	92

APRESENTAÇÃO

Atualmente, sou enfermeira do Núcleo de Risco/Núcleo de Segurança do Paciente de hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte. O ingresso nesse serviço deu-se há cinco anos por meio de concurso público estadual da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

A escolha deste hospital psiquiátrico para trabalho aconteceu pelo interesse em atuar em saúde mental. A Instituição é um hospital de Atenção Terciária para internação psiquiátrica, referência para leitos psiquiátricos no estado de Minas Gerais. O público atendido é constituído de indivíduos com transtorno mental em crise, o que exige da equipe condutas diferenciadas e particularizadas à segurança do paciente, no que tange aos riscos aos quais esses indivíduos são expostos.

Enquanto integrante de grupo de pesquisa em políticas e práticas em saúde mental, drogas e direitos humanos, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e gestora do núcleo de segurança de um hospital de referência nessa área, surgiu o interesse em identificar os riscos à segurança do paciente psiquiátrico aos quais os pacientes estão expostos durante a internação. Neste sentido, decidi alavancar estudos acerca da segurança do paciente em instituições especializadas no tratamento desses indivíduos, propondo o presente projeto de pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Em decorrência da reforma psiquiátrica implantada no Brasil, na década de 1980, várias transformações ocorreram no modelo assistencial. A assistência passou a ser reorganizada e voltada para um tratamento mais humanizado. Assim sendo, incentivou-se a constituição de Redes de Atenção Psicossocial que privilegiavam o trabalho em equipe multidisciplinar, a reinserção social do usuário e a inclusão da família no tratamento (AOSANI; NUNES, 2013).

Para os municípios que não possuem Rede de serviços comunitários, o hospital psiquiátrico ainda tem papel no acolhimento da crise psiquiátrica, além de suporte para os que não possuem leitos de psiquiatria e de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas em hospitais gerais ou rede comunitária de saúde mental, com leitos de acolhimento integral (BRASIL, 2013).

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais encontra-se entre 12% e 24%, dependendo da população a ser avaliada e dos critérios diagnósticos. Desses casos, cerca de 90% é caracterizada por transtornos não psicóticos, principalmente transtornos depressivos e de ansiedade (COLARES, 2016). Há evidências de que os indivíduos com transtorno mental devam ser considerados indivíduos vulneráveis às situações de riscos assistenciais durante o processo de internação (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Estima-se que 70% da população com transtorno mental grave e persistente apresenta uma ou mais internações em hospital psiquiátrico no decorrer da vida (OLIVEIRA, 2012). A internação psiquiátrica pode ser um recurso necessário diante de determinados quadros (ELY *et al.*, 2014) e deve ser uma opção utilizada com critério, respeitando as demandas dos indivíduos e garantindo um atendimento de qualidade e seguro. A fim de se garantir que a qualidade da assistência durante a internação hospitalar em hospital psiquiátrico, os princípios de segurança do paciente devem constar na pauta da gestão hospitalar.

A segurança do paciente surge como um tema mundialmente discutido, pela necessidade de se repensar as práticas em saúde na perspectiva da gestão. As maiores repercussões iniciam-se a partir da década de 1990, com a publicação de um relatório pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos (REASON, 2000). Publicado em 1999,

esse relatório teve impacto mundial e gerou mudanças importantes, sendo considerado um marco para segurança do paciente, haja vista que cerca de 44 a 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos foram decorrentes de erros evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; REASON, 2000).

Desde então, é crescente o reconhecimento dos gestores de saúde a respeito da importância da segurança do paciente, assim como da necessidade de apoiar as estratégias nacionais e internacionais de prevenção e de redução de falhas no cuidado, melhoria do desempenho e gerenciamento de riscos (ANVISA, 2013a; BRASIL, 2014).

Preocupada com a magnitude do problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) lançou uma série de atividades, no âmbito mundial, para definir temas de investigação acerca da segurança dos pacientes, a fim de identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde.

Nesse sentido, foram pactuados seis indicadores entre a OMS e a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, por meio de protocolos amplamente fiscalizados: identificação correta do paciente, desenvolvimento da comunicação efetiva entre os profissionais, melhoria da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, lavagem de mãos e comunicação efetiva entre os profissionais (WHO, 2013 a).

No Brasil, vários instrumentos normativos estabelecem a Política de Segurança do paciente, sendo relevantes: Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 de 25 de novembro de 2011, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente; RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA, que constitui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Em complementação, a ANVISA estabelece a constituição de Núcleo de Segurança do Paciente (BRASIL, 2011; ANVISA, 2013a; ANVISA, 2013b).

Para Briner; Manse (2013), noções, estratégias e indicadores de cuidados clínicos são habitualmente adotados, em decorrência da ausência de concepções de segurança do paciente específicas para a assistência em saúde mental, o que pode ser apropriado para

alguns aspectos. Entretanto, os cuidados ao paciente com transtorno mental diferem do cuidado ao paciente clínico, pois existem questões exclusivas da assistência em saúde mental. Embora riscos clínicos, como aqueles relacionados às quedas e medicamentos, sejam encontrados na assistência prestada ao paciente clínico ou com transtorno mental, na área de saúde mental prevalecem riscos específicos, como o de violência e autoagressão.

Por meio de notificação de incidentes e eventos adversos, torna-se exequível a criação de indicadores para o monitoramento da qualidade da segurança do paciente (RAMOS; TRINDADE, 2011). Portanto, esses indicadores demonstram um valor, uma medida que pode ser mensurável, e permitem a avaliação estatística de um dado que se deseja acompanhar (SIMÕES; SILVA, 2009).

Conforme Samico *et al.* (2010), indicador é uma medida ou fator, quantitativo ou qualitativo, que deve ser estabelecido por um meio fácil e confiável de se mensurar um fenômeno. Sendo assim, um indicador também pode ser proposto para descrever um comportamento ou conceito.

Nessa perspectiva, os indicadores de segurança do paciente no âmbito mundial e brasileiro não abarcam a segurança em contextos de atenção à saúde mental, considerando a singularidade da pessoa que vivencia um processo de adoecimento psíquico.

Neste sentido, propõe-se o presente estudo, com o intuito de construir-se indicadores de segurança e elaborar protocolo de classificação de riscos aos quais estão sujeitos os pacientes durante a internação em um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, Minas Gerais. A pergunta de pesquisa para o estudo em proposição é: quais são os indicadores necessários à elaboração de um protocolo para classificação de riscos à segurança do paciente em hospital psiquiátrico?

Esses indicadores serão elaborados a partir da avaliação de todos os incidentes ou eventos adversos sofridos por pacientes internados no hospital em questão, no período de 2016 até 2019.

Em 2013, a ANVISA, por meio da RDC nº 36, instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Tal resolução tem por objetivo promover a segurança

nos ambientes de saúde e notificar, junto à própria ANVISA, todos os incidentes e eventos adversos provenientes da assistência. Contudo, de acordo com aquela agência, em 2014 o número de subnotificações girava em torno de 40% do total de situações notificadas.

Portanto é fundamental, para que se possa avaliar a segurança do paciente nessa área, que estudos sejam desenvolvidos com intuito de caracterizar, quantificar e qualificar os eventos e incidentes assistenciais, assim como para proposição de ferramentas de gestão para enfrentamento e implantação de planos de intervenção que visem a criação de dispositivos para melhoria da segurança do paciente na saúde mental e no fortalecimento dos mecanismos de barreira, a fim de promover uma assistência mais segura, humana e qualificada (SANTOS, 2015).

Nesse sentido, o protocolo proposto para classificação de riscos à segurança do paciente nesta pesquisa poderá ser um importante dispositivo para os profissionais de saúde, gestores e núcleo de segurança, na identificação e avaliação dos riscos, no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, na implementação de critérios de prevenção e promoção, assim como em atividades dirigidas para diminuir possíveis impactos sobre os pacientes.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE E AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL

No campo da saúde mental, especificamente, a evolução do modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção psicossocial reorientou a assistência psiquiátrica. Surgiu, desta forma, um cenário que possibilitou a constituição de tecnologias interdisciplinares que favorecem o cuidado diferenciado e acolhedor (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

As transformações na prática em saúde mental prosperam e incorporam intervenções de acolhida e continência, considerando o exercício da cidadania ativa dos usuários. Percebe-se neste ciclo a necessidade, cada vez mais explícita, de uma reorientação da prática, buscando romper com a cultura centrada nos hospitais, com o preconceito, a exclusão e a doença (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Após a reforma psiquiátrica brasileira iniciada na década de 1980, cerca de 100 mil leitos psiquiátricos foram extintos. Porém, ainda existem 18 mil leitos ativos em hospitais psiquiátricos, sendo cerca de 3 mil no estado de Minas Gerais (SANTOS, 2015).

De acordo com Ely e colaboradores (2014), a internação psiquiátrica é um episódio significativo na vida do sujeito, pois rompe o convívio social e familiar. No entanto, ainda é um recurso necessário para alguns indivíduos. Ressalta-se que a doença não é um fator determinante para que haja a internação hospitalar, mas sim a gravidade do quadro psiquiátrico, podendo haver alteração de seu juízo crítico e risco em relação a si ou a terceiros, entre outros, sendo considerada a necessidade de internação no momento do acolhimento desse sujeito.

O estudo de Pereira; Joazeiro (2015) abordou a percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Entre os entrevistados, alguns consideraram necessária a internação para remissão de sintomas e melhoria da saúde destacando, também, a importância de buscar apoio em um ambiente próprio para a prestação do cuidado. Outros entrevistados reconhecem a internação como um meio de sobrevivência e uma forma de se distanciarem de vícios, de conter a heteroagressividade e, até mesmo, de controle da ideação suicida.

Ademais os autores apontam, ainda, a característica comum entre indivíduos com sofrimento mental que frequentemente reinternam-se nessas instituições. Ressaltam que, embora reconheçam avanços nos sistemas substitutivos, o sujeito ainda passa por um processo chamado porta giratória, determinado por sucessivas internações nos períodos de episódios agudos (PEREIRA; JOAZEIRO, 2015).

Considerando esse quadro, Ely e colaboradores (2017) apontam para a necessidade da exigência do estabelecimento de normas e critérios para que a internação psiquiátrica aconteça de maneira resolutiva e qualificada. Nesse sentido, a gestão dos riscos constitui fator primordial para garantir assistência de qualidade na prevenção de eventos adversos e internações desnecessárias.

O indivíduo que apresenta transtorno mental possui muitas características que decorrem do estado de sua psique. Tais particularidades podem levar a alguns comportamentos de risco, influenciando tanto na segurança de si próprio quanto das pessoas que estão ao seu redor (ESTRELA; LOYOLA, 2014).

Nessa perspectiva, é necessário que a assistência ofertada à pessoa com transtorno mental possua, além dos cuidados referentes à sua condição clínica, uma atenção voltada às especificidades e a possíveis fatores predisponentes a eventos potencialmente prejudiciais (MENEGON *et al.*, 2014; BRINER; MANSE, 2013).

2.2 GESTÃO DA QUALIDADE

Embora a gestão da qualidade seja um assunto que se tornou notório a partir da década de 1980 não se trata, contudo, de um mecanismo moderno, podendo-se narrar a história da qualidade de muitas e variadas formas (ROCHA *et al.*, 2013).

Neste sentido, Lopes; Santos (2010) argumentam que Florence Nightingale, no século XIX, foi uma gestora da qualidade, quando desenvolveu a organização dos hospitais de campanha na Guerra da Criméia. Apoiada em informações de mortalidade e de infecção dos soldados, Nightingale reestruturou normas de higiene e de organização hospitalar, reduziu óbitos e, conseqüentemente, apoiou a melhoria da qualidade da assistência prestada. Atualmente, muitos de seus ensinamentos são pertinentes na avaliação da gestão da qualidade.

Alguns estudiosos norte-americanos, no início do século XX, após inúmeras pesquisas, adotaram medidas para melhorar os cuidados em hospitais e faculdades de medicina no país. Em 1917, o Colegiado Norte Americano de Cirurgiões publicou o documento Padrões Mínimos Hospitalares, que especificava critérios que deveriam ser considerados para um cuidado qualificado. Tal evento mostrou-se fundamental para a criação da estratégia de avaliação dos serviços de saúde conhecida como acreditação, modalidade de avaliação reconhecida internacionalmente como um marco para o desenvolvimento da qualidade (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011; VIANA, 2011).

Após a Segunda Guerra Mundial, devido à necessidade de reconstrução do país, a indústria japonesa viveu o ápice de estudos acerca da qualidade. Assim, teóricos como Deming, Juran e Ishikawa desenvolveram noções, preceitos e técnicas para sistematizar a qualidade da produção. Essa busca pela melhora contínua alcançou outras zonas além da indústria, como setores de saúde e bens de serviço (CARVALHO, 2012).

Nos anos 2000, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América elaborou um grupo de dimensões da qualidade, posteriormente adaptado pela OMS (WHO, 2011). O Quadro 1 apresenta o grupo de dimensões da qualidade para saúde.

Quadro 1 – Dimensões da qualidade para a saúde

1. Segurança	Ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deve ser benéfica. Sistemas de saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes.
2. Efetividade	Prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar-se destes, evitando prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar a infra e supra utilização, respectivamente).
3. Atenção centrada no paciente	Envolve o respeitar o paciente, considerando suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por tais valores.
4. Oportunidade/ Acesso (interno e externo)	Redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam a assistência à saúde.
5. Eficiência	Prevenção do desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e

	energias.
6. Equidade	Prestação de serviços que não ajustam a qualidade segundo as características pessoais, tais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico.

Fonte: Adaptado de WHO (P.21, 2011).

O conteúdo do Quadro 1 indica que a segurança é uma das dimensões da qualidade, sendo indissociáveis. No conceito de qualidade, a segurança foi a última dimensão a ser incluída de forma clara na descrição e a OMS a define como “ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde” (WHO, 2011). Desse modo, os serviços de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente estão, por consequência, aumentando a qualidade dos seus serviços (WHO, 2011).

No Brasil, o primeiro estudo a respeito da qualidade dos serviços hospitalares foi realizado, na década de 1930, pelo médico Odair Pedroso que utilizou, como ferramenta, a Ficha de Inquérito Hospitalar, que enumerava como deveria funcionar a organização de um hospital naquela época (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011). Desde então, a busca por qualidade nos serviços de saúde sofreu avanços.

Em 1990, a acreditação surge como ferramenta fundamental para a melhoria da qualidade da assistência hospitalar. Na sequência, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde. Em 2005, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) foi difundido como instrumento de avaliação vinculado ao repasse de verbas aos gestores. Porém, apesar dos inúmeros esforços, a acreditação e a gestão da qualidade no país ainda têm muito a avançar (ANVISA, 2013a).

Assim, receber assistência à saúde de qualidade é um direito da população e os serviços de saúde necessitam ofertar uma atenção que seja segura em todo o processo. Nesse sentido, o Instituto de Medicina norte americano estabelece a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados, com o nível de conhecimento técnico científico atualizado (ANVISA, 2013a).

Desse modo, em decorrência da contribuição de estudos que evidenciaram os efeitos indesejáveis causados por erros na assistência à saúde, (ANVISA, 2013b), a qualidade tem sido considerada um atributo primordial na segurança do paciente em âmbito mundial.

2.3 GESTÃO DE RISCO

A prática de gerenciamento de riscos tem origem nas corporações militares e na indústria automobilística e inclui, desde o seu nascimento, a aplicação de um processo estruturado, que compreende a identificação e avaliação dos riscos e da incerteza a eles associados, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e a implementação de medidas de prevenção e controle, bem como de atividades dirigidas para atenuar possíveis impactos (ANVISA, 2017).

As atividades relacionadas ao gerenciamento de riscos representam eficiência na presença das ameaças identificadas, uma vez que permitem o desenvolvimento de ferramentas para o planejamento das atividades e ações em resposta aos riscos apontados. Apesar de serem aplicadas há décadas, os conceitos e sua metodologia foram padronizados há pouco tempo (MILAGRES, 2015).

Conforme a Norma Brasileira ISO 31000:2009, a Gestão de Riscos consiste na sistematização e aplicação de políticas, procedimentos e práticas para identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos relacionados à assistência à saúde. Para tanto, integra um processo no qual são criadas possibilidades para diminuir ou sanar os efeitos adversos oriundos de procedimentos diversos (ABNT, 2009).

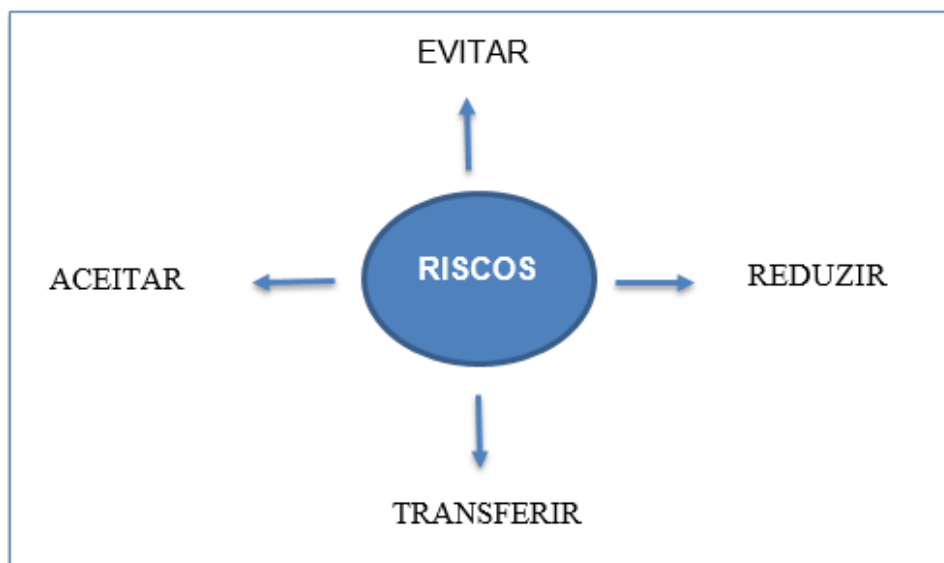
No Brasil, as ações de gestão de riscos para a saúde foram instituídas em 2001, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, o que estimulou as instituições a notificarem eventos adversos relacionados a produtos para a saúde e a identificação de riscos hospitalares, a análise da causa da ocorrência e as providências para a correção de falhas (ANVISA, 2014).

O risco pode ser conceituado como a possibilidade de um incidente acontecer e é representado por situações, procedimentos ou condutas que, se por ventura ocorrerem, podem resultar em consequência negativa para a pessoa a ele exposta. Não sendo

possível o conhecimento e ou a eliminação de todos os riscos, a gestão de riscos torna-se essencial na promoção de uma assistência segura e de qualidade (FELDMAN, 2004).

Em 2017, a ANVISA elaborou técnicas de enfrentamento dos riscos através das seguintes estratégias: eliminação do risco, mitigação, redução ou controle do risco, partilha ou transferência do risco a terceiros e retenção ou aceite do risco (Figura 1).

Figura 1- Técnica de enfrentamentos dos riscos



Fonte: Adaptado de ANVISA (2017).

Os conceitos que embasam estas estratégias podem ser elucidados da seguinte maneira:

I. evitar ou eliminar o risco: esse método implica em não realizar atividade que envolve o risco a ser vetado;

II. compartilhar ou transferir o risco: essa técnica remete à transferência de risco, Como exemplo, abrange apólices que asseguram, às instituições e servidores de saúde, a cobertura de eventuais eventos adversos;

III. mitigar, reduzir ou controlar o risco: esse plano visa diminuir a possibilidade de ocorrência dos eventos, minimizando o risco a níveis mínimos;

IV. retenção ou aceitação do risco: entende-se como risco inevitável pela instituição (ANVISA, 2017).

Assim, também é possível compreender a gestão de risco como um processo no qual se procura identificar os riscos expostos para, então, investir na tomada de decisão sobre o que fazer em relação a eles. Tais critérios podem eliminá-los, contê-los, classificá-los ou até mesmo integrá-los como parte dos processos (BARROS, 2015).

A integração das atividades de gestão de risco e segurança do paciente aconteceu de forma eficiente por meio da Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido. Este manuscrito assentou referência ao direcionar o gerenciamento de riscos no sistema de saúde inglês por intermédio da publicação do documento intitulado Sete Passos para a Segurança do Paciente (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2004), conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Os sete passos para a segurança do paciente, segundo Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido

1. Promover uma cultura de segurança.

2. Liderar e apoiar a equipe assistencial.

3. Integrar as atividades de gestão de riscos.

4. Promover a notificação dos incidentes de segurança.

5. Estimular a participação do paciente no processo assistencial.

6. Aprender e compartilhar o aprendizado sobre segurança.

7. Implementar práticas de segurança.

Fonte: National Patient Safety Agency (p.43, 2004) (adaptado pela autora).

Para Hinrichsen (2012), as instituições de saúde devem adotar de políticas de prevenção de riscos, objetivando criar bases sólidas e seguras para a tomada de decisão e para planejamento da segurança do paciente, por meio do monitoramento de incidentes, minimização dos danos e prevenção de novos eventos.

Nesse sentido, a gestão de risco consiste num recurso valioso para a segurança do paciente, sendo entendida como a

aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013, p.2).

2.4 SEGURANÇA DO PACIENTE

Embora Hipócrates já dissesse, há mais de dois mil anos, “antes de tudo, não causar dano”, foi apenas partir da década de 1990 que a segurança do paciente conheceu notoriedade com a publicação, pelo Instituto Norte Americano de Medicina (IOM), do trabalho intitulado *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro* (SOUSA; MENDES, 2014).

Tendo em vista as diferentes definições para conceitos de segurança do paciente na literatura, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS) no intuito de padronizar conceitos chaves (WHO, 2009). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente traduziu os conceitos chave do ICPS para a língua portuguesa conforme Quadro 3 (WHO, 2009).

Quadro 3 - Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

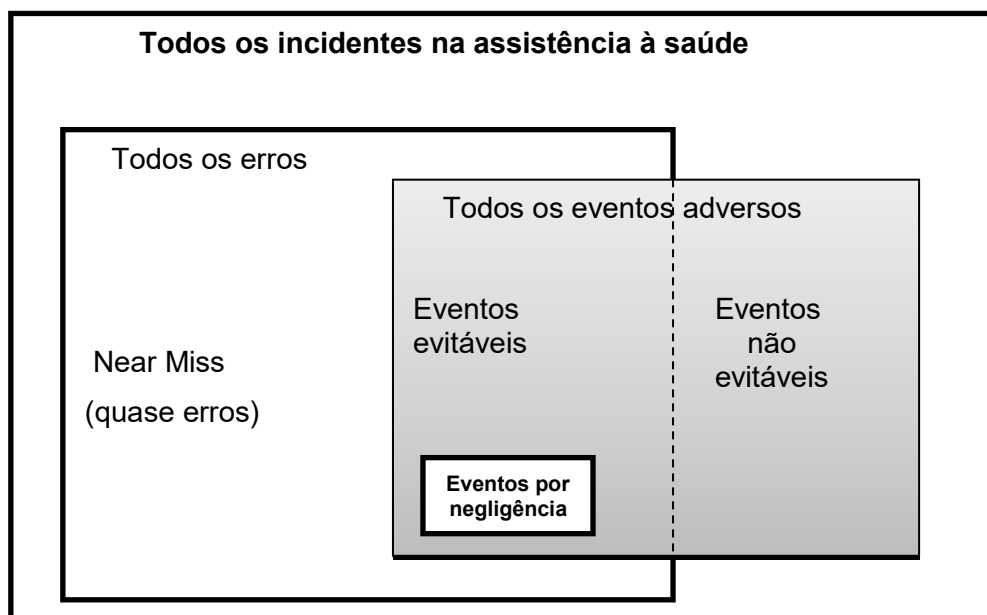
Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de danos desnecessários associado ao cuidado de saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em

	dano desnecessário ao paciente.
Circunstância notificável	Incidente com potencial de dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: OMS, p. 78, 2009, (Adaptado pela autora)

WATCHER (2013) também apresenta importantes conceitos e termos que se sobrepõem quando relacionados à segurança. Para tanto, compreendê-los torna-se fundamental ao entendimento e à implementação de medidas de segurança. Na Figura 2, pode-se vislumbrar com mais clareza tal tema.

Figura 2 - Eventos na assistência à saúde



Fonte: WHO, p 56, 2009, (Adaptado pela autora)

Historicamente, vários estudos foram elaborados com intuito de elucidar conceitos e nortear parâmetros para a segurança do paciente. Ernest Codman, em 1911, estudou casos de pacientes que incluíam falhas ocorridas no tratamento. Este estudo mostrou a prevalência de distúrbios iatrogênicos, que não foram consequência natural da doença do paciente (WACHTER, 2013).

Já em 1978, Mills foi pioneiro em um trabalho que utilizou como método a revisão retrospectiva de prontuários para avaliar a incidência de eventos adversos (EAs) em hospitais. Este estudo foi realizado no estado norte americano da Califórnia e constatou

a incidência de eventos adversos em 4,65% dos casos Já Brennan *et al.* (1991), em um trabalho semelhante desenvolvido em hospitais do estado de Nova York, constatou a incidência de EAs de 3,7%.

Em 1990, o psicólogo britânico, James Reason, que publicou o livro *Human Error*, abordou a segurança do paciente e definiu erro como a incapacidade de uma ação planejada ser terminada ou compreendida (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento). Essa publicação representou um marco na conceituação de erro para segurança do paciente (REASON, 2000).

Leape, em seu artigo *Erros em Medicina*, publicado em 1994, já salientava o erro no cuidado em saúde e indicava as contribuições de diversos fatores para um melhor entendimento do erro humano e de seus elementos contribuintes. Alegava que, para diminuir erros no cuidado de saúde, seria essencial mudar o foco de como se imaginava o erro, isto é, mudar o foco na busca por culpados e reconhecer a importância da gestão de riscos e da gestão da prevenção.

Porém, foi apenas no final do século XX, impulsionado pela publicação do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM), intitulado *Errar é humano*, que um esforço sistemático para melhorar a segurança do paciente foi iniciado. Em 1999, esse relatório trouxe à tona a questão dos eventos adversos (EA) e da segurança do paciente, resultando em maior atenção dos meios de comunicação e dos profissionais de saúde no mundo. Neste documento foi destacado o número de óbitos evitáveis nos Estados Unidos e, desses casos, os que estavam relacionados aos erros com medicação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Diante da repercussão internacional do tema, em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) constituiu um grupo de trabalho com objetivo de pesquisar metodologias para avaliar os riscos para a segurança do paciente nos serviços de saúde de forma normativa, com foco em processos que examinaram a natureza e a magnitude do agravo causado pelos EAs (WHO, 2003).

Durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o intuito de definir e identificar prioridades na área da segurança em âmbito mundial e estabelecer agenda mundial sobre o tema.

Nessa assembleia recomendou-se aos países membros atenção ao tema Segurança do Paciente e, desde então, esta tem sido prioridade na agenda política dos Estados-Membros da OMS (REIS *et al.*, 2013).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente tem por objetivo disseminar os conhecimentos e as soluções encontradas, conscientizar e conquistar compromissos políticos, lançar programas, gerar alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizar campanhas internacionais com o intuito de garantir a segurança dos pacientes no mundo (ANVISA, 2011; WHO, 2013b).

A OMS enfatiza que a segurança do paciente constitui um aspecto que afeta países em todos os níveis de desenvolvimento, sendo que as estimativas sobre tal problemática ainda são escassas, especialmente em países em desenvolvimento, no qual milhões de pacientes, a cada ano, sofrem lesões ou morrem em decorrência de erros nos cuidados de saúde (WHO, 2008).

A OMS ainda acrescenta que um dos elementos principais desta Aliança é o Desafio Global, que lança a cada determinado período um novo desafio, ou seja, um tema prioritário para minimização de risco e dano desnecessário ao paciente relacionado a este assunto, para adoção pelos membros da OMS (WHO, 2008). Os Desafios Globais já lançados estão descritos em 13 Áreas de Ação do Programa Segurança do Paciente, conforme Quadro 4.

Referente à área de ação 6, apresentada no referido quadro a OMS, em 2005, designou a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organização pioneira em segurança do paciente e na certificação de qualidade em serviços de saúde, como importante membro na elaboração do documento Soluções para a Segurança do Paciente. O referido manuscrito trata de intervenções e ações práticas para prevenção de erros e danos ao paciente (JCI, 2013; WHO, 2007).

Quadro 4 - Áreas de ação do Programa de Segurança do Paciente da OMS

Área de ação	Proposta
O Desafio Global para a Segurança do Paciente	Ações em segurança do paciente para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de infecções, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em 2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema Cirurgias Seguras salvam Vidas.
Pacientes pela Segurança do Paciente	Propõe ações que assegurem que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde em todo o mundo.
Pesquisa em Segurança do Paciente	Propõe o desenvolvimento de pesquisas internacionais para o conhecimento da natureza do dano ao paciente e desenvolvimento de ferramentas de prevenção.
Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente	Propõe o desenvolvimento de sistema internacionalmente aceito de classificação da informação em segurança do paciente, promovendo efetivo aprendizado global.
Relato e Aprendizagem	Propõe o desenvolvimento de ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens que identificam fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.
Soluções para Segurança do Paciente	Propõe a criação de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.
<i>High 5S</i>	Propõe a difusão de boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos, controle da medicação nas transições de cuidado, realização de procedimentos corretos nos sítios corretos e prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão, bem como prevenção e redução de infecção relacionada à assistência à saúde.
Tecnologia para Segurança do	Propõe foco na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.

Paciente	
Gerenciando conhecimento	Propõe a reunião e compartilhamento de conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.
Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central	Propõe a concentração de esforços mundiais para ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.
Educação para cuidado seguro	Propõe o desenvolvimento de guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.
Área de ação 12 Prêmio de segurança	Propõe o estabelecimento de prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.
Check-lists para a área da saúde	Propõe o desenvolvendo de listas de verificação de segurança em serviços de saúde, após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, tais como check-lists para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

Fonte: ANVISA, 2011, p.56 (Adaptado pela autora).

Infelizmente, na prática, ainda se verifica o predomínio de instituições que acreditam que a solução para os erros na segurança do paciente resulta em ações punitivas para o profissional, o que impede que o assunto seja discutido com vistas à melhoria do cuidado em saúde e à redução de riscos ao paciente (CARVALHO *et al.*, 2012).

Ramos e Trindade (2011) ressaltam a importância de identificar as circunstâncias do incidente a fim de detectar falhas e propor medidas e ações para prevenção de novos incidentes, além de reafirmarem que essas ações não requerem grandes gastos financeiros e sim um esforço institucional. Ainda assim, ressaltam que o estímulo à cultura de segurança, cujo objetivo não é encontrar um profissional culpado, consiste no diferencial para que as notificações sejam efetivadas, tendo em vista que o sujeito notificador, em sua maioria, é o profissional de saúde.

Para Vincent (2001), a segurança constitui um atributo crítico e decisivo para a qualidade da assistência, cabendo ressaltar a importância do desenvolvimento contemporâneo da área de segurança do paciente que permite um novo olhar sobre o cuidado de saúde não voltado para punição, mas, sim, para falhas de processo.

Armitage (2009) argumenta que a causa de erros, habitualmente, é atribuída somente à ação de pessoas, mas onexo causal entre ambientes complexos e o cuidado de saúde é hegemonicamente multifatorial. Para ele, o desempenho individual é influenciado pela tendência à utilização de soluções já estabelecidas, que podem estar relacionadas a condições locais e a falhas, no sistema ou latentes. Desta forma, reforça que a atribuição de culpa muitas vezes é inapropriada e, como resultado, estimula um cuidado inseguro.

Nesta ótica, o cuidado inseguro acrescenta uma lacuna entre os resultados possíveis e os esperáveis, podendo ser expresso por um aumento do risco e de danos desnecessários ao paciente, acarretando impacto negativo nos resultados do cuidado associado a segurança do paciente (DONABEDIAN, 2000).

Outra dimensão muito associada à segurança é a Atenção Centrada no Paciente, pois tem sido demonstrado que respeitar suas preferências e valores, além de estimular a sua participação em todas as tomadas de decisão que o envolvam, costuma favorecer a sua segurança. Esta dimensão reforça o argumento de que a segurança deve integrar sua gestão e aperfeiçoamento com as atividades de gestão e de melhoria da qualidade (ANVISA, 2017).

Já a gestão focada na qualidade abrange dimensões, princípios e diretrizes como o fortalecimento da cultura de segurança, a integração dos processos de cuidado e a articulação com os processos organizacionais, além da adoção das melhores evidências, a transparência, a inclusão e a responsabilização, bem como a sensibilização e a capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013).

Neste enfoque, podem-se distinguir três grandes metodologias de estudo relacionadas com a segurança do paciente: a abordagem epidemiológica, o gerenciamento de riscos e a abordagem da gestão da qualidade. Em resumo, a abordagem epidemiológica enfatiza quantificar a frequência de eventos, percorrendo adicionalmente os fatores (demográficos, tipo de assistência, doença e serviço, dentre outros) que podem estar associados e as diversas tentativas de classificação (tipo), gravidade e possibilidade de evitá-los (ROCHA *et.al* 2013). Os estudos epidemiológicos têm sido primordiais para conscientizar sobre a importância da segurança clínica como problema de saúde pública.

Já o gerenciamento de riscos baseia-se nos problemas de segurança do paciente e seus riscos associados, principalmente os financeiros, para as organizações de saúde e seu departamento de pessoal (ANVISA, 2013b).

Em estudo recente, Watcher (2013) reestabeleceu dados sobre mortes anuais em decorrência de causas evitáveis no cuidado hospitalar norte americano, constatando entre 210.000 e 400.000 óbitos. No Brasil, estima-se que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, e em particular os eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados (ANVISA, 2017).

Neste sentido, foram estabelecidas legislações que amparam e contribuem para o fortalecimento da segurança do paciente. Em 2011, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63, do MS/ANVISA, institui mecanismos estratégicos para possibilitar a estruturação da política de qualidade, além de definir como instrumento de gerenciamento a garantia da qualidade, sendo esse um passo importante para estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente (ANVISA, 2011).

Por meio da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da MS/ANVISA, foi estabelecida a compulsoriedade do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições de saúde, assim como os métodos para o estabelecimento do Plano Nacional de Segurança do Paciente, com medidas de enfrentamento, identificação, análise, avaliação e monitoramento sistêmico dos riscos no país (ANVISA, 2013d).

Já a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, teve por objetivo contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território. Tal ocorrência deu-se em consonância com as diretrizes já estabelecidas pela OMS e pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente (ANVISA, 2013a).

Já a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, que aprovou a implementação de protocolos mínimos (Quadro 5) a fim de promover os Protocolos de Segurança do Paciente, estabeleceu os protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão¹. Posteriormente, a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 determinou a implantação, nos serviços de saúde, dos protocolos de Prevenção de Quedas, de Identificação do Paciente e de Segurança na Prescrição e Uso e

Administração de Medicamentos, com ajustes à realidade regional (ANVISA, 2013b; ANVISA, 2013c).

Neste sentido, tornou-se obrigatória a composição dos protocolos mínimos nas instituições de saúde no país, devendo constituir indicadores para avaliação da segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde no Brasil (ANVISA, 2013 a).

Quadro 5 - Protocolos básicos de segurança do paciente

Protocolo	Finalidade
Identificação do paciente	Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.
Prevenção de lesão por pressão	Promover a prevenção de ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões de pele.
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.
Cirurgia Segura	A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local e no paciente corretos, por meio do uso de lista de verificação de cirurgia segura desenvolvida pela OMS.
Prática de Higiene das mãos em Serviços de saúde	Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à saúde, visando a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.
Prevenção de quedas	Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e os danos dela decorrentes, por meio de implantação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, familiares e profissionais.

Fonte: Portaria GM/MS N.529/13; RDC 36 (2013) (Adaptado pela autora)

Algumas iniciativas independentes aconteceram no Brasil, dentre elas a criação, em 2009, do Proqualis, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz. Esta instituição é responsável pela produção e disseminação de informações e tecnologias em qualidade e segurança do

paciente, com o intuito de alavancar consulta e atualização para os profissionais de saúde, por meio de divulgação de conteúdos técnico-científicos, selecionados a partir da relevância, qualidade e atualidade (TRAVASSOS, 2013).

Observa-se que várias iniciativas foram adotadas, mundialmente e no Brasil, tendo em vista a criação e o fortalecimento da segurança do paciente. No entanto faz-se necessária uma maior sistematização da aplicação das melhores práticas em prol da segurança do paciente, de forma que sejam importantes ferramentas para fortalecimento da qualidade da assistência ofertada.

2.4.1 Segurança do paciente e saúde mental

Wachter (2013) sugere que a segurança do paciente deve ser valorizada, principalmente nas instituições hospitalares pois, em decorrência da elevada complexidade desses estabelecimentos, há um aumento dos riscos, ligados a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos.

Pacientes que experimentam uma internação prolongada ou uma incapacidade por resultado de erros acabam apresentando desconforto físico e psicológico. Já os profissionais são afetados pela perda da moral e a frustração por não serem capazes de fornecer o melhor cuidado possível (LONG *et al.*, 2013; FRAGATA, 2010). Assim, problemas adquiridos por meio do cuidado em saúde geram diversas consequências, como o custo em vidas humanas e financeiros, além do prolongamento de internações (FRAGATA,2010).

Sabe-se que a situação de cuidado em saúde mental é complexa e o cotidiano do cuidar, muitas vezes, estabelece condições nem sempre esperadas. Infelizmente, as ações de cuidado são capazes de gerar resultados indesejáveis, em oposição ao auxílio na resolução dos problemas dos pacientes. Frequentemente, o cuidado é desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados, em constante transformação, envolvendo atividades complexas e vários tipos de saberes, aumentando a probabilidade de erros (ABOUMATAR *et al.*, 2017).

O indivíduo com transtorno mental possui particularidades em consequência de seu estado psicológico. Tais características podem predispor a alguns comportamentos de risco, como a autoagressão e o autoextermínio, influenciando diretamente em sua segurança (VANTIL, 2017).

Estudos comprovam que alguns eventos adversos nos hospitais variam consideravelmente por tipo de unidade. Como exemplo, os incidentes como quedas tendem a ser mais frequentes em unidades de neurologia e este risco chega a 40% entre pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral (AIZEN, ZLOTVERA, 2013; BOULDIN *et al*, 2013) o que reforça a importância do desenvolvimento de estudos quanto à temática da segurança do paciente na saúde mental.

Ao buscar, na literatura, a sustentação para estudar segurança do paciente, foi possível encontrar vasto acervo estrangeiro sobre o assunto e, por outro lado, escassez de estudos no Brasil. Entretanto, estudos envolvendo a temática com a área de saúde mental são poucos, em termos mundiais (CAVALCANTE *et al.*, 2017; LEONE; ADAMS, 2016).

Ao realizar busca nas bases de dados eletrônicas científicas, com recorte temporal de 2012 a 2019, foram identificadas 15 publicações, sendo 14 no MEDLINE e uma na LILACS. O idioma prevalente foi o inglês, com 13 publicações, seguidos do espanhol e do português com uma publicação cada. Os descritores adotados para pesquisa foram segurança do paciente *and* saúde mental *and* gestão de riscos. Nesta lógica, observa-se a importância de desenvolver-se pesquisas acerca da temática da segurança do paciente na área de saúde mental.

Nesta perspectiva, estudar incidentes e eventos adversos na saúde mental traz a possibilidade de conhecer os fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes e na qualidade da assistência prestada, assim como na proposição de barreiras para evitá-los (MENEGON *et al.*, 2014).

2.5 INDICADORES COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

Indicadores quantitativos podem ser de contagem simples, taxas ou coeficientes, proporção ou razão. Os indicadores simples constituem medidas de números absolutos, e, geralmente, medidas de ocorrência de um evento sem denominador. Já as taxas e coeficientes são medidas de frequência de um evento, em um recorte temporal (SAMICO *et al.*2010).

Conforme a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008), os indicadores consistem em medidas-síntese, que abarcam informações primordiais sobre determinados atributos e dimensões de saúde, bem como do desempenho do sistema de

saúde. Vistos em grupos, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para avaliar as condições de saúde.

Nesta lógica, a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008), enumerou e descreveu atributos essenciais para construção de indicadores, conforme listados no Quadro 6.

Segundo Carvalho *et al.* (2017) para se estabelecer uma cultura de segurança em uma organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente e entender os indicadores referentes à segurança do paciente daquela população. Neste sentido, os indicadores de saúde permitem identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança.

Quadro 6 - Atributos para construção de indicadores

Formulação	Avaliar frequência de casos, tamanho da população em risco
Precisão dos sistemas de informação utilizados	Avaliar registros, forma de coleta e transmissão dos dados
Validade	Avaliar capacidade de medir o que se pretende.
Confiabilidade	Avaliar e reproduzir se os mesmos resultados são alcançados quando utilizado em condições similares.
Sensibilidade	Avaliar capacidade de detectar o fenômeno analisado.
Especificidade	Avaliar a capacidade do indicador de detectar somente o fenômeno analisado.
Mensurabilidade	Avaliar a disponibilidade e facilidade de busca pelos dados.
Custo-efetividade	Avaliar se os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.
Relevância	Avaliar se o indicador responde a prioridades de saúde.
Facilidade	Avaliar a capacidade de compreensão, análise e interpretação pelos usuários da informação.

Fonte: Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008) (Adaptado pela autora)

Esta abordagem permite o acesso às informações relatadas pelos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, possibilitando identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e adotar intervenções.

Para tanto, estudar incidentes e eventos adversos na saúde mental traz a possibilidade de conhecer os fatores intervenientes no processo de trabalho que impactam na segurança dos pacientes e na qualidade da assistência prestada, assim como na proposição de barreiras para evitá-los (VANTIL, 2017).

Nesta perspectiva, os indicadores propostos no presente estudo serão quantitativos simples, apontados a partir da prevalência dos incidentes e eventos adversos assistenciais dos últimos quatro anos da instituição pesquisada.

Mendes *et al.* (2013) salientam a importância dos gestores, profissionais de saúde e pesquisadores conhecerem as características dos EAs evitáveis, sendo que estes podem ser mitigados pela adoção de intervenções que minimizem o risco. E, ainda, que metodologias simples podem ser elaboradas e testadas, na busca por monitorar e evitar os incidentes, como a proposição e o acompanhamento de indicadores.

Neste sentido, o estabelecimento de indicadores de desempenho pode ser medida importante para avaliação da qualidade da assistência prestada, cujo acompanhamento, de modo sistemático, permite identificar e analisar problemas na assistência hospitalar. Tais indicadores podem medir tanto os processos do cuidado ao paciente quanto seus resultados (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999) sendo que os últimos dizem respeito às mudanças, favoráveis ou desfavoráveis, ocorridas no estado de saúde do paciente, decorrentes do processo de cuidado (DONABEDIAN, 2000).

2.6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS E CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, que não possui momento certo para acontecer, nem um profissional específico para realizar, pois entende-se que acolher faz parte dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, acolher consiste num compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2012a).

Neste processo, entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos procedimentos de trabalho de acolhimento ressalta a estratégia de Classificação de Risco. Esta tem se mostrado um dispositivo potente com resultados de maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, o

fortalecimento das Redes de Atenção à saúde e a valorização do trabalho em saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA, 2013)

O Conselho Federal de Enfermagem, em 2012, por meio da Resolução 423, define a Classificação de Risco como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento, de acordo com o potencial de risco. Por outro lado, compreende a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução.

O Ministério da Saúde recomenda a utilização de instrumento para Classificação de Risco, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, que pressupõe o grau de necessidade do usuário e proporciona atenção centrada no nível de complexidade necessária para o seu caso (BRASIL, 2011).

O Ministério da saúde (2013) define protocolo como documento que estabelece critério para diagnóstico de doença ou do agravo à saúde, tratamento preconizado, medicamentos e demais produtos apropriados. Na estruturação de um protocolo, alguns aspectos devem ser observados, tais como: finalidade, público-alvo, eficiência, efetividade, evidências científicas e princípios éticos e legais que o norteiam.

Pimenta (2015) caracteriza protocolo como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.

Nesta ótica, o uso de protocolos apresenta várias vantagens: promove maior segurança aos usuários e profissionais, estabelece limites de ação e cooperação entre os envolvidos e reduz a variabilidade do cuidado, além de nortear o profissional para a tomada de decisão em relação às condutas e incorporar novas tecnologias, bem como respaldar legalmente as ações e oferecer maior transparência e controle dos custos, dentre outras (PIMENTA, 2015).

Assim, o processo para construção de um protocolo deve ser planejado e ordenado conforme a realidade local. É necessário que o protocolo tenha linguagem e leitura

acessível, sequência e escala lógica, com conteúdo baseado em evidências científicas e com validação pelos profissionais que utilizarão o instrumento (CORENSP, 2012).

Para Werneck (2009) os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços, quando categorizados segundo a sua origem. Neste estudo, serão elaborados protocolos de organização dos serviços:

Instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos nas propostas dos serviços, local e em rede, nos processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais, quando for o caso. (WERNEK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 13).

Dentre os protocolos existentes, o Protocolo de Triagem de Manchester tem sido adotado nos serviços de urgência e emergência para direcionar a classificação de prioridades no atendimento. Este instrumento classifica o paciente em cinco níveis de prioridade e habitualmente são utilizadas pulseiras com cores, para identificação da classificação de risco: nível 1 (emergente, deve receber atendimento médico imediato, cor vermelho), nível 2 (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos, cor laranja), nível 3 (urgente, avaliação médica em até 60 minutos, cor amarelo), nível 4 (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos, cor azul), nível 5 (não urgente e pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico, cor verde) (CHAVES *et al.*, 2015).

Na segurança do paciente, protocolos de classificação de risco como rotina direcionam riscos clínicos, tais como queda, lesão por pressão e risco de aspiração, dentre outros. Não há uma padronização de protocolos, e, usualmente, são utilizados quadros beira leito ou pulseiras coloridas para demonstrar a aplicação do protocolo (CARVALHO, 2012).

A classificação de riscos na segurança do paciente possui o intuito de fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho o que contribui, diretamente, para a efetivação das diretrizes da segurança do paciente (VANTIL, 2017).

Nesta perspectiva, o protocolo para classificação de riscos proposto neste estudo será voltado à segurança do paciente, conforme os indicadores aqui sugeridos. Assim, após proposição a partir do grupo operativo será elaborado um protocolo para classificação de riscos à segurança do paciente para o hospital psiquiátrico.

A implantação sistemática de classificação de riscos possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional de maneira a ressignificar os modos de fazer e construir novos modelos. E, ainda, avança em ações seguras e compartilhadas, amplia a resolutividade ao incorporar critérios que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e da família e a priorização da atenção em tempo oportuno, diminuindo o número de eventos adversos, óbitos evitáveis, sequelas e internações prolongadas (SILVA, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor protocolo para classificação de riscos para segurança do paciente de um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar pacientes atendidos nesse hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, que sofreram algum incidente ou evento assistencial adverso durante o período de internação;
2. identificar os incidentes e eventos adversos assistenciais nesse hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte;
3. identificar os indicadores de segurança do paciente, a partir da incidência e da prevalência dos incidentes e eventos assistenciais;
4. construir protocolo para classificação de riscos para segurança do paciente de um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza quanti-qualitativa e exploratória.

A pesquisa-ação consiste num processo no qual a investigação e a ação ocorrem simultaneamente e tem por objetivo a transformação de uma realidade para a solução do problema investigado (THIOLLENT, 2009).

Morin (2004) ressalta que a pesquisa-ação possui, como atributo, o envolvimento do pesquisador com os participantes e com a investigação, o que possibilita uma produção coletiva de conhecimento. Assim, torna-se possível que os membros de uma organização participem do planejamento e da mudança da realidade em que estão inseridos.

Para a condução da pesquisa optou-se pela triangulação de métodos qualitativos-quantitativos por entender-se que incorporar dados estatísticos com informações expressas pelos participantes favoreceria a construção de um desenho de pesquisa mais robusto (Paranhos, 2016).

Segundo Minayo (2010), deve-se optar pela triangulação de métodos quando cada metodologia, por si só, não possui elementos suficientes para responder à pergunta de pesquisa proposta. Neste sentido, a triangulação contribui para entender o objeto de pesquisa por diversos ângulos permitindo, assim, aprofundar uma discussão interdisciplinar de forma interativa e subjetiva.

As abordagens, qualitativas e quantitativas, possuem potencialidades e limitações. Neste sentido, pesquisas de métodos mistos permitem maior interação, de forma que cada abordagem tenha sua contribuição específica (PARANHOS *et al.*, 2016)

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital psiquiátrico, localizado na região central do município de Belo Horizonte.

A instituição hospitalar foi inaugurada em 07 de setembro de 1922. Inicialmente vinculada à Secretaria do Interior tornou-se, no entanto, referência para tratamento e pesquisas na área de saúde mental a partir de 1927.

Na década de 1960 foi implantado, na instituição, o primeiro ambulatório público do Estado, destinado a pacientes pós-alta hospitalar. Em 1977, o Hospital foi incorporado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e absorveu inovações da terapêutica psicanalítica, principalmente após a transferência da residência em psiquiatria para o hospital. Em 1984, nas dependências do hospital, inaugurou-se o primeiro hospital-dia da rede pública de Belo Horizonte e, em 2005, o mesmo foi certificado como hospital de ensino (FHEMIG, 2019).

A partir da certificação, o hospital desenvolve atividades de ensino e pesquisa na assistência aos pacientes em sofrimento mental, em regime de urgência e emergência, ambulatorial e de internação de curta permanência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, o hospital constitui referência para todos os municípios do estado de Minas Gerais para internação psiquiátrica hospitalar (FHEMIG, 2019). A instituição possui 104 leitos de internação em funcionamento, divididos em seis unidades assistenciais, de atendimento exclusivo em psiquiatria, tendo como tempo médio de internação 14,8 dias (em 2019), e média de ocupação no mesmo ano de 90% dos leitos.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Etapa quantitativa

Nesta etapa do estudo, foram avaliados todos os prontuários de pacientes internados, no período de 2016 a 2019, que sofreram algum tipo de incidente ou evento adverso assistencial.

Destaca-se que a escolha do período de investigação deu-se à implantação do núcleo de segurança do paciente no hospital, no ano de 2016.

Etapa qualitativa

Nesta etapa da pesquisa foram convidados a participar todos os servidores com função de técnico de referência no hospital.

No período em que o estudo foi realizado a instituição possuía 18 servidores nesta função, divididos entre seis médicos, três enfermeiros, dois psicólogos, quatro terapeutas ocupacionais e três assistentes sociais.

Segundo Onocko Campos *et al.* (2009), a função de técnico de referência na saúde mental surge com a Reforma Psiquiátrica a partir da necessidade de se repensar a assistência prestada na clínica.

No campo da saúde mental, as práticas do técnico de referência são direcionadas ao regulamento e gerenciamento de um conjunto de recursos terapêuticos. Consiste, desta maneira, numa estratégia de gerenciamento para reorganizar o serviço em equipe, que

faz com que o profissional se implique mais no projeto e, conseqüentemente, eleve a responsabilidade na organização do trabalho (SILVA, 2007).

Por fim, estudos revelam que esse dispositivo trouxe novas responsabilizações, bem como novas reconfigurações das relações técnico de referência-usuário-equipe-família-sociedade, no campo da saúde mental (FURTADO; MIRANDA, 2006).

Adotou-se, como critério de inclusão nesta etapa, que os servidores deveriam exercer a função de técnico de referência na instituição há pelo menos seis meses, sendo excluídos do estudo aqueles que se encontravam em período de férias ou afastamento e que não puderem estar presentes nos momentos em que foi realizada a coleta de dados.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, oito profissionais foram selecionados para participar do estudo, estando presentes nos dois encontros de grupo focal.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Etapa quantitativa

A coleta de dados da etapa quantitativa deu-se por meio de busca ativa dos incidentes ou eventos adversos nos 4580 prontuários físicos e eletrônicos dos pacientes atendidos no período de 2016 a 2019. Além dos prontuários recorreu-se aos relatórios médicos e de enfermagem, a impressos de notificação de eventos adversos e a relatórios do Núcleo de Segurança do Paciente, objetivando exatidão das informações.

Nesta etapa foi utilizado um instrumento, elaborado previamente pela mestranda, que incluía variáveis de caracterização sociodemográfica, como sexo, idade e diagnóstico de saúde mental, conforme DSM5 e unidade de internação. Além destas, coletou-se também informações acerca do evento adverso ou incidente: tipo, descrição, notificação e gravidade do evento (APÊNDICE A).

O levantamento de dados dos anos propostos para análise foi realizado pela mestranda e uma acadêmica de enfermagem, previamente treinada, no período de julho a novembro de 2020.

No diagnóstico de saúde mental utilizou-se a taxonomia do Manual de Diagnóstico Estatístico de transtornos Mentais (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders version 5 - DSM5), publicado pela Associação Norte Americana de Psiquiatria, com intuito de agrupar patologias psiquiátricas.

O DSM5 foi adotado como parâmetro para o agrupamento das nosologias, a partir da prevalência das doenças psiquiátricas, sendo elas: Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, Transtorno Bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos, transtornos de personalidade e outros transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Etapa qualitativa

Após a identificação dos incidentes e eventos adversos na etapa quantitativa, foram realizados dois grupos operativos, na perspectiva de grupo focal, com o intuito de formular o protocolo para classificação de riscos para a segurança do paciente da instituição.

No primeiro grupo, buscou-se identificar os indicadores de segurança do paciente, a partir da incidência e da prevalência dos incidentes e eventos assistenciais da instituição. Além disso, foram estabelecidos os parâmetros baseados nos objetivos e metas a serem atingidas com o protocolo.

Com o segundo grupo trabalhou-se as demais etapas para elaboração do protocolo de classificação de riscos para segurança do paciente, apresentadas a seguir.

Destaca-se que ambos os grupos foram realizados em conformidade com a conveniência da rotina institucional, em dias e horários estabelecidos previamente pela gestão local.

Para realização de grupo focal utilizou-se como referência Guba e Lincoln (1989). Para estes autores, o grupo focal consiste numa metodologia que envolve um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema.

O grupo é direcionado na construção de atividade coletiva, acerca de algum assunto ou para debater um conjunto particular de questões que estejam articulados à pesquisa (GUBA; LINCOLN, 1989).

Em complementação, Veiga e Godim (2001) referem que os grupos focais podem, ainda, ser usados como fonte principal ou suplementar de dados, tanto para subsidiar

programas de intervenção quanto para elaborar instrumentos de pesquisa experimental e quantitativa, assim como servir de fonte complementar de dados.

Gatti (2012) descreve que o número ideal de participantes para realização de um grupo focal deva ser aquele que permita a participação efetiva de todos e a discussão adequada dos temas, sendo composto por, no máximo, dez participantes.

A complexidade do tema ou o grau de polêmica em torno das questões que se apresentam no grupo focal constituem outros fatores que podem interferir na sua condução. Contudo, uma variação entre 90 (tempo mínimo) e 180 minutos (tempo máximo) será considerada para um bom emprego da técnica. Neste estudo os encontros de grupos tiveram duração de 98 minutos e 109 minutos, respectivamente.

Além de se considerar a complexidade do tema abordado, o método de saturação consistiu no critério adotado na pesquisa qualitativa. Assim sendo, quando as discussões não apresentam novidades que agreguem ao assunto e os depoimentos tornam-se recorrentes e previsíveis, acredita-se que a estrutura de significados já tenha sido apreendida (VEIGA; GONDIM, 2001).

Para Fontanelle (2008), a função primordial em um grupo focal é a do moderador. Este seria peça importante para estabelecer relação com os integrantes, manter a discussão entusiasmada e motivar os participantes a trazerem à tona suas opiniões mais comedidas. Além disto, o moderador pode desempenhar um papel importante na análise e interpretação dos dados. Portanto, deve possuir habilidade, experiência e conhecimento do tópico em discussão e deve entender a natureza da dinâmica do grupo. Neste estudo, a função de moderador foi desempenhada pela mestrandia.

Os grupos foram realizados em um espaço reservado, em local neutro e de fácil acesso aos participantes, na própria instituição. Todos os participantes da pesquisa participaram de ambos os grupos. As discussões do grupo foram registradas utilizando dois gravadores mp3 com microfones acoplados. Estas discussões foram conduzidas pela moderadora e uma acadêmica de enfermagem, responsável por manter o ambiente organizado e acolhedor, assegurando que as informações fossem gravadas corretamente.

No primeiro grupo focal, realizado no dia 06 de janeiro de 2021 foi apresentado, aos participantes, o levantamento dos incidentes e de eventos adversos, identificados na

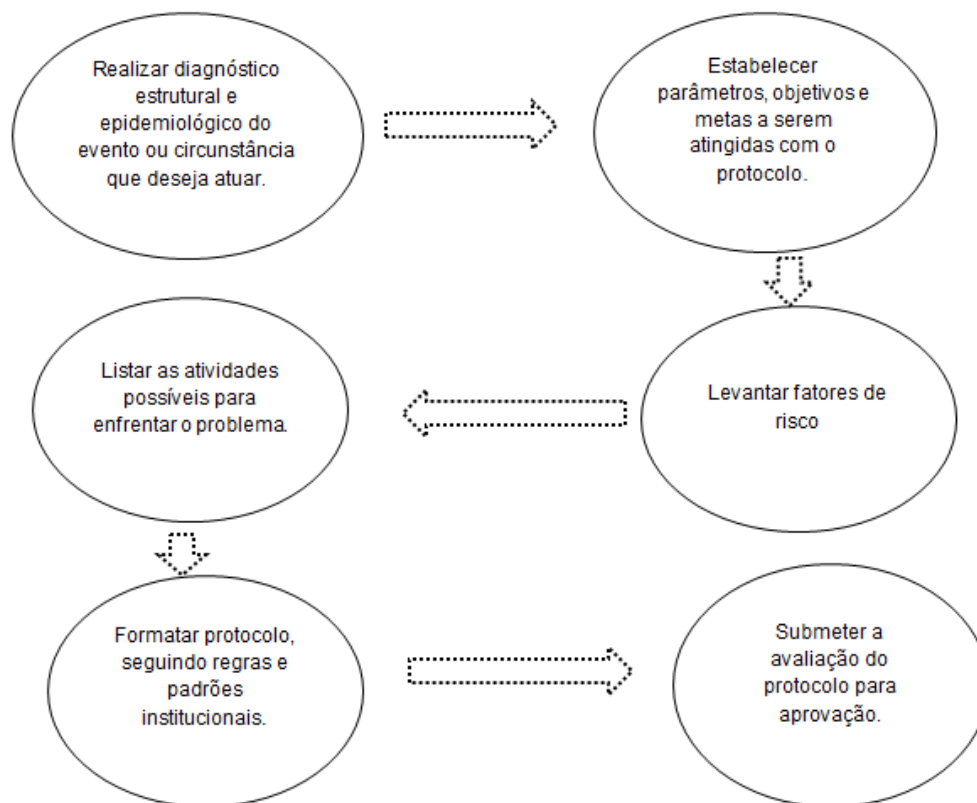
etapa quantitativa. Em seguida, para nortear as discussões que propuseram os indicadores de segurança do paciente, foi utilizado um roteiro com questões abertas (APÊNDICE B). Neste roteiro as perguntas relacionavam-se a gerenciamento de riscos, segurança do paciente na instituição e concepções de classificação de riscos na psiquiatria. Salienta-se que outras questões foram elaboradas a partir dos desdobramentos da discussão.

Ainda no primeiro grupo focal foi realizado, também, o levantamento dos parâmetros para execução dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) institucional: introdução, abrangência, material e tarefas, além de registros, indicadores, siglas e referências. A construção do POP institucional expressou as etapas de Wernek adaptadas aos parâmetros institucionais. Nesse sentido, trata-se de um único documento tendo Wernek; Faria; Campos (2009) como parâmetros, incluindo adaptação dos preceitos da instituição para construção do POP.

No segundo grupo focal, realizado no dia 13 de janeiro de 2021, foi elaborado e aprovado o protocolo para classificação de riscos. Para a construção do protocolo utilizou-se como referencial metodológico Wernek; Faria; Campos (2009), representado na Figura 3. Em complementação utilizou-se, também, o protocolo da instituição para a confecção do POP (APÊNDICE C).

Segundo Wernek; Faria; Campos (2009), para a elaboração de um protocolo é necessário desenvolver um trabalho em equipe, conhecer a população que será assistida e adequar-se à realidade do território, identificando as formas da organização da sociedade local e definindo prioridades e necessidades. Posteriormente, deve-se conhecer o perfil epidemiológico dos eventos e as situações que se almeja padronizar com o protocolo (Figura 3).

Figura 3- Etapas para elaboração de um Protocolo de organização dos serviços



Fonte: WERNEK; FARIA; CAMPOS, p65, 2009.(Adaptado pela autora)

A seguir, no Quadro 7, serão descritas as etapas da construção do protocolo baseado em Wernek; Faria; Campos (2009).

Quadro 7 - Descrição das etapas correspondentes para construção de um protocolo, conforme Werneck, Faria e Campos

Conforme Wernek	Etapa correspondente
Etapa 1 - Realizar diagnóstico estrutural epidemiológico do evento ou circunstância em que deseja atuar.	Levantamento de incidentes e eventos adversos pela mestranda para diagnóstico situacional (ETAPA QUANTITATIVA DESTE ESTUDO)
Etapa 2 - Estabelecer parâmetros, objetivos e metas a serem atingidas com o protocolo.	Apresentação, aos participantes, dos incidentes e eventos adversos para proposição de indicadores. Discussão acerca do protocolo de classificação de riscos (protocolo de Manchester) para embasamento da construção do protocolo institucional voltado à segurança do paciente, a partir dos indicadores estabelecidos no levantamento realizado.

	Apresentação do protocolo da instituição para a confecção de POP.
Etapa 3 - Levantar fatores que envolvem riscos para implantação do protocolo	Apresentação de dois conceitos para cada um dos indicadores estabelecidos, para a seleção daqueles que seriam anexados ao protocolo. Elaboração das demais etapas referentes ao protocolo da instituição.
Etapa 4 - Listar atividades possíveis para enfrentar o problema	Elaboração das ações complementares para a implantação do protocolo.
Etapa - 5 Formatar protocolo seguindo regras e padrões institucionais.	Formatação do protocolo seguindo regras e padrões institucionais.
Etapa 6 - Submeter à avaliação e aprovação do protocolo pelos envolvidos no processo.	Submissão, avaliação e aprovação do protocolo pelo grupo

Fonte: WERNEK; FARIA; CAMPOS,p.34 2009. (Adaptado pela autora)

Deste modo as etapas foram divididas, para fins didáticos, de forma cronológica, não seguindo, necessariamente, uma ordem rígida sendo, em alguns casos, desenvolvidas simultaneamente. A seguir serão descritas as fases e as atividades realizadas em cada uma delas:

Etapa 1- correspondeu ao levantamento quantitativo realizado na primeira etapa da pesquisa.

As etapas 2 e 3, apresentadas a seguir, foram desenvolvidas no primeiro grupo focal e as demais no segundo grupo.

Etapa 2- realizado o contato inicial com os participantes, apresentados os objetivos da pesquisa, esclarecidas dúvidas e questionamentos dos participantes. Assim, aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e preencheram um questionário de caracterização sociodemográfica (APÊNDICE E).

Para iniciar as atividades do grupo foram apresentados, aos oito participantes, os incidentes e eventos adversos enumerados na etapa quantitativa, assim como a

estratificação de todos os eventos com danos moderados, graves e óbito. Posteriormente, após discussões, foram definidos, em consenso, os indicadores de segurança do paciente.

Segundo Azzolin *et al.* (2012), a validação em consenso possibilita a obtenção do conhecimento coletivo, edificado por avaliações de especialistas acerca de determinado tema, como por exemplo, a melhor prática assistencial.

Ainda no primeiro grupo focal foi apresentado o protocolo de Manchester. O Protocolo de Triagem de Manchester tem sido utilizado nos serviços de urgência e emergência para direcionar a classificação de prioridades no atendimento, permitindo a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (CHAVES, 2015).

A escolha do protocolo de Manchester para este estudo, deveu-se ao mesmo constituir um protocolo de classificação de riscos mundialmente aceito, que utiliza conceitos de acolhimento e prioridade de atendimentos, mesmo não sendo um documento que abarca a realidade da clínica psiquiátrica. A apresentação do instrumento para classificação de risco teve, como intuito, apenas nortear as ações de construção do protocolo proposto neste estudo já que o protocolo sugerido neste estudo não envolveu escala de prioridades, como proposto em Manchester. A Figura 4 faz referência ao tempo médio de atendimento pelo protocolo de Manchester

Figura 4 – Classificação de Risco de Manchester e o tempo médio para atendimento



Fonte: EBSEH, p16, 2016.

Após a apresentação do protocolo de Manchester foi realizada uma dinâmica entre os participantes: divididos em duplas, receberam papel cartão e caneta, no qual fizeram uma avaliação deste protocolo.

Ainda nesta etapa foi apresentado aos participantes o protocolo da instituição (APÊNDICE C) para elaboração do POP. Cada dupla, cuja constituição foi aleatória em todas as etapas, responsabilizou-se pela construção de uma etapa do POP.

Neste estudo, a elaboração do POP constitui-se na adaptação das etapas propostas por Wernek, Faria e Campos (2009) para construção de um protocolo conforme parâmetros estabelecido institucionalmente.

Posteriormente, cada dupla apresentou ao grupo suas considerações e, em consenso, foram definidas as ações institucionais padrão para construção do POP:

1. atividade do protocolo;
2. objetivo;
3. responsável pela aplicação do protocolo;
4. abrangência e periodicidade.

Etapa 3: nesta etapa, a partir dos indicadores escolhidos para compor o protocolo, foram apresentados, aos participantes, dois conceitos para cada um deles. Em consenso, o grupo escolheu aqueles conceitos que seriam utilizados no protocolo de classificação da segurança do paciente da instituição.

A seguir serão apresentados os conceitos dos indicadores escolhidos que foram apresentados ao grupo:

1. queda - conceito A: deslocamento não intencional do indivíduo há um nível inferior à posição iniciante, provocado por causas multifatoriais, podendo resultar ou não em dano (WHO, 2009);
2. queda - conceito B: considera-se queda quando o paciente é encontrado no solo ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, mesmo que não chegue ao chão. A queda pode acontecer da própria altura, cama ou macas e inclui assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, inclusive vaso sanitário) (ANVISA, 2014);
3. heteroagressividade - conceito A: o comportamento agressivo apresenta múltiplas configurações. Pode ser expresso ou manifestado pelas vias motoras, por meio de movimentos de ataque, brigas ou fuga, emocional, como experiência de raiva e ódio, somática, e cognitiva, compreendendo planos de ação que envolvem a manipulação do meio, além de verbal, com a utilização do sentido das palavras para expressar controle em relação aos outros (TOWNSEND, 2011);
4. heteroagressividade - conceito B: comportamento agitado agudo ou evidentemente agressivo com atividade motora e ou verbal excessiva, dirigida a terceiros (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008);
5. evasão - conceito A: saída do paciente sem autorização médica e sem comunicação ao setor em que estava internado (ANVISA, 2013c);
6. evasão - conceito B: saída voluntária do cliente do hospital sem autorização médica e sem comunicação à unidade em que estava internado (EBSERH, 2016);
7. intercurso sexual - conceito A: contato sexual com aproximação íntima de órgãos sexuais entre pessoas, com ou sem penetração. Exemplos: pênis-vulva, pênis-boca, pênis- ânus, pênis-pênis, vulva-boca, vulva-vulva, dentre outras possibilidades (ALMEIDA, 2010);

8. intercurso Sexual - conceito B: contato entre órgãos sexuais com ou sem penetração. Pode envolver outras partes do corpo, sexo anal (anus-pênis) e sexo oral (pênis/vagina-boca), dentre outras possibilidades (OMS, 2007);
9. tentativa de Autoextermínio/Suicídio - conceito A: consumado, constitui ato intencional de autoagressão que resulta em morte. Tentativa: ato de autoagressão cuja ação não resulta em morte, podendo ou não causar lesão (CORREA; PEREZ, 2006).
10. Tentativa de Autoextermínio/Suicídio - conceito B: manifestações associadas ao comportamento autolesivo de pensamentos e atos que englobam tentativa ou suicídio completo, atos preparatórios para o comportamento suicida, ideação suicida e comportamento autoagressivo, além de automutilação não intencional e automutilação com intenção suicida desconhecida (QUENTAL, 2009).

Após a escolha dos conceitos, o grupo deliberou selecionar as cores que seriam utilizadas para representar os indicadores de risco no protocolo. Não foi apresentada nenhuma cor específica ao grupo e a escolha deu-se por consenso da maioria dos participantes.

Em seguida foi definida, ainda, a sequência das tarefas a serem realizadas no protocolo, conforme as etapas do Procedimento Operacional Padrão da Instituição (APÊNDICE C). Para a definição desta sequência os participantes foram divididos em duplas e entregue papel, caneta e uma cópia do protocolo institucional para confecção de um Procedimento Operacional Padrão. Assim, cada dupla foi responsável pela construção de uma ou de duas etapas. A divisão das etapas entre as duplas deu-se de forma aleatória.

Após a deliberação, cada dupla apresentou ao grupo suas considerações e, em consenso, foram definidas a ordem das etapas do protocolo.

As etapas apresentadas a seguir foram realizadas no segundo grupo focal.

Etapa 4: nesta etapa, foram apresentadas aos participantes as ações complementares necessárias para a implantação do protocolo, correspondentes à etapa 4 do protocolo de Wernek; Faria; Campos, (2009) para execução do protocolo. Essas ações complementares foram elaboradas previamente pela mestrande e pela moderadora do

grupo. Em consenso o grupo definiu quem seriam os responsáveis pelos itens de implantação do protocolo, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 - Ações para a implantação do protocolo de classificação de risco do paciente psiquiátrico na perspectiva da segurança do paciente

Ação	Responsável
Produção de material de apoio (compra de caixa plástica, confecção de sinalizadores circulares com as cores definidas)	
Treinamento da equipe assistencial quanto ao protocolo construído	
Participação de colegiado assistencial e apresentação de indicador	

Fonte: Elaborado pela autora

Etapas 5 e 6: estas etapas, correspondentes à formatação e aprovação do protocolo, aconteceram de forma concomitante.

A formatação do protocolo seguiu os padrões institucionais apresentados no protocolo para a confecção de um POP institucional (APÊNDICE C) e foi executada pela mestranda.

Após a confecção, o protocolo foi apresentado ao grupo para avaliação e aprovação do em sua versão final (APÊNDICE F).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Estudo quantitativo

Os dados coletados foram compilados em planilhas e agrupados de forma cronológica. A análise estatística do tipo descritiva, com cálculo de médias, desvios-padrão e porcentagens, foi realizada no Programa estatístico SPSS/PC (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0.

Estudo qualitativo

Para a análise qualitativa utilizou-se a Análise de Conteúdo, de Bardin, seguindo os critérios de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Segundo Marconi; Lakatos (2003), análise é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores. Estas relações podem ser estabelecidas em função de suas propriedades relacionais de causa-efeito, produtor-produto, de correlações, além da análise de conteúdo.

A pré-análise correspondeu à leitura flutuante do material coletado que, para Bardin (2009), permite o contato do pesquisador com os documentos, impregnando-se do conteúdo e tornando-os mais precisos. Nesta etapa, a pesquisadora realizou, na íntegra, a transcrição dos grupos focais. Posteriormente, realizou-se a codificação para garantir o anonimato dos participantes do estudo. Para tanto, empregou-se a letra P, do alfabeto arábico, seguida de algarismos de um a oito. Assim sendo, nos resultados as proposições dos participantes foram identificadas de P1, P2, sucessivamente, até P8.

Para exploração do material foi realizada a categorização dos dados e o tratamento dos resultados obtidos. Nesta etapa também foram realizadas inferências e interpretações dos dados.

Para codificação dos grupos focais foi utilizada a estrutura de códigos proposta por Donabedian (2003): estrutura e processo, compreendida como o estabelecimento de parâmetros, objetivos e metas para implantação do protocolo, e resultados, compreendida como submissão, avaliação e aprovação do protocolo. A análise dos dados consistiu em uma leitura organizada, sendo enfatizados todos os fragmentos das transcrições que mantinham relação com os códigos estabelecidos.

Por fim, os resultados das codificações foram reavaliados, no intuito de verificar a homogeneidade da temática que gerou cada código. A confiabilidade da pesquisa foi estabelecida pela descrição minuciosa do estudo, desde a coleta dos dados com o grupo operativo ao processo de análise dos dados.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, como Emenda do Projeto matriz intitulado Instrumento para Classificação de Riscos à Segurança do Paciente em Hospital Psiquiátrico Público de Belo Horizonte, aprovado sob o Parecer 4.204.449, de 23 de junho de 2020.

O estudo seguiu as determinações expressas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), que trata de pesquisas com seres humanos e, também, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG.

Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), informando acerca da pesquisa e assegurando sua autonomia em participar ou não do estudo, preservação de identidade, riscos e benefícios, estando os seus direitos assegurados pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o TCLE.

Ainda, foi utilizado Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE G), documento de compromisso firmado pelos pesquisadores quando não é possível obter o TCLE de todos os participantes da pesquisa. No caso deste estudo, este termo aplica-se à coleta de dados secundários em prontuários de pacientes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para sistematizar a apresentação e a discussão dos resultados optou-se, inicialmente, pela descrição das categorias derivadas da análise quantitativa: caracterização da população e eventos adversos, caracterização dos eventos adversos.

Posteriormente seguiu-se pelas categorias derivadas da análise dos dados qualitativos: parâmetros, objetivos e metas a serem atingidas com o protocolo, fatores de risco avaliados para implantação do protocolo, atividades possíveis para enfrentar dificuldades da implantação do protocolo e formatação do protocolo conforme padrão institucional, bem como submissão, avaliação e aprovação.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E EVENTOS ADVERSOS

Na população avaliada nesta etapa do estudo, observou-se que 57,7%, dos pacientes que sofreram incidentes eventos adversos eram do sexo masculino. Quando realizada essa análise por unidade de internação, a predominância do sexo masculino permanece: 52,6% nas unidades mistas.

Tais resultados assemelham-se às pesquisas que abordam eventos adversos, nas quais também foi observado predomínio em indivíduos do sexo masculino (OLIVEIRA, 2012).

Neste estudo, o grupo etário que mais sofreu eventos adversos foi 20 a 29 anos (Tabela 1), sendo semelhante ao encontrado no estudo de Oliveira (2012). Entretanto, contrariou este autor que apontou que indivíduos com idade superior a 60 anos são mais propensos a sofrerem eventos adversos (TOFOLLETO, 2013). O referido autor associa a maior incidência de eventos nesta faixa etária à idade média da primeira crise psíquica, em torno de 25 anos. O aparecimento dos sintomas provoca grande repercussão social, familiar e financeira, o que pode acarretar internações hospitalares e demandar maior apoio da RAPS.

Neste sentido, Nascimento (2014) complementa que o diagnóstico do primeiro surto maníaco está em torno dos 18 anos de idade, enquanto as manifestações correspondentes ao agravamento dos sintomas acontecem por volta dos 25 anos.

Ao analisar a prevalência de internações entre pessoas com 50 anos ou mais (Tabela 1) verificou-se que esse grupo etário foi responsável por 11,4% dos eventos. No período de 2016 para 2019, houve um aumento de internação dessa população de 23%.

Conforme Bokany (2015), vários elementos interagem e culminam no aumento das internações de idosos tais como vulnerabilidade, violência doméstica, senilidade e solidão, além de distúrbios na autoimagem, perda do papel social do idoso e uso de substâncias psicoativas (SPA), bem depressão e/ou outros transtornos mentais.

Tabela 1 - Grupo etário e eventos adversos em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019

		Idade	Frequência	Porcentagem válida
Válido	18 a 19		141	6,7
	20 a 29		949	44,8
	30 a 39		562	26,5
	40 a 49		224	10,6
	50+		242	11,4
	Total		2118	100,0
Ausente	Sistema		02	
Total			2120	

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação aos incidentes e eventos adversos verificou-se, neste estudo, um crescimento no número de eventos no decorrer dos anos analisados, totalizando 2.120 ocorrências, entre os anos de 2016 a 2019, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Eventos adversos em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte, no período de 2016 a 2019

		Ano	Frequência	Porcentagem válida
Válido	2016		139	6,6
	2017		202	9,5
	2018		913	43,1
	2019		866	40,8
	Total		2120	100,0
Total			2120	

Fonte: Elaborado pela autora

Desde a implantação do sistema de notificação de eventos da Vigilância Sanitária, (NOTIVISA), no Brasil em 2014, é crescente o número de notificações. No ano de 2016, foram notificados ao NOTIVISA 53.997 incidentes relacionados à assistência à saúde. Os tipos de eventos mais notificados referem-se a falhas durante a assistência à saúde, (14.068), incidentes de lesões por pressão (10.210) e quedas (5.892). Foram classificados como Outros um total de 15.144. A maioria dos incidentes ocorreu nas instituições hospitalares (ANVISA, 2017).

Para Capucho (2013), o amadurecimento da cultura institucional de segurança do paciente oportuniza um ambiente propício para as notificações. Ademais, o autor ressalta que a legislação recente de segurança do paciente no Brasil e, conseqüentemente, a implantação dos núcleos de segurança locais, corroboram essa tendência ascendente. Esta pesquisa reforça tais considerações, haja vista que a implantação do núcleo de segurança do paciente no local de estudo ocorreu em 2016.

Na Tabela 3 está apresentada a distribuição detalhada dos diagnósticos psiquiátricos, conforme a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da instituição. Na perspectiva de diagnóstico psiquiátrico, neste estudo, o espectro Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos apresentou porcentagem válida de 53,1%, seguido, respectivamente, por Transtorno relacionado a substâncias e transtornos aditivos (17,9%), Transtorno Bipolar e transtornos relacionados (15,2%), transtornos depressivos (5,4%) e transtornos de personalidade (5,3%).

Tabela 3 - Diagnósticos em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019

Diagnóstico conforme DSM5		Frequência	Porcentagem válida
Válido	Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	1125	53,1
	Transtorno Bipolar e transtornos relacionados	323	15,2
	Transtornos depressivos	115	5,4
	Transtornos relacionado a substâncias e transtornos aditivos	380	17,9
	Transtornos de personalidade	112	5,3
	Outros transtornos mentais	64	3,0
	Total	2119	100,0
Ausente no sistema		1	
Total		2120	

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com DSM-5, o espectro da esquizofrenia, que inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípico são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou

anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Ainda conforme DSM-5, a característica essencial de um transtorno por uso de SPA (Substancias Psico Ativas) consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso contínuo e abusivo (NASCIMENTO, 2014).

Neste panorama, o aumento no consumo de SPA revela-se um grande desafio para a saúde pública no mundo, pois impacta a vida pessoal, familiar e em vários indicadores epidemiológicos, econômicos e sociais.

Avalia-se que um bilhão de pessoas no mundo, com idade entre 15 e 64 anos, utilizaram SPA pelo menos uma vez em 2015. Dessas, 29,5 milhões desenvolveram transtornos mentais que resultaram em comprometimento de vida saudável (WORLD DRUG REPORT, 2017).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS

No presente estudo, a porcentagem dos eventos notificados correspondeu a 70,8%. Quando comparada a outros estudos, esta porcentagem encontra-se acima da média de notificação. Conforme a Anvisa (2014), as subnotificações chegam a 40% dos eventos.

Apesar dos esforços mundiais acerca da importância da notificação de eventos um relatório, publicado nos Estados Unidos, revelou que metade dos eventos adversos são subnotificados em virtude do desconhecimento sobre o que significa o dano ao paciente e da culpabilização do profissional envolvido no evento (LEVINSON, 2010).

Carneiro *et al.* (2011) destacam que identificar e notificar os EAs que ocorrem na instituição evidencia que os profissionais de saúde, além de fazê-lo, adotam medidas preventivas para a melhoria da prática em saúde.

Nesta perspectiva, a notificação não deve ser realizada somente para levantamento estatístico, mas considerada como oportunidade de melhoria, subsidiando o aprimoramento dos processos.

Assim, o ato de notificar os eventos deve ser estimulado nas instituições, uma vez que subsidia o planejamento de ações que minimizam as ocorrências e previnem que outros aconteçam. Por outro lado, tal ato também é norteador na definição de prioridades e no desenvolvimento de políticas e intervenções nos serviços voltados para a melhoria da qualidade na assistência à saúde (MENDES *et al.*, 2008).

Quanto à caracterização, os eventos foram classificados como adversos 66,6% do percentual válido, 24,1% de incidentes e 9,3% *near miss* (Tabela 4).

Tabela 4 - Identificação de incidentes, eventos adversos e *near miss* em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019

	Frequência	Porcentagem válida
Incidente	510	24,1
Evento adverso	1412	66,6
Near Miss	198	9,3
Total	2120	100,0
	2120	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nos países em desenvolvimento, há poucos dados sobre a frequência de incidentes e eventos adversos. No âmbito de países da América Latina, este problema foi evidenciado no Estudo Ibero-americano de Eventos Adversos, com a participação de 58 hospitais pertencentes a cinco países (Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru). De um total de 11.379 pacientes hospitalizados incluindo alas psiquiátricas, foi detectada a ocorrência de 10,5% de eventos adversos relacionados à assistência hospitalar, sendo que 28% foram classificados como eventos adversos e 46% como incidentes (ARANAZANDRÉS *et al.*, 2011).

Ao buscar identificar os tipos de eventos notificados, detectou-se prevalência de heteroagressividade (40,1%), evasão (15,4%), uso ou porte de cigarros e outras drogas (14,5%), autoagressividade (9,1%), queda (10,9%) e outros (6,1%), conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Tipo do evento adverso em hospital psiquiátrico público em Belo Horizonte de 2016 a 2019

	Tipo de evento	Frequência	Porcentagem válida
Válido	Autoagressividade	193	9,1
	Heteroagressividade	851	40,1
	Tentativa de autoextermínio	56	2,6
	Evasão	326	15,4
	Queda	231	10,9
	Erro em medicamentos	27	1,3
	Uso e porte de cigarro-SPA	307	14,5
	Outros	129	6,1
	Total	2120	100,0
Total		2120	

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando estratificado, o item Outros (6,1%) ou seja, incidentes que ainda não haviam sido descritos, aparecem sendo eventos relacionados a contenção física, medicamentos e erro de identificação do paciente, sedação excessiva e estratificação das tentativas de autoextermínio ou suicídio.

Estes resultados reforçam que seis objetivos internacionalmente traçados para reduzir eventos nos cuidados de saúde, assim como reduzir o risco de danos ao paciente, não dizem respeito aos problemas mais disformes no âmbito do setor da psiquiatria e saúde mental. Tais objetivos são voltados para identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação eficaz e a segurança dos medicamentos, assegurar sítio e garantir procedimentos e pacientes corretos nas cirurgias, além de reduzir o risco de infecções associadas e prevenir quedas (JCI, 2011), o que não abarca as peculiaridades da clínica.

Os eventos adversos prevalentes nas instituições hospitalares psiquiátricas ou serviços comunitários de saúde mental notificados à ANVISA, de setembro de 2019 a agosto de 2020 foram: queda, acidente de pacientes, falhas durante a assistência e evasão, além de falha na documentação e nas atividades administrativas e lesão por pressão (ANVISA, 2019). Tais dados condizem com os resultados deste estudo.

Sendo assim, fica evidente a importância de conhecer os eventos prevalentes na instituição, assim como propor ações de gerenciamento de risco específicas para essa população.

Acerca da caracterização dos eventos adversos é possível avaliá-los, detalhadamente, a partir da estratificação dos seus tipos. O evento heteroagressividade causada por brigas

apareceu com maior porcentagem válida (35,1%). Já o local com maior índice de evasão foi o pátio externo (8,3%) e a maior incidência de quedas estava associada àquela da própria altura (5,3%).

Para os serviços de saúde, é imprescindível ter acesso às informações sobre as principais vulnerabilidades do território, sendo essa a única maneira de traçar estratégias para saná-las. Neste sentido, alguns autores apresentam discordâncias metodológicas acerca de levantamentos dos eventos adversos. Acreditam, entretanto, no mérito de mapear os problemas onde são mais agudos (VANTIL, 2017).

Mendes (2009) realizou um estudo em três hospitais clínicos universitários do Rio de Janeiro, com mais de 27.000 pacientes, no qual obteve 7,6% na taxa de incidência de eventos adversos. Entre eles, 66% poderiam ter sido prevenidos.

Nesta perspectiva, elencar e descrever os eventos de uma determinada população possibilita criar barreiras para controlar, reduzir e mitigar ocorrências preveníveis.

Com relação à mensuração da gravidade dos eventos, a partir do profissional que realizou a notificação, observou-se que 67,4% dos mesmos foram classificados como eventos que não causaram danos (Tabela 6). Entretanto, este resultado não condiz com o percentual de eventos adversos notificados 66,6% (Tabela 4).

Tabela 6 - Avaliação de gravidade a partir das notificações de eventos em hospital psiquiátrico de 2016 a 2019

	Gravidade	Frequência	Porcentagem válida
Válido	Sem dano	1428	67,4
	Leve	683	32,2
	Moderado	7	0,3
	Óbito	2	0,1
	Total	2120	100,0
Total		2120	

Fonte: Elaborado pela autora.

Visto que eventos adversos são incidentes que causaram algum dano ao paciente, infere-se que tal disparidade possa estar relacionada com a avaliação de gravidade pelos profissionais que notificaram e pelo desconhecimento dos conceitos de evento adverso e incidente.

Com o intuito de averiguar a disparidade entre a gravidade com a notificação dos eventos, foi realizada uma sobreposição dos dados avaliados da pesquisa. Assim, a variável gravidade foi reavaliada por dois membros da comissão local de segurança do paciente e comparada com o resultado encontrado anteriormente. A Tabela 7 demonstra o comparativo entre as avaliações de gravidade do profissional de saúde e dos avaliadores do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Tabela 7- Comparação entre avaliações de profissionais sobre gravidade das notificações de eventos em hospital psiquiátrico de Belo Horizonte

Gravidade		Profissional Assistencial	Avaliador A	Avaliador B
Válido	Sem dano	67,4	31,8	32,1
	Leve	32,2	62,9	62,5
	Moderado	0,3	4,8	4,9
	Grave	0	0,4	0,4
	Óbito	0,1	0,1	0,1
	Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Para Kohn; Corrigan; Donaldson (2000), a busca pela responsabilização profissional nos eventos faz com que muitos profissionais tentem minimizar ou esconder o ocorrido, o que dificulta a análise dos erros latentes do sistema e contribui para a ocorrência de novos eventos adversos.

Nesta perspectiva, Armitage (2009) indica que a causa do erro, muitas vezes, é atribuída somente às ações individuais, mas onexo causal em ambientes complexos, como o cuidado em saúde, é predominantemente multifatorial. Para ele a atribuição de culpa, muitas vezes, é inapropriada e faz-se necessário construir estratégias para promover um ambiente favorável às notificações.

Mundialmente, a notificação voluntária segue sendo a mais utilizada devido ao seu menor custo e por ser mais simples. Entretanto, reestruturações devem ser realizadas sempre que forem constatadas inconsistências (CAPUCHO, 2012).

A principal estratégia para identificação dos incidentes e eventos pelo Núcleo de Segurança da instituição, onde este estudo foi realizado, consiste na notificação voluntária realizada por profissionais de saúde e, também, por pacientes. Nesta perspectiva, ao avaliar a discrepância do quesito gravidade entre os profissionais, caberá

ao NSP e à alta gestão hospitalar reavaliar a própria organização na instituição, assim como a cultura de segurança local vigente.

Wachter (2013) sugere que as notificações voluntárias constituam o alicerce para um programa de segurança do paciente, uma vez que dispõem de informações relevantes acerca da estrutura, processo e resultados em saúde. Assim, programar estratégias para melhorar a segurança do paciente consiste num passo importante para a mudança da cultura. Além disso, o serviço deve avaliá-las, oportunizando outras formas de exames, com diferentes avaliadores e viabilizando a realização de treinamentos com a equipe quanto às rotinas e aos procedimentos padronizados pelo hospital, na busca pela uniformidade das condutas.

Para Farah (2003), a educação em serviço representa um hábito inerente ao processo de trabalho, sendo composta por ações educativas, no local de trabalho, para que o profissional consiga relacionar o que está sendo transmitido à sua prática diária. Nesta lógica, a educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional e provê, aos serviços, profissionais mais capacitados para o trabalho.

Os dados relacionados neste estudo mostraram que dois eventos resultaram em óbito, sendo um por suicídio e outro por causa indeterminada, caracterizados como evento sentinela.

A partir disto foram propostas ações para prevenir eventos semelhantes, tais como avaliação clínica minuciosa na admissão de todos os pacientes, mudança na estrutura física institucional para acolhimento de indivíduos com risco de autoextermínio ou suicídio e admissão de acompanhante para pacientes com risco para tentativa de suicídio.

Quanto aos eventos caracterizados como graves, totalizando oito, infere-se que cinco foram relacionados à tentativa de evasão. Destes, quatro pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 32,4 anos e contavam com diagnóstico de esquizofrenia. Os meios adotados para evasão foram muros e janelas.

Outro evento grave relacionou-se com a tentativa de suicídio por enforcamento, enquanto ainda outro revelou-se como heteroagressividade, caracterizado por tentativa de enforcamento por terceiro. Por fim, um dos eventos foi classificado como outros,

tendo sido descrito como introdução de um lápis na região anal, com evolução para quadro infeccioso e necessidade de cirurgia reconstrutiva no reto.

Com relação aos eventos adversos caracterizados como moderados, 30% foram relacionados à queda, 28% a intercurso sexual, 18% à heteroagressividade e autoagressividade e 12% relacionados à tentativa de suicídio e outros.

Os danos dos eventos por queda foram variáveis, sendo que 68% geraram corte contuso na face - boca, testa e supercílio - com necessidade de sutura. Quanto aos eventos avaliados como intercurso sexual, 80% demandaram profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. Além disso, 75% foram caracterizados como evento consensual, 10% não foram avaliados em decorrência de alta hospitalar, 5% foram classificados como violência sexual e notificados ao sistema de notificação compulsória da prefeitura de Belo Horizonte.

Os eventos classificados como heteroagressividade e autoagressividade, em sua maioria, envolveram luta corporal entre dois ou mais pacientes, sem causa aparente (78%). Os eventos de autoagressividade relacionavam-se a socos e pontapés na estrutura predial do hospital (82%), apresentando corte contuso nas mãos, pés e face, luxação e ou fraturas com necessidade de intervenção médica.

Os eventos notificados como Outros caracterizaram-se por inúmeras situações, dentre elas ingestão de objetos, introdução de materiais em orifícios corporais e engasgos, todos com necessidade de intervenção clínica.

Conforme Porto *et al.* (2010), estudos realizados na Europa sobre cuidados hospitalares mostraram que eventos classificados como moderados e graves seriam evitáveis em 50% a 60% com a melhoria da assistência prestada. Além dos danos e prejuízos causados a esses pacientes e familiares, os EAs têm um grande impacto financeiro para os sistemas de saúde.

Investir em processos seguros na assistência ao paciente é considerada a melhor oportunidade financeira dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos. No mundo, os eventos hospitalares adversos constituem uma das causas cruciais da carência de recursos nos sistemas de saúde, sendo responsáveis por cerca de 30% dos gastos com saúde nos EUA e na Nova Zelândia, por exemplo (COUTO *et al.*, 2017).

Assim, após a avaliação e a caracterização dos eventos adversos no local de estudo, entende-se a peculiaridade da assistência prestada na clínica psiquiátrica e a importância da comissão local de segurança, a partir do reconhecimento do contexto institucional, da avaliação dos riscos existentes e das ações e condutas que são construídas para a minimização dos danos.

5.3 DADOS OBTIDOS NO GRUPO FOCAL

Em relação ao perfil dos oito participantes dos grupos operativos, identificou-se que 87,5% eram do sexo feminino, com média de idades de 39,2 anos. Quanto à categoria profissional, 48% eram enfermeiros, 24% médicos e 12,5% compreendiam psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. Quanto à formação acadêmica, 75% tinham especialização e ou residência em saúde mental ou psiquiatria e 25% apenas graduação. Já quanto ao tempo de serviço na instituição, 75% dos participantes possuem menos de cinco anos.

5.3.1 Diagnóstico estrutural epidemiológico do evento ou circunstância que deseja atuar
As ações para construção do protocolo para classificação de riscos para segurança dos pacientes psiquiátricos foram realizadas conforme proposta de Wernek; Faria; Campos (2009).

O diagnóstico estrutural epidemiológico do evento adverso ou incidente para construção do protocolo correspondeu à Etapa 1, sendo executada a partir da especificação dos dados quantitativos desta pesquisa.

5.3.2 Parâmetros, objetivos e metas a serem atingidas com o protocolo.

Nesta etapa, inicialmente, foi apresentado ao grupo operativo o levantamento referente à caracterização dos eventos adversos ou incidentes ocorridos no hospital, entre os anos de 2016 a 2019, a partir dos quais os participantes propuseram os indicadores para compor o protocolo de classificação de risco dos pacientes.

Para propor um protocolo de classificação de risco faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento prévio sobre a temática. Neste sentido, durante as discussões constatou-se que os participantes tinham conhecimento a respeito da segurança do paciente, conforme apresentado nos depoimentos:

É aquele evento que vai trazer um prejuízo para o paciente (P1).

É alguma situação que pode gerar um risco, um dano ao paciente (P2).
 É algo que acontece e que vai trazer algum dano ao paciente (P5).
 Importante reconhecermos os eventos e saber o que eles causam ao paciente (P3).

Fernandes; Tourinho; Souza (2014) esclarecem que a segurança do paciente objetiva a precoce identificação de riscos potenciais e, conseqüentemente, a diminuição ou eliminação dos efeitos adversos decorrentes do atendimento em saúde. Referem, ainda, a necessidade de inserção de estratégias para a mudança na cultura de detecção das falhas, a fim de que os profissionais possam intervir na prevenção de erros através de medidas que garantam a qualidade dos processos executados.

Em 2015, um estudo produzido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), apontou que os eventos adversos em pacientes hospitalizados constituem uma das principais causas de morte no Brasil. Estima-se que no país, entre 104.187 a 434.112 óbitos por ano podem estar associados a eventos adversos assistenciais hospitalares. Além das vidas perdidas, o estudo projetou que os eventos adversos consumiram de 5.19 bilhões a 15.57 bilhões de recursos financeiros destinados à saúde (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Os dados acima reafirmam a importância do reconhecimento precoce dos riscos potenciais aos pacientes, para que sejam implementadas estratégias para minimizar as possibilidades dos eventos adversos e as perdas financeiras de recursos destinados à saúde.

Quando questionados acerca dos tipos de eventos adversos mais prevalentes no hospital, os participantes salientaram a evasão, mas também foram citados o intercuro sexual, quedas e agressividade como pode ser observado:

O evento prevalente é intercuro sexual, há muita agressividade, mas sexo gera muito dano (P6).
 Queda com certeza (P8).
 Evasão é campeã (P4).
 Evasão e queda eu acredito que são os eventos mais comuns (P7).
 Além de evasão, acredito que agressividade esteja entre os eventos prevalentes (P3).
 Evasão não sei se é a mais prevalente, mas acontece demais (P1).

Os estudos conduzidos no Brasil ainda são pouco abrangentes na avaliação de eventos adversos na psiquiatria sendo utilizados, usualmente, critérios clínicos na segurança do paciente (VANTIL, 2017).

Em um estudo sueco desenvolvido em um hospital psiquiátrico, em 2020, foram identificados 720 EAs, correspondentes a 17,2% dos prontuários daquela instituição. A maioria dos EAs resultou em danos leves ou moderados e 46,2% foram considerados evitáveis. Além disso, danos autoprovocados constituíram o tipo mais comum de EA (NILSSON *et.al*, 2020). Este resultado opõe-se aos dados deste estudo, no qual a heteroagressividade apresentou-se como tipo de evento mais prevalente na instituição.

Após discussão acerca da prevalência e incidência dos eventos, estratificação dos eventos com danos moderado, grave e óbito, caracterização dos pacientes e dos eventos avaliados, os participantes expuseram algumas propostas de indicadores que deveriam estar presentes no protocolo de classificação de risco:

Os eventos prevalentes pra mim são os indicadores (P5).

A detecção dos eventos pra mim é o elemento mais importante (P6).

Evasão não podemos nos esquecer pois é muito frequente (P4).

O uso e porte de cigarro na instituição é um grande problema (P8).

Heteroagressividade e quedas são os mais prevalentes (P3).

A partir das proposições percebe-se que as sugestões de indicadores estavam diretamente relacionadas aos tipos de eventos adversos mais prevalentes na instituição.

Indicadores podem ser definidos como medidas sínteses que contêm informações relevantes sobre determinado atributo. Em conjunto, devem refletir uma situação ou condição sobre a qual deseja-se atuar (Rede Interagencial, 2008).

Nas instituições de saúde a queda está entre os principais eventos a serem prevenidos. No Brasil mostrou-se como o terceiro evento adverso mais notificado no Sistema de Notificação da ANVISA, em 2017 (PROQUALIS, 2017).

Nesta perspectiva, durante as discussões os participantes elucidaram acerca da estratificação dos eventos, em dano moderado, grave e óbito, como representado:

Devemos considerar não só a prevalência do evento, mas aqueles que causam mais danos. Por isso acho que intercurso sexual e tentativa de autoextermínio são indicadores (P6).

Como podemos observar tem eventos com pouca incidência, mas quando acontecem causam muitos danos (P7).

Queda, além de prevalente causa muitos danos (P8).

O uso e porte de drogas também poderia ser um indicador (P3).

Eu não concordo que uso e porte de drogas possa ser um indicador. Como podemos perceber o uso e ou porte de cigarro e outras drogas acarreta em heteroagressividade (P4).

Concordo plenamente uso e porte de drogas geram eventos de heteroagressivos.

Pra mim heteroagressividade e queda são prevalentes e causam danos, assim têm que ser indicadores (P2).

Pra mim são esses os indicadores heteroagressividade, queda, suicídio e intercurso sexual (P5).

Neste momento percebe-se que, além de associarem a escolha dos indicadores aos eventos mais prevalentes na instituição, os profissionais estavam considerando também, o grau do dano.

O grau do dano de um incidente ou EA sofrido relaciona-se ao grau de comprometimento do estado de saúde do paciente. Segundo WHO (2011), os graus podem ser classificados em nenhum, leve, moderado, grave e morte ou óbito. Nenhum corresponde a zero dano ao paciente e leve é aquele em que o paciente apresenta sintomas leves, mínimos ou intermediários de curta duração ou com uma intervenção mínima. Moderado corresponde ao dano que necessita de intervenção (por exemplo: procedimento ou terapêuticas adicionais), ou prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo. Graves são os danos que necessitam de alguma intervenção para salvar a vida, necessidade de intervenção médica ou cirúrgica, causando grandes danos permanentes ou a longo prazo. Por último, morte ou óbito significa o evento que tem como consequência o óbito do paciente.

Posteriormente às discussões apresentadas acima, em consenso, o grupo determinou que os indicadores que comporiam o protocolo de segurança do paciente seriam: queda, heteroagressividade, evasão, intercurso sexual e autoextermínio ou suicídio.

Dando sequência à construção do protocolo segundo Wernek; Faria; Campos, (2009), na segunda etapa, os participantes expuseram suas avaliações acerca do protocolo de Manchester para classificação de riscos, conforme apresentado abaixo:

O protocolo de Manchester é muito interessante, mas não abarca a peculiaridade da nossa clínica (P6).

Além de não abarcar a peculiaridade da clínica psiquiátrica seu uso é limitado (P7).

Ele dificilmente é um protocolo transponível para as demais clínicas (P8).

Acho um protocolo muito eficiente, mas muito limitado (P3).

Eu vejo muitas vantagens nesse protocolo, mas também desvantagens: como custo de equipamentos, treinamentos, traduções não tão assertivas (P4).

A partir da discussão dos profissionais é possível inferir que os mesmos tinham conhecimento prévio do protocolo de Manchester, assim como reconheciam suas limitações na aplicação à clínica da saúde mental e psiquiatria.

Diante da avaliação do protocolo de Manchester, os profissionais apresentaram algumas formas para implementar o protocolo de classificação de risco da instituição, como demonstrado:

Acreditamos que um quadro branco com identificação do paciente beira leito e a sinalização de riscos a ser definida pela equipe de enfermagem seria a melhor forma de classificar os riscos (P2, P4).

Um quadro beira leito com siglas sem cores seria a melhor alternativa. (P3, P6.)

Um quadro beira leito além de oferecer riscos ao paciente não é de fácil visualização pelos profissionais da assistência (P1, P5).

Um quadro no posto de Enfermagem parece interessante (P2, P4).

A melhor forma de classificar é com pulseiras de cores para cada paciente (P7, P8).

Pacientes não utilizam nem pulseira de identificação não irão utilizar pulseiras (P1, P5).

A partir do apresentado, percebe-se que os participantes tiveram opiniões similares, como o uso de um quadro para identificar os riscos. Por outro lado, também tiveram ideias, como a utilização de pulseiras coloridas, refutada pela maioria do grupo por não

concordarem que os pacientes manteriam a pulseira durante o período de tratamento na instituição.

Nesta lógica, Wachter (2013) refere que diversas ações devem ser empregadas pelas instituições de saúde para criar sistemas mais seguros destacando-se a simplificação, a padronização, a utilização de repetições, a melhoria da comunicação e o aprendizado a partir dos erros já cometidos no passado.

Ainda acerca da operacionalização do protocolo, os participantes manifestaram-se sobre de que maneira o protocolo deveria ser operacionalizado na instituição:

Classificação de risco para segurança do paciente como desejamos deve ser realizada pela equipe que assiste o paciente. Assim como, monitorar esses riscos (P3, P6).

A classificação de riscos deve ser um direcionador para equipe que assiste o paciente facilitando nas tomadas de decisão e servindo de instrumento para identificar os riscos do paciente (P2, P4).

A classificação poderia ser realizada no quadro do posto enfermagem no local onde já são identificados os pacientes com nome, número de prontuário (P3, P6).

O quadro no posto de enfermagem já é um local onde todos os profissionais observam, já que são anotados recados e observações sobre o paciente (P7, P8).

Diante do exposto, percebe-se que os participantes têm ideias parecidas acerca da classificação de riscos para a segurança do paciente, como no caso do quadro branco ser construído no posto de enfermagem.

A análise dos eventos adversos, além de uma ferramenta fundamental para apontar qualidade no cuidado prestado, consiste num importante indicador de resultados da assistência para organizações (JCI, 2011). Assim, a adoção de medidas preventivas e de barreiras voltadas para a redução, mitigação e prevenção de eventos é fundamental para melhoria da segurança do paciente (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016). Neste estudo, tal necessidade relaciona-se à implantação da ferramenta para classificar os riscos dos pacientes internados.

Assim, em consenso, a proposta final acordada pelos participantes constituiu-se em um quadro branco, com identificação de nome e prontuário dos pacientes e dos riscos prevalentes a eles associados. O quadro seria individual, para cada paciente, e colocado

no posto de enfermagem de forma permanente, sendo substituído a cada entrada e saída de pacientes.

A proposta deste estudo, de construir um protocolo para classificação de riscos voltada à segurança do paciente na psiquiatria, é inédita no Brasil. Alguns pesquisadores sobre tal temática na psiquiatria elaboraram protocolos que abordavam os eventos prevalentes.

Ressalta-se que o uso de ferramentas que envolvem os riscos para segurança do paciente no ambiente psiquiátrico, no Brasil, ainda é incipiente e baseado em poucos estudos científicos. Assim, desvelar os fenômenos acerca da segurança do paciente psiquiátrico é fundamental na construção de barreiras para evitá-los (TOLEDO et. al. 2019).

O estudo conduzido por Vantil (2017) apresentou sete protocolos de segurança do paciente em um hospital psiquiátrico na cidade de Vitória, no Espírito Santo, sendo eles: identificação correta do paciente, higienização de mãos, prevenção de violência e prescrição e administração segura de medicamentos, além de prevenção de evasão de pacientes de lesão por contenção e de quedas. No mesmo estudo, foram elaboradas tecnologias gerenciais para fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

Nesta direção, Toledo (2019) aborda o tema da segurança do paciente na psiquiatria a partir da percepção da enfermagem. Ressalta-se que o intuito da pesquisa não foi a produção de um protocolo, e sim de uma ferramenta para avaliação da segurança do paciente na assistência de enfermagem na psiquiatria.

Após definir a proposta para o protocolo, em consenso, os participantes determinaram os parâmetros, seguindo o POP institucional, sendo estes:

1. atividade do protocolo (classificação de riscos para segurança do paciente);
2. objetivo (identificar e sinalizar os riscos descritos);
3. responsável pela aplicação do protocolo (equipe multiprofissional);
4. abrangência e periodicidade: para todos os pacientes internados e aplicação diária, respectivamente.

A atividade do protocolo deve ser classificar os riscos (P7, P8).

O objetivo também deve ser classificar os riscos (P3, P6).

O responsável pela aplicação deve ser toda equipe assistencial (P2, P4.).

A abrangência deve ser para todos os internados e a periodicidade deve ser todos os dias, o paciente pode mudar o risco de um dia para o outro (P1, P5).

O objetivo na verdade é identificar os riscos (P2, P4).

De acordo com FHEMIG (2019), o Procedimento Sistemático (PRS) consiste num documento que expressa, detalhadamente, as etapas para construção de um protocolo institucional. Deste modo, apresenta um roteiro padronizado de uma atividade ou tarefa e expressa a descrição detalhada das etapas para realização de uma atividade ou tarefa. O PRS tem como objetivos garantir a uniformidade na execução dos procedimentos, reduzir a variabilidade nas rotinas e, conseqüentemente, o número de erros, otimizar a investigação das causas de falhas nos processos e facilitar ações de treinamento e a comunicação e compreensão das atividades, bem como agilizar a consulta por parte dos colaboradores e corroborar a prática de melhoria contínua.

Após o ajuste do protocolo nas normas do POP da instituição, em consenso, os participantes decidiram que cada indicador deveria ser discriminado por um sinalizador em formato circular e ser adicionado à ficha de identificação no quadro do Posto de Enfermagem daquele paciente avaliado, como apresentado a seguir:

Deveríamos usar formato circular sem legenda. Assim os pacientes não conseguiriam avaliar o que as cores significam (P7, P8).

O formato circular sem identificação sem dúvida é a melhor opção (P3, P6).

Será imprescindível para equipe assistencial acesso fácil ao protocolo para consulta (P2, P4).

Para diferenciar cada indicador os participantes discutiram qual seria a melhor forma de identificação, conforme explicitado nas manifestações:

Poderíamos sinalizar os indicadores como no protocolo de Manchester, com cores (P7, P8).

O sistema com cores também é muito adotado em hospitais clínicos como sinal de alerta (P3, P6).

Cores são fáceis de visualizar (P2, P4.)

Sinalizadores circulares com cores no posto de enfermagem os profissionais terão visualização rápida dos indicadores (P1, P5).

Conforme pode ser observado, o grupo definiu utilizar a diferenciação por cores, por acreditarem que seria de mais fácil visualização. Sendo assim, o próximo passo consistiu na definição das cores que seriam utilizadas, como apresentado abaixo:

Escolhemos amarelo para queda porque é uma cor já utilizada em hospital clínico para sinalizar esse risco (P7, P8).

O preto significa finitude poderia ser para o risco de autoextermínio (P3, P6).

Verde poderia ser evasão lembra liberdade (P2, P4).






Rosa ou roxo para intercurso sexual (P1, P5).

Azul para heteroagressividade (P2, P4).

A utilização de espaços, objetos e ferramentas com cores objetiva facilitar a compreensão dos locais e seus usos no sistema para classificação de risco adotado. É importante que as cores estejam bem definidas como detalhes em faixas, piso, paredes e cartazes, contribuindo para melhor compreensão do instrumento de classificação adotado (BRASIL, 2009).

O Quadro 9 esboça como seria a identificação das cores e indicadores no protocolo.

Quadro 9- Cor correspondente ao risco a ser sinalizado

	Queda
	Heteroagressividade
	Evasão
	Intercurso Sexual
	Autoextermínio

Fonte: Elaborado pela autora

5.3.3 Fatores de Risco avaliados para implantação do protocolo

Esta dimensão correspondeu à execução da etapa 3, realizada no segundo encontro do grupo focal. A partir dos indicadores escolhidos para compor o protocolo foram

apresentados aos participantes, em folha impressa, dois conceitos, denominados A e B, para cada um deles.

Em consenso, o grupo escolheu aqueles conceitos que seriam utilizados no protocolo de classificação da segurança do paciente da instituição:

O conceito para queda da ANVISA tem uma dimensão mais abrangente e abarca melhor as condições do hospital. Queda de poltronas, cadeira de rodas (P7).

O conceito para intercurso sexual tem que ser o da OMS, pois ele descreve melhor o contato que acontece no hospital (P3).

Gostei do primeiro conceito de intercurso, mas ele não é tão abrangente quanto o da OMS (P2).

O conceito de Stefanelli para heteroagressividade descreve exatamente como nosso paciente fica na heteroagressividade (P1).

O conceito de Stefanelli é interessante porque abrange a atividade motora e verbal e essa é uma situação cotidiana na heteroagressividade da instituição (P5).

Os dois conceitos de evasão são muito semelhantes e abarcam nossa realidade (P5).

Escolhi o conceito de evasão da EBSEH por uma questão de gosto, pois as duas descrevem a nossa realidade institucional (P4).

A descrição para o conceito de autoextermínio por Quental descreve bem comportamentos lesivos até a passagem ao ato para mim é conceito escolhido (P5).

Os conceitos escolhidos pelos participantes para cada um dos indicadores, apresentados a seguir, corresponderam ao conjunto B:

Queda - conceito B: considera-se queda quando o paciente é encontrado no solo ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, mesmo que não chegue ao chão. A queda pode acontecer da própria altura, de cama ou macas e inclui assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, incluindo vaso sanitário) (ANVISA, 2014).

Heteroagressividade - conceito B: comportamento agitado agudo ou evidentemente agressivo com atividade motora e ou verbal excessiva, dirigida a terceiros (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Evasão - conceito B: saída voluntária do cliente do hospital sem autorização médica e sem comunicação à unidade em que estava internado (EBSERH, 2016).

Intercurso Sexual - conceito B: contato entre órgãos sexuais com ou sem penetração. Pode envolver outras partes do corpo, sexo anal (anus-pênis) e sexo oral (pênis/vagina-boca) dentre outras possibilidades (OMS, 2007).

Tentativa de Autoextermínio/Suicídio - conceito B: manifestações associadas ao comportamento autolesivo de pensamentos e atos que englobam: suicídio completo, tentativa de suicídio, atos preparatórios para o comportamento suicida e ideação suicida, além de comportamento autoagressivo, automutilação não intencional e automutilação com intenção suicida desconhecida (QUENTAL, 2009).

De acordo com Vantil (2017) os protocolos em saúde, caracterizados como conjuntos de regras, normas ou padrões, são considerados um importante instrumento para gestão. Sua utilização possibilita maior segurança aos usuários e profissionais, pois direciona a tomada de decisão, além de facilitar o desenvolvimento e o monitoramento de indicadores.

Na sequência à definição dos conceitos de cada indicador, os participantes construíram as etapas finais do protocolo, tais como título, introdução, itens de abrangência e material.

O grupo decidiu que o título do protocolo deveria representar sua proposta, para que fosse de fácil entendimento, como apresentado nos posicionamentos:

Intitulamos o protocolo como Classificação de Riscos para segurança do Paciente (P3, P6).

Concordamos com a sugestão (P2, P4).

Descrição exata da atividade proposta pelo protocolo (P7, P8).

Sugestão exata, também estamos de acordo (P2, P4).

Quanto à introdução, decidiu-se por trazer informações acerca da segurança do paciente, de maneira diretiva e sucinta, abordando os indicadores que comporiam o protocolo, como explicitado a seguir:

Na introdução colocamos algo sucinto apenas para direcionar o profissional. Ressaltamos a necessidade de sinalizar e identificar os riscos (P2, P4).

Poderia ser colocadas (*sic*) na introdução que essas são ações para segurança do paciente (P3, P6).

Devemos nesse quesito enumerar os indicadores para deixar claro aos profissionais (P7, P8).

A introdução deve ser curta, direta e bem sucinta (P5, P1).

De acordo com FHEMIG (2019), a dimensão introdução abarca breve explicação e descrição da atividade ou tarefa e/ou definições de termos utilizados.

No item abrangência e material, o grupo decidiu que todos os profissionais da equipe multiprofissional da instituição devem participar da execução desse protocolo. Quanto aos materiais, os participantes referiram que:

Abrangência e material foram itens fáceis de definir e está claro para nós. Sugerimos que a abrangência seja a equipe multiprofissional e material sugerimos o quadro branco a ser preenchido no posto de enfermagem e evolução em prontuário eletrônico (P7, P8).

No item material também devem ser colocados acesso ao sistema eletrônico de prontuários no hospital e conseqüentemente aos computadores (P5, P1).

No item material também devemos descrever quais objetos, sistemas serão necessários para execução, exemplo prontuário, computador, quadro branco no posto de enfermagem (P5, P1).

É importante ressaltar a evolução em prontuário para que seja formalizada a ação do protocolo (P2, P4).

No item material devemos deixar claro o uso de material de apoio como os sinalizadores e onde eles vão ser deixados. Sugerimos uma caixa plástica com divisórias (P3, P6).

Também de acordo com FHEMIG (2019), a dimensão abrangência abarca os envolvidos para realização da atividade. Já o item material relaciona-se a todo o material necessário para realização da atividade.

Em relação à dimensão tarefa, decidiu-se a definição do item:

Ficamos responsáveis pela dimensão tarefas pra nós é o item mais importante gostaríamos de ter a colaboração de todos (P3, P6).

Nesse quesito devemos explorar nossos conhecimentos profissionais e institucionais (P5, P1).

Exige-se um detalhamento das ações a serem executada. Deve-se deixar claro (*sic*) a função do POP que é para nortear os riscos e quais são esses riscos (P7, P8).

Esse item deve ser um norteador para execução da tarefa para profissional (P2, P4).

Ainda acerca da dimensão tarefa, os participantes decidiram sobre a periodicidade da aplicação e as dimensões abordadas pelos conceitos chaves do protocolo:

Acrescentaria nesse item a periodicidade de avaliação do protocolo que deve ser diária e os responsáveis sugerimos o técnico de referência ou médico assistente (P2, P4).

Sugerimos aqui usar nossa experiência profissional e institucional como já dissemos. Por exemplo, além dos conceitos aqui que já adotamos para os indicadores poderíamos elucidar os profissionais que irão aplicar o protocolo. No item queda poderíamos sugerir que fosse avaliada atividade de vida diária, idade, medicações utilizadas, vestuário, sinais vitais, lentidão, sonolência (P7, P8).

Para intercurso sexual deveríamos avaliar histórico de intercursos, discurso e comportamento erotizado. (P3, P6).

No caso de intercurso sexual também deveríamos avaliar com mais critério pacientes nas fases maníaca ou depressiva (P5, P1).

O que deve ficar claro nesta dimensão é a história e subjetividade do paciente. Assim como os sinais e sintomas que se apresentem no momento considerando fatores ambientais, emocionais e orgânicos (P7, P8).

Avaliar a dimensão subjetiva para autoextermínio é complicado mas destacaríamos histórico de tentativas, ideação atual, discurso mórbido, de menos-valia e ruína (P2, P4).

Para heteroagressividade achamos importante avaliar histórico de agressividade, postura hostil, comunicação verbal e não verbal agressiva, ameaças, agitação psicomotora e irritabilidade (P5, P1).

Diante das expressões dos participantes percebe-se a avaliação dos conceitos chaves a partir da experiência dos profissionais na psiquiatria, trazendo dimensões muito mais amplas do que os conceitos chaves adotados neste estudo.

De acordo com FHEMIG (2019), a dimensão tarefa abarca a descrição das etapas para realização da atividade, fornece detalhes importantes de sua operacionalização em linguagem de fácil entendimento e apresenta, preferencialmente em referências bibliográficas, embasamento da descrição da atividade.

Quanto às dimensões recomendações, registros, indicadores e referências definiu-se que os registros da aplicação do protocolo deverão ser diários e o indicador será avaliado pelo número de pacientes internados que foram avaliados pelo protocolo:

Definimos que os registros devem ser realizados no prontuário eletrônico de cada paciente além do preenchimento do quadro branco. Para o indicador sugerimos ser o número de pacientes classificados pelo protocolo sobre número total de pacientes internados 1000 (P2, P4).

Registros devem ser realizados no prontuário do paciente. Este que é o documento legal que temos para evoluir. Quanto ao indicador estamos de acordo com número de pacientes classificado pelo protocolo (P5, P1).

As referências são todas que utilizamos para definição dos conceitos (P7, P8).

Das medidas de prevenção acreditamos ser uma discussão assistencial por paciente o protocolo não tem essa finalidade (P1, P5).

Acreditamos que as recomendações são individuais e não cabe discussão neste protocolo (P3, P6).

De acordo FHEMIG (2019), o item recomendações abrange as ações que se desdobram após aplicação da tarefa. A dimensão registro relaciona-se aos registros gerados ao realizar a atividade: planilhas, livro de relatório, prontuários e *check list*, dentre outros. O item indicador relaciona-se aos indicadores que medem o desempenho da atividade e o item referência cita as referências utilizadas para embasamento da atividade

Assim está representada uma síntese da disposição do protocolo de classificação de risco que intitulado Classificação de Risco para Segurança do Paciente.

Introdução: identificar ou sinalizar os pacientes que apresentam risco de queda, heteroagressividade, evasão, intercurso sexual e tentativa de autoextermínio/suicídio no posto de enfermagem, desenvolvendo medidas que contemplem a segurança do paciente e os riscos descritos.

Abrangência: equipe multiprofissional.

Material: computador, SIGH (Sistema de Informação de Gestão Hospitalar), prescrição, e prontuário eletrônico, além de caixa plástica contendo sinalizador com as cores e identificadores de risco por cores, bem como quadro com identificação no posto de enfermagem.

Tarefas: classificação de risco é uma ferramenta utilizada para identificar os pacientes que apresentam riscos de Queda, Heteroagressividade, Evasão e Autoextermínio. Além do mais, possibilita a implementação de medidas a fim de evitar incidentes ou eventos adversos envolvendo estes riscos.

A classificação dos riscos deverá ser feita no primeiro atendimento pelo técnico de referência e/ou médico assistente, sendo reavaliada diariamente. Cada risco será identificado por um sinalizador em formato circular e deverá ser adicionado à ficha de identificação no quadro do posto de enfermagem daquele paciente avaliado.

Os riscos foram classificados da seguinte forma:

1. Amarelo - Queda;
2. Azul - Heteroagressividade;
3. Verde - Evasão;
4. Rosa - Intercurso Sexual;
5. Preto - Tentativa Autoextermínio/Suicídio.

A avaliação de risco deve considerar a história e toda subjetividade do indivíduo, assim como os sinais e sintomas que se apresentem no momento da avaliação, sem desconsiderar fatores ambientais, emocionais e orgânicos.

Neste sentido, alguns parâmetros podem servir como orientação: por exemplo no indicador queda analisar histórico do paciente, AVD, medicações em uso, alteração de sinais vitais, vestuário e calçado inadequados, lentificação psicomotora, sonolência, idade maior que 65 anos e comportamento inadequado ou desorganizado, dentre outros.

Quanto à heteroagressividade, avaliar histórico de agressividade, incidentes recentes que envolvam heteroagressividade, postura hostil e comunicação verbal ou não verbal agressiva, bem como ameaças, agitação psicomotora e irritabilidade.

No caso da evasão, avaliar histórico de evasões anteriores, internação involuntária, ausência de crítica da necessidade do tratamento e ameaça de fuga, além de inquietação, e agitação psicomotora, dentre outros.

Quanto ao intercuro sexual, avaliar histórico de intercursos sexual, discurso erotizado e fase maníaca e ou depressiva com comportamento erotizado.

Já quanto ao autoextermínio ou suicídio considerar histórico de tentativas de autoextermínio, ideação de autoextermínio atual, discurso mórbido e de menos-valia e ruína.

As recomendações deste protocolo aplicam-se ao hospital, incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste serviço e abrangem todo o período de permanência do paciente e todos os ambientes e atividades desenvolvidas na instituição.

Os registros ou as informações da avaliação dos riscos devem ser realizados no prontuário e a sinalização do risco - cor - deve ser inserida no quadro de pacientes no posto de enfermagem.

Ramos e Trindade (2011) ressaltam que a identificação de eventos, bem como a investigação sobre os aspectos e circunstâncias do incidente deve ser realizada, a fim de detectar as falhas. Avaliam, ainda, que a fase mais importante deste ciclo é a proposição de barreira institucional para prevenção de novos incidentes sugerida, neste estudo, a partir da criação do protocolo.

5.3.4 Atividades possíveis para enfrentar dificuldades da implantação do protocolo

Esta dimensão corresponde à execução da etapa 4.

Nesta etapa, os participantes determinaram quem seriam os responsáveis pela implantação das ações complementares necessárias para o estabelecimento do protocolo, conforme etapa 4 do protocolo de Wernek; Faria; Campos, (2009):

O núcleo de segurança poderia ser responsável pela confecção do material de apoio (P3).

As ações de treinamento da equipe assistencial poderiam ser divididas entre os membros desse grupo (P5).

O núcleo de segurança também deveria ser o responsável pela participação no colegiado (P8).

Precisamos de uma divisão equânime das ações para que o protocolo ganhe força institucional (P1).

A participação no colegiado deveria ser uma ação dividida entre o núcleo e nós membros do grupo (P4).

As ações de treinamento serão de responsabilidade do grupo, confecção de material de apoio, núcleo, colegiado, responsabilidade do grupo e núcleo (P3).

No Quadro 10 estão representadas as ações complementares e os responsáveis pela execução de cada ação.

Quadro 10 – Ações para implantação do protocolo de Classificação de Riscos para Segurança do Paciente

Ação	Responsável
Produção de material de apoio (compra de caixa plástica, confecção de sinalizadores circulares com as cores definidas)	Núcleo de Segurança do paciente
Treinamento da equipe assistencial quanto ao protocolo construído	Grupo operativo
Participação de colegiado assistencial e alimentar indicadores	Grupo operativo e núcleo de segurança do paciente

Fonte: compilação da autora

5.3.5 Formatação do protocolo conforme padrão institucional, submissão, avaliação e aprovação.

Esta dimensão corresponde à execução das etapas 5 e 6. A moderadora e a mestrandas executaram as atividades referentes à formatação do POP (APÊNDICE C): cabeçalho e rodapé, controle de histórico, dados sobre versão, data, elaboração e aprovação do documento. Cada protocolo possui uma ordem lógica dos componentes: introdução, abrangência, material, mapa de processo, tarefas, registros, indicadores, siglas e referências (APÊNDICE F).

Para finalizar, o grupo seguiu com a validação consensual do protocolo para classificação de riscos.

6 Conclusão

Embora a segurança do paciente seja amplamente discutida em âmbito mundial, no cenário da saúde mental ainda é restrita. Neste sentido, este estudo propiciou a construção coletiva e participativa de ferramenta para gerenciamento de risco na segurança do paciente com transtorno mental internado em hospital psiquiátrico.

Sob esta ótica, a implantação do protocolo de classificação de riscos à segurança do paciente na instituição possibilitou ressignificar os modos de fazer e de construir novos modelos, viabilizou a caracterização dos pacientes que sofreram eventos adversos durante a internação e, assim, propiciou o reconhecimento de fatores de risco dos pacientes atendidos no hospital.

Por outro lado, avançou em ações compartilhadas entre gestão e assistência e possibilitou aperfeiçoamentos na compreensão do manejo diferenciado em saúde mental, haja vista que a identificação dos eventos prevalentes e a proposição de indicadores fidedignos à realidade do paciente com transtorno mental progrediu na qualidade da assistência prestada e possibilitou conhecer um perfil diferenciado da segurança do paciente em relação às demais clínicas.

Sendo assim, é fato que a discussão quanto à segurança do paciente com transtorno mental é algo que deve ser ampliada não só no meio científico, mas nas instituições de saúde.

Nesta medida, para o alcance da segurança do paciente, é necessário o reconhecimento do contexto institucional, dos riscos existentes e das ações e condutas que são construídas para a minimização dos danos. A detecção de incidentes relacionados à assistência em saúde consiste num processo que direciona o planejamento e as atividades voltadas à garantia da segurança do paciente, o que permite que os riscos sejam percebidos e trabalhados, gerando assistência mais segura, humana e integral ao indivíduo em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

ABOUMATAR, H. J.; WEAVER, S. J.; REES, D. Towards high-reliability organising in healthcare: a strategy for building organisational capacity. **BMJ Quality & Safety**. v.26, p. 663-670, 2017.

AIZEN, E.; ZLOTVERA, E. Prediction of falls in rehabilitation and acute care geriatric setting. **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**. v.4, n. 2, p. 57-61, 2013.

ALMEIDA, S. A. de; NOGUEIRA, J. A.; LACERDA, S. N. Orientação sexual no contexto escolar: discurso oficial versus cotidiano pedagógico. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 4, n. especial, p. 1906-1912, 2010.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n.1. p. 1-12, 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIN+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 28 Jul. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 170, 2013a.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 70, 2013b.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde. Brasília: v. 1, 2013c.

ANVISA. **RDC nº 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 out. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de eventos adversos por estado**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 02 nov. 2020.

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, 2013.

ARMITAGE, G. Human error theory: relevance to nurse management. **Journal of nursing management**, v. 17, n. 2, p. 193-202, 2009. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2009.00970.x/full>. Acesso em: 16 mai. 2019.

AZZOLIN, K. *et al.* Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 56-63, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego; A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, Augusto Paes de. Gestão de risco. In: CABRAL, Carlos; CAPRINO, WILLIAN. **Trilhas em Segurança da Informação**: caminhos e ideias para a proteção de dados. Rio de Janeiro: Brasport, p. 256, 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A; MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, pp. 797-806, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000400022. Acesso em: 01 jul. 2019.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. **Efetividade das intervenções para redução da superlotação nos serviços de emergência hospitalar**. Dissertação. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 83 p. 2015.

BOKANY, Vilma. **Drogas no Brasil**: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011**: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 01 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed; 6.reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: MS; 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: MS; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 09 jun. 2019.

BRENNAN, T. A. *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England Journal of Medicine**, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991. ISSN 0028-4793. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>. Acesso em: 29 out. 2019.

BRINER, M.; MANSER, T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, 44 p., 2013. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-44>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CARNEIRO, F. S. *et al.* Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-11, 2011. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

CARVALHO, Marly Monteiro de. **Histórico da Gestão da Qualidade**. In: CARVALHO, Marly Monteiro de. *et al.* Gestão da Qualidade: Teoria e casos. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CARVALHO, R. E. F. L. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2849, 2017.

CARVALHO, S. H. D. B. C. *et al.* **Clima de segurança do paciente**: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

CAVALCANTE, A. K. de C. B. *et al.* Cultura de segurança na percepção da enfermagem: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE** - ISSN: 1981-8963, 10.10: 3890-3897, 2017.

CHAVES, C. de S. *et al.* Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil, v. 49, n. 1, p. 144-151, 2015

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013. ISSN 0034-8910. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

COLARES, B. N.; SEVERINO, F. G. Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital público de ensino do Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 29, n. 3, p. 334-341, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 423, de 09 de abril de 2012**. Normatiza, no âmbito dos sistemas COFEN/COREN, a participação do enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao423>. Acesso em: 12 de nov. 2020

CORENSP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**. 1ed. São Paulo: CORENSP, p. 46, 2012. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>. Acesso em 20 jun. 2019.

CORREA H, PEREZ SB. O suicídio: definições e classificações. In: Correa H, Perez S, organizadores. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006

COUTO, R.C; PEDROSA T.M.G; ROSA, M.B. **Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados - Construindo um Sistema de Saúde mais seguro**. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS), Belo Horizonte, 2016.

COUTO, R.C. *et al.* **Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil**. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). 64p. Belo Horizonte, 2017.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: **Explorations in quality assessment and monitoring**. v. I. Michigan: Health Administration Press, p.76. 2000.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospitais Universitários: Modelos de risco**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portalebserh/apresentacao1>. Acesso em: 18 mar. 2021

ELY, G. Z. *et al.* Internação psiquiátrica: significados para usuários de um centro de atenção psicossocial. SMAD, **Rev. Saúde Mental Álcool Drogas** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 23-28, 2014.

ELY, G. Z. *et al.* Percepções do ser humano internado em unidade psiquiátrica sobre o viver com doença mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017.

ESTRELA, K. S. R.; LOYOLA, C. M. D. Administração de medicação de uso quando necessário e o cuidado de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 4, pp. 563-567, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000400563&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mai. 2019.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v. 6, n. 2, p. 123-125, 2003. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FELDMAN, Liliane Bauer. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: Martinari, 2004

FERNANDES, L. G. G.; TOURINHO, F. S. V.; SOUZA N. L. de. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 8, supl. 1, pp. 2507-2512, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>. Acesso em: 28 set. 2020.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Governo do Estado de Minas Gerais. **Indicadores de saúde**, 2019. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-de-saude-mental/instituto-raul-soares>. Acesso em: 30 out. 2020.

FONTENELLE, Maria Elizabeth de Andrade. **Percepções sobre a utilização e efetividade da pesquisa qualitativa no marketing eleitoral**. Dissertação. Belo Horizonte: FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais, p. 133, 2008.

FRAGATA, J. Erro médico: A segurança dos doentes - Indicador de qualidade em saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 26, n. 6, p. 564-70, 2010. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10799>>. Acesso em: 31 maio 2020.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano IX, n. 3, p. 508-524, 2006.

GATTI, Bernadete A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2012.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. **A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Educativa, 1999. Disponível em: <http://www.dppg.cefetmg.br/mtp/TecnicadeGruposFocais.doc>. Acesso em: 30 set. 2019.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications; 1989. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

HINRICHSEN, Sylvia Lemos. **Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos**. Rio de Janeiro: MedBook, 335p, 2012.

Joint Commission International (JCI.) Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version, **Region Hovedstaden**, 2011. Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400_Standards_Lists_Only.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Joint Commission International. **Accreditation Standards for Hospitals**. 5. ed. 2013

KOHN, L. Y.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. *To error is human: Building a Safer Health System*. Washington DC: **National Academies Press**: Washington, DC, 2000.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAPE, L. L. **Error in medicine**. v. 272, n. 23, p. 1851-1857, 1994. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=384554>. Acesso em: 27 mai. 2019.

LEONE, R. M.; ADAMS, R. J. Safety standards: implementing fall prevention interventions and sustaining lower fall rates by promoting the culture of safety on an inpatient rehabilitation unit. **Rehabilitation Nursing**. v. 41, p. 26-32, 2016.

LEVINSON, Daniel R. **Adverse events in hospitals: national incidence among medicare beneficiaries**. Department of Health and Human Services, 2010. Disponível em: <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2021.

LONG, S. J. *et al*. What is known about adverse events in older medical hospital inpatients? A systematic review of the literature. **International Journal Quality in Health Care**. v. 25, p. 542-554, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23925507/>. Acesso em: 29 jan. 2021.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale - Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**. n.2. p. 181-189, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a19.pdf>. Acesso em 16 jul. 2019.

MENEGON, Guilherme Luís. *et al*. Avaliação do Paciente na Emergência. In: QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. **Emergências psiquiátricas**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, pp. 17-48, 2014.

MENDES, W. *et al*. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2019

MENDES, W. *et al.* Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 55-66, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=pt. Acesso em: 02 nov. 2020

MILAGRES, Lidiane Miranda. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. Juiz de Fora. (Dissertação). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015.

MILLS, Don Harper. **Medical insurance feasibility study**. A technical summary. West J Med, v. 128, p. 360-5, 1978. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238130/>. Acesso em: 26 jun. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-51, 2010.

MORIN, André. **Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada**. Trad. Michel Thiollent – Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

NASCIMENTO, Maria Inês Corrêa *et al.* **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [tradução de American Psychiatric Association], 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Seven steps to patient safety**. The full reference guide. London, patient safety 2004.

NILSSON, L., BORGSTEDT-RISBERG, M., BRUNNER, C. Adverse events in psychiatry: a national cohort study in Sweden with a unique psychiatric trigger tool. **BMC Psychiatry**, v. 44,p.68, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2447-2>. Acesso em: 17 mar. 2021.

OLIVEIRA, Helian Nunes. **Violência contra indivíduos com transtorno mental: projeto pessoas**. UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de pós-graduação em saúde pública.(Tese). Belo Horizonte, 2012

ONOCKO, C.; ROSANA, T. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 16-22, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global para a prevenção e controle de infecções transmitidas sexualmente**, OMS, 2007.

PARANHOS, Ranulfo *et al.* **Uma introdução aos métodos mistos**. Sociologias, v. 18, n. 42, p.384-411, 2016.

PEREIRA, A. R.; JOAZEIRO, G. Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. São Paulo: **O Mundo da Saúde**, 2015.Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Percepcao_internacao_hospital.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem** / COREN-SP. São Paulo: Coren-SP, 2015.

PIZZOL, Silvia Janine Servidor. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

PORTO, S., *et al.* magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública**. v. Temat, n.10, p. 74-80, 2010. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revistaportuguesa-saude-publica-323/sumario/vol-tematico-num-10-X0870902510X97661>. Acesso em: vários acessos.

PROQUALIS. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde. Relatório Técnico Final. Tradução de WHO - Conceptual framework for the international classification for patient safety, 2011.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (s.d.). **Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://proqualis.net/>. Acesso em: 10 mai. 2020.

PRONOVOST, Peter J. *et al.* Creating High Reliability in Health Care Organizations. **Health Services Research**. v. 41, n. 42, pp. 1599-1617, 2006.

QUENTAL IA. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção. **Pediatria Moderna**, v. 45, n. 6, p. 236-240, 2009.

RAMOS, S.; TRINDADE, L. Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. **Rev. Tecno Hospitalar**, Lisboa, Centro Universitário de Lisboa n. 48, p. 16-20, 2011.

REASON, James. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. v. 6. England: Ashgate, p. 252, 1997.

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ Quality & Safety**. v. 320, p. 768-770, 2000. Disponível : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10720363/>. Acesso em: 30 ago.2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2. ed., 2008

REIS, Cláudia Tartaglia. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232013000700018>. Acesso em: 12 jul. 2019.

ROCHA, Elyrose Sousa Brito *et al.* Gestão da qualidade na enfermagem brasileira: revisão de literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp. 2, pp. 812, 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a19.pdf>. Acesso em: 30 ago.2019.

RUTSTEIN, David D. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New England Journal Med.** v. 294, n. 11, p. 582-588, 1976.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa**. 3. ed. São Paulo. 2006.

SAMICO, Isabella *et al.* **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbbok, p. 196-2010.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Cartilha do protocolo de acolhimento com classificação de risco**. Proposta de Metodologia para implantação nas Redes Regionais de Atenção do Estado da Bahia. Salvador, 2013.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K; ARANTES, E. C. Estratégias de comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. P. 129, São Paulo: Manole, 2008

SILVA, Elisa Alves. **Dores dos cuidadores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia - GO**. Dissertação. Universidade de Brasília – UnB, 165 p., 2007.

SILVA, Jaqueline Carvalho. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília mai-jun; v. 64, n. 3, p. 592-5, 2011Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a26.pdf>. Acesso em 04 jul. 2020.

SILVA, Michele de Freitas Neves *et al.* . Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 abr. 2021.

SIMÕES E SILVA, Camila. *et al.* Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 263-71, 2009.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 452, 2014.

TRAVASSOS, C., NORONHA, J. C., MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.367-381, 1999.

TRAVASSOS, C. **Sobre o proqualis**. Disponível em: <http://proqualis.net/sobre-proqualis> 2013. Acesso em: 05 jul. 2020.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 18.ed. São Paulo: Cortez, 2009. 136p.

TOLEDO VS, OLIVEIRA A; PACHECO I, GARCIA . Segurança do paciente psiquiátrico: percepção da equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. 2019. Disponível em : <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242325>. Acesso em: 26 Mar. 2021.

TOFFOLETTO, Maria Cecília; RUIZ, Ximena Ramirez. Melhorando a segurança dos pacientes: estudo dos incidentes nos cuidados de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2013, v.47, n.5, p.1098-1105. São Paulo. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501098&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Mar. 2021.

Townsend, M. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada na evidência**, 6 Ed., S. C. Rodrigues, Trad., Loures, Lusociência (2011).

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2017**. Viena: New York. Disponível em: https://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_1_EXSUM.pdf . Acesso em: 01 fev. 2021.

VANTIL, Fernanda Cordeiro Sirtoli. **Gestão de risco na segurança do paciente com transtorno mental**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. 2017.

VEIGA, L; GONDIM, S M G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opin. Publica**, Campinas, v. 7, n. 1, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010462762001000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 de 2020.

VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

VINCENT, C.; NEALE, G., WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMJ**. v. 322, n. 72, p. 517-519, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26554/>. Acesso em: 05 maio. 2020.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª Ed. Porto Alegre. v. 1, n. 2, pp.478, 2013.

WERNEK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do usuário**. Belo Horizonte, Nescon (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Ed. Coopmed, v. 1, n. 1.84p. , 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety: Rapid assessment methods for estimating hazards**, report of the WHO working group meeting. Geneva: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO launches “Nine patient safety solutions”**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/>. Acesso em: 30 jul. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Geneva: World Health Organization, 2009

WORLD Health Organization (WHO). **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. v.1. Final Technical Report and Technical Annexes, Geneva: 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 04 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: World Health Organization, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>. Acesso em: 20 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety - programme áreas**. Geneva: World Health Organization, 2013b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>. Acesso em: 28 out. 2020.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS QUANTI-QUALITATIVOS DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Nome: _____

Prontuário: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

Ala de internação: _____

Diagnostico psiquiátrico _____

Tipo de evento avaliado:

Near Miss : ___ Incidente: ___ Evento adverso ___

Data do Evento: ___ / ___ / ___

Descrição do evento:

Notificação: SIM ___ NÃO ___

Gravidade: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO


1- Na sua opinião quais são os eventos adversos que mais impactam na Segurança do Paciente no hospital?

2- Você vislumbra alguma forma de classificar os riscos aos quais os pacientes estão sensíveis durante a internação no hospital?

3- Você acredita que a aplicação de um sistema de classificação de riscos para segurança do paciente implicaria em uma melhor assistência e na diminuição dos eventos adversos?

APÊNDICE - C PROCEDIMENTO PARA ELABORAÇÃO DE POP

Página 1 de 7

	Procedimento Sistêmico Administração Central	Código: PRS QLD - 002
---	---	------------------------------

Atividade: Elaboração de Procedimento Operacional Padrão e Procedimento Sistêmico.
Objetivo: Padronizar e orientar a elaboração dos procedimentos documentados.
Responsável: Coordenadores, chefias e responsáveis técnicos.

CONTROLE HISTÓRICO						
Versão	Data	Nº Páginas	Histórico Alteração	Elaboração	Verificação/Revisão	Aprovação
01	19/06/2019	7	22/06/2020	Marina Antunes Amaral	Renata Neri	Izabella F. Bini D. de Moraes

1 INTRODUÇÃO

O Procedimento Sistêmico (PRS) é um documento que expressa a descrição detalhada, as etapas, para realização de uma atividade ou tarefa. Ou seja, é um roteiro padronizado de uma atividade ou tarefa, que envolve ou é realizada por vários setores. O Procedimento Operacional Padrão (POP) expressa a mesma função, porém a atividade ou tarefa, é realizada por um setor específico.

Ambos tem como objetivos: garantir a uniformidade na execução dos procedimentos; reduzir a variabilidade nas rotinas e, conseqüentemente, número de erros; otimizar a investigação das causas de falhas nos processos; facilitar ações de treinamento e a comunicação e compreensão das atividades; agilizar a consulta por parte dos colaboradores e corroborar com a prática de melhoria contínua.

2 ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os servidores e setores da Instituição.

3 MATERIAL

Controle de Cópia Impressa

Este é um documento "Eletrônico Controlado", sua impressão torna, automaticamente, o documento físico uma cópia **NÃO CONTROLADA**. A atualização da informação em uso e compatibilidade da via impressa com o procedimento publicado no sistema é de inteira responsabilidade do gestor do setor correspondente.

Responsável pela impressão:	Nº da Versão:
-----------------------------	---------------

Assinatura do responsável do setor: _____ Data da impressão: _____

PRS – QLD - 002

- Modelo Padronizado de POP e PRS
- Referencial Bibliográfico sobre a atividade ou tarefa, que será descrita
- Computador com acesso à Internet
- Sistema SIGQUALI

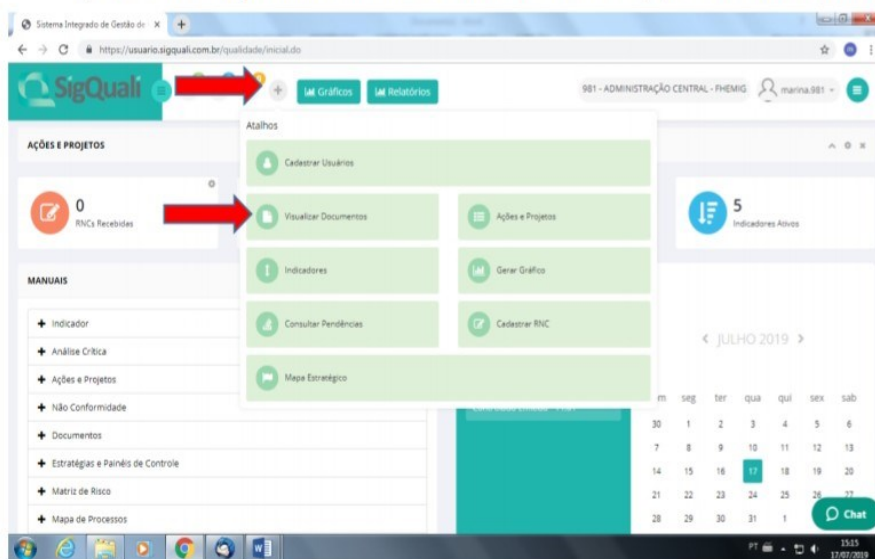
4 MAPA DE PROCESSO

Gerenciar diretrizes e ações da Qualidade

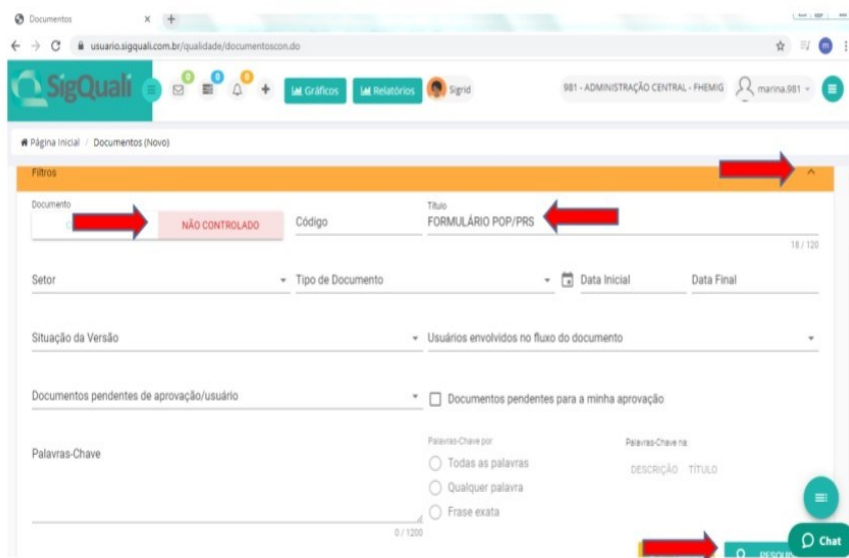
5 TAREFAS

1. Acessar no SIGQUALI o formulário padrão de POP e PRS:

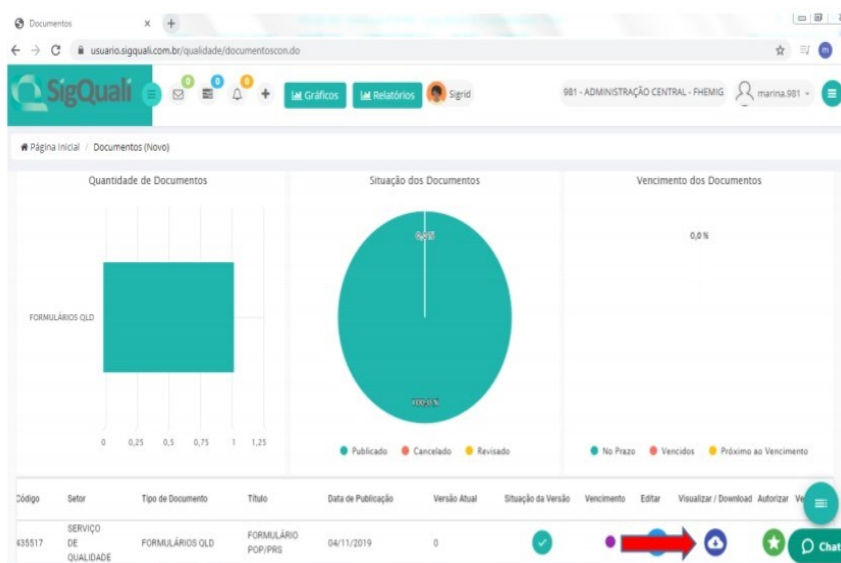
a) Acessar o SIGQUALI > na tela inicial clicar em “Atalhos” (+) > “Visualizar documentos”.



b) Clicar em “filtros” > “Documento Não Controlado”. Em “Título” digitar “FORMULÁRIO POP/PRS” > clicar em “Pesquisar”.



c) Clicar no “Símbolo Visualizar/Download”.



PRS – QLD - 002

Observações:

- Nas Unidades que não possuem SIGQUALI, este formulário deverá estar disponível no diretório/rede da Instituição.

2. Preencher o **cabeçalho**:

- Identificar o documento, Procedimento Operacional Padrão **ou** Procedimento Sistêmico (Usar letra *Times new roman* 14, negrito); nome da Unidade (Letra *Times new roman* 14, negrito);
- Código: sigla do tipo de documento (POP ou PRS), sigla do setor e numeração sequencial (Letra *Times new roman* 14, caixa alta, negrito);

Nos campos abaixo, utilizar letra *Times new roman* 12, negrito.

- Atividade: escrever a atividade/tarefa a ser descrita;
- Objetivo: escrever qual é o objetivo do documento que está sendo elaborado;
- Responsável: escrever o(s) responsável(eis) que atua(m) na execução da atividade ou tarefa.

3. Preencher o **rodapé**:

- Preencher este campo com o tipo do documento: POP ou PRS, conforme cabeçalho, seguido da sigla do setor e do número sequencial do POP/PRS (Letra *Times new roman*, 10, caixa alta). Exemplo: PRS – QLD - 002

4. Preencher o **controle histórico**:

Em todos os campos deste item, usar letra *Times new roman* 11.

- Versão: colocar o número da versão (Primeira versão colocar número 00);
- Data: colocar a data da elaboração (xx/xx/xxxx). Data em que o documento foi criado;
- N° de Páginas: colocar o total de páginas geradas no documento;
- Histórico Alteração: colocar a data de alterações/revisões;
- Elaboração: colocar o(s) nome(s) do responsável(eis) pela elaboração. Será sempre o mesmo nome. Quem criou o documento;
- Verificação/Revisão: colocar o(s) nome(s) do responsável(eis) pela verificação/revisão;
- Aprovação: colocar o nome do responsável pela aprovação.

5. Preencher o item **INTRODUÇÃO**: breve explicação/descrição da atividade/tarefa e/ou definições de termos utilizados (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado);

6. Preencher o item **MATERIAL**: relacionar todo o material necessário para realização da atividade/tarefa (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado);

7. Preencher o item **MAPA DE PROCESSO**: citar o processo (nome do mapa de processo) a que esta atividade/tarefa faz parte (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado);

8. Preencher o item **TAREFAS**: descrever (utilizar o verbo no infinitivo) as etapas para realização da atividade/tarefa; fornecer detalhes importantes de sua operacionalização em linguagem de fácil entendimento; embasar a descrição da atividade/tarefa, preferencialmente, em referências bibliográficas

atualizadas (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado). Caso necessário, utilizar recursos que facilitem o entendimento da atividade/tarefa, tais como *prints* de tela, figuras, etc.;

9. Preencher o item **REGISTROS**: relacionar os registros gerados ao realizar a atividade/tarefa (ex: planilhas, livro de relatório, prontuários, *check list*, etc) (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado);

10. Preencher o item **INDICADORES**: relacionar os indicadores que medem o desempenho da atividade/tarefa (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado);

11. Preencher o item **SIGLAS**: descrever todas as siglas utilizadas no desenvolvimento do POP/PRS (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado);

12. Preencher o item **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**: citar as referências utilizadas para embasamento da atividade/tarefa (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado). Utilizar formatação de acordo com a ABNT:

- **Livros**: conter sobrenome do autor em letra maiúscula, nome do autor, título em negrito, edição, cidade, editora e ano de publicação, conforme exemplo: MARTIN, Marcel. **A Linguagem Cinematográfica**. 1ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 2003.

- **Sites**: páginas e documentos encontrados na internet devem trazer o link e data de acesso, conforme exemplo: COSTA, Elvira. **O padrão ofício – para que serve e como redigir**; Comunicação & Tendências. Disponível em: <<http://www.comunicacaoetendencias.com.br/o-padrao-oficio-para-que-serve-e-como-redigir>>. Acesso em 25 de ago. 2016;

13. Preencher o item **ANEXOS**: colocar os anexos (ex: formulários, tabelas, *prints* de tela, etc) (Letra *Times new roman* – 12, texto justificado);

Observações:

- Atentar para os POP/PRS que necessitem de aprovação do SCIH, Segurança do Trabalhador, Núcleo de Riscos, Comissão do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de saúde e/ou outras comissões, ao serem elaborados. Este setor deve vir identificado no campo “Aprovação”, no “Controle histórico”;
- Disponibilizar para consulta o POP/PRS no SIGQUALI ou no diretório/rede;
- Divulgar e treinar os profissionais envolvidos para a realização da atividade/tarefa, conforme padrão estabelecido no POP/PRS;
- Revisar o POP/PRS de acordo com as diretrizes da política da Qualidade/ADC;
- As unidades ou áreas que necessitem de cópias impressas deverão solicitar autorização por e-mail ao Escritório/Referência da Qualidade de sua Unidade e proceder conforme impresso na primeira página deste documento.

6 REGISTROS

- POP
- PRS

7 INDICADORES

Taxa de cumprimento de cronograma da gestão da qualidade


8 SIGLAS

- POP: Procedimento Operacional Padrão
- PRS: Procedimento Sistemico
- QLD: Qualidade
- ADC: Administração Central
- SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 9001: Sistema de Gestão da Qualidade: requisitos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.
2. FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais. **Política da Qualidade**. 2ª ed. Belo Horizonte: 2019.
3. HJXXIII – Hospital João Vinte e Três. PRS SGQ 002 – **Elaboração de Procedimento Sistemico**. Belo Horizonte: 2018.
4. NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciamento pela Qualidade Total na Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora DG, 1999.
5. SIGQUALI; Disponível em: <https://usuario.sigquali.com.br/qualidade/visualizardocumento.do>. Julho de 2017.

10 ANEXO

Página 1 de 2		Página 2 de 2				
	Procedimento Operacional Padrão/ Procedimento Sistemático (XXXX)	Código: XXX.XXX - XXX				
Atividade: Objetivo: Responsável:						
CONTROLE HISTÓRICO						
Versão	Data	Nº Páginas	Número Alteração	Elaboração	Verificação/Revisão	Aprovação
00	02/07/2012	00	00/00/0000			
1 INTRODUÇÃO 2 ABRANGÊNCIA 3 MATERIAL 4 MAPA DE PROCESSO 5 TAREFAS 6 REGISTROS 7 INDICADORES 8 SIGLAS 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS						
Controle de Cópia Impressa Este é um sistema "Autônomo Controlado", sua impressão, alteração, e distribuição são de responsabilidade do usuário. A manutenção da informação em uso e a confiabilidade de sua impressão são a responsabilidade do usuário.						
Responsável pelo processo:		Nº da Versão:				
Assinatura do responsável de este: _____				Data da impressão: _____		
XXX - XXX - XXX						

Formulário POP/PRS

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa:

Protocolo para classificação de riscos à segurança do paciente em hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: o motivo que nos leva a propor este estudo, se dá pela aproximação da autora com o tema Segurança do Paciente na saúde mental, mais precisamente com a falta de políticas voltadas a esse público, para o alcance de uma assistência qualificada e segura às pessoas com sofrimento mental e/ou transtorno mental. A partir da vivência da mesma, surgiram questionamentos quanto à necessidade de criar indicadores que fossem fidedignos à realidade da saúde mental, assim como em ferramentas que pudessem intervir nos incidentes e eventos prevalentes na instituição. Deste modo, o objetivo desta pesquisa é elaborar uma ferramenta de classificação de riscos à segurança do paciente que abarque a realidade dos eventos adversos de um hospital psiquiátrico. Ademais, realizar levantamento acerca dos incidentes e eventos adversos, assim como compreender a dinâmica dos eventos dentro da instituição e propiciar assistência qualificada, humanizada e segura aos pacientes em sofrimento mental.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: a sua participação neste estudo pode gerar algum desconforto, ou risco por sua participação e exposição sobre sua opinião quanto aos indicadores e a proposição de uma ferramenta à classificação de risco para segurança do paciente. Para tanto, uma vez que o grupo focal se adequa ao tema proposto, os riscos serão mínimos, já que não haverá alterações de forma proposital nas relações biopsicossociais do profissional. Como benefícios deste estudo, espera-se favorecer o crescimento científico para a área da saúde mental acerca da problemática de pesquisa, para a instituição onde o estudo será realizado e também ao meio acadêmico.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: a participação no grupo focal ocorrerá em caráter privativo, em uma sala específica, fomentando total privacidade ao profissional, respeitando os direitos do mesmo à desistência da participação em qualquer momento.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa do estudo. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, seja por motivo de constrangimento e ou outros motivos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O (s) pesquisador (es) irá (ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos nos grupos focais serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este consentimento está impresso e assinado em duas vias, uma cópia será fornecida a você e a outra ficará com o (s) pesquisador (es) responsável (eis).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO: a participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação pela sua participação. No caso de você sofrer algum dano decorrente desta pesquisa, deverá imediatamente informar aos pesquisadores a insatisfação da participação, encerrando a participação e norteadando a resolutiva do dano causado.

ESCLARECIMENTOS E DÚVIDAS:

Maria Odete Pereira

e-mail: m.odetepereira@gmail.com

Tel:(31)3409-8024

Vanessa Regina Oliveira Tavares

e-mail: vanessarotavares@gmail.com

Tel:(31)3239940

COEP UFMG - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefone: 31. 3127-0901 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO
PARTICIPANTE:**

Eu,, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e ou retirar meu consentimento. Os responsáveis pela pesquisa acima certificaram-me de que todos os meus dados serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora responsável, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante pesquisado ou impressão dactiloscópica.

Assinatura:

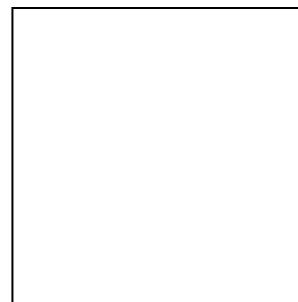
Nome legível:

Endereço:

RG.

Fone:

Data:



Assinatura da pesquisadora responsável

Data ____ / ____ / ____

COEP UFMG - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefone: 31. 3127-0901- E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE - E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO OPERATIVO

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade (anos completos): 20 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos
 51 a 60 anos acima de 60 anos
3. Titulação máxima: Graduação Especialização Mestrado

Doutorado

4. Tempo de graduação (anos completos): 1 a 5 anos 6 a 10 anos
 10 a 20 anos acima de 20 anos
5. Tempo de atuação na instituição (em anos): ____ anos.
6. Profissão: _____

**APÊNDICE F - RELATÓRIO TÉCNICO POP CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PARA SEGURANÇA DO PACIENTE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

RELATÓRIO TÉCNICO

**PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE
RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE EM
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO DE
BELO HORIZONTE**

Vanessa Regina Oliveira Tavares

Maria Odete Pereira

Mirela Castro Santos Camargos

Belo Horizonte

2021



**Procedimento Operacional
Padrão/ Procedimento
Sistêmico
Núcleo de Risco/ INTERNO**

**Código: 08
NGR - 2021**

Atividade: Classificação de Risco para segurança do paciente
Objetivo: Identificar/sinalizar os riscos descritos
Responsável: Técnico de Referência e Equipe multiprofissional.

CONTROLE HISTÓRICO

Versão	Data	Nº Páginas	Histórico Alteração	Elaboração	Verificação Revisão	Aprovação
01	02/2021	3	Criação	Vanessa R.O. Tavares Enfermeira NSP COREN MG 37303	Celsa Erlandia Januário Vargas COREN- MG 23830	Andreia Silva Lima CRP- MG 37423

1 INTRODUÇÃO

Identificar/sinalizar os pacientes que apresentam risco de queda, heteroagressividade, evasão, intercurso sexual e autoextermínio no posto de enfermagem, desenvolvendo medidas que contemplem a segurança do paciente e os riscos descritos.

2 ABRANGÊNCIA

Equipe multiprofissional.

3 MATERIAL

- Computador;
- SIGH;
- prescrição;
- prontuário eletrônico;
- caixa plástica contendo sinalizador com as cores;
- identificadores de risco por cores;
- quadro com identificação no posto de enfermagem.

4 MAPA DE PROCESSO

Map Risco- 001

5 TAREFAS

- A classificação de risco consiste numa ferramenta utilizada para identificar os pacientes que apresentam riscos de queda, heteroagressividade, evasão e autoextermínio. Possibilita, ainda, a implementação de medidas a fim de evitar incidentes ou eventos adversos envolvendo estes riscos.
- A classificação dos riscos deverá ser feita no primeiro atendimento pelo técnico de referência e/ou médico assistente, sendo reavaliada diariamente.
- Cada risco será identificado por um sinalizador em formato circular e deverá ser adicionado à ficha de identificação no quadro do posto de enfermagem daquele paciente avaliado.

Os riscos foram classificados da seguinte forma:

Amarelo - Queda

Azul - Heteroagressividade

Verde - Evasão

Rosa - Intercurso Sexual

Preto - Autoextermínio

A avaliação de risco deve considerar a história e toda subjetividade do indivíduo, assim como os sinais e sintomas que se apresentem no momento da avaliação, sem desconsiderar fatores ambientais, emocionais e orgânicos. Alguns parâmetros podem servir como orientação:

Queda: analisar histórico do paciente, AVD, medicações em uso, alteração de sinais vitais, vestuário e calçado inadequados, lentificação psicomotora, sonolência, idade maior que 65 anos, comportamento inadequado ou desorganizado, dentre outros.

Heteroagressividade: avaliar histórico de agressividade, incidentes recentes que envolvam heteroagressividade, postura hostil, comunicação verbal e não verbal agressiva, ameaças, agitação psicomotora, irritabilidade.

Evasão: avaliar histórico de evasões anteriores, internação involuntária, falta de crítica da necessidade do tratamento, ameaça de fuga, inquietação, agitação psicomotora e outros.

Intercurso Sexual: avaliar histórico de intercursos sexual, discurso erotizado, fase maníaca e ou depressiva com comportamento erotizado.

Autoextermínio: histórico de tentativas de autoextermínio, ideação de autoextermínio atual, discurso mórbido, de menos-valia e de ruína.

As recomendações deste protocolo aplicam-se ao Instituto Raul Soares, incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste serviço e abrangem todo o período de permanência do paciente e todos os ambientes e atividades desenvolvidas na Instituição.

6 REGISTROS

O registro e as informações da avaliação dos riscos devem ser realizados em prontuário e a sinalização do risco - cor - deve ser afixada no quadro de pacientes, no posto de enfermagem.

7 INDICADORES

Pacientes identificados e classificados. Pacientes identificados por risco / número de pacientes-dia X 1000.

8 SIGLAS

- NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
- IRS - Instituto Raul Soares
- AVD - Atividade de Vida Diária
- POP - Procedimento Operacional Padrão
- FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 36 de julho 2013. Brasília ANVISA, 2013.

Controle de Cópia Impressa

Este é um documento **Eletrônico Controlado**, sua impressão torna, automaticamente, o documento físico uma cópia **NÃO CONTROLADA**. A atualização da informação em uso e compatibilidade da via impressa com o procedimento publicado no sistema é de inteira responsabilidade do gestor do setor correspondente.

Responsável pela impressão:		Nº da Versão:	
--------------------------------	--	---------------	--

Assinatura do responsável do setor: _____

Data da impressão: _____

XXX – XXX - XXX

APÊNDICE G- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	Assinatura

2. Identificação da pesquisa

- a) Título do Projeto: Instrumento para classificação de riscos à segurança do paciente em hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte.
- b) Departamento/Faculdade/Curso: Departamento de Enfermagem aplicada/Enfermagem/Gestão em Serviços de Saúde.
- c) Pesquisador Responsável: Maria Odete Pereira

3. Descrição dos Dados

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) e comitê de ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG): avaliar prontuários de todos os pacientes internados no período de: Janeiro de 2016 a Dezembro de 2019 e coletar dados referentes a incidentes e eventos adversos assistenciais sofridos no período. Conforme a Organização Mundial de Saúde - (OMS, 2013) incidente pode ser definido como o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Quando atingem o paciente, mas não causam danos discerníveis, são denominados de incidente e quando resultam em dano discernível são nomeados eventos adversos. Os incidentes e eventos adversos assistenciais são eventos oriundos da assistência prestada ao paciente

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP

31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br .

4. Declaração dos pesquisadores

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do **Instituto Raul Soares/FHEMIG**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte 06, de julho, de 2020.

Nome completo (sem abreviação)	Assinatura
Maria Odete Pereira	
Vanessa Regina Oliveira Tavares	

5. Autorização da Instituição

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se as mesmas a utilizar os dados dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora Maria Odete Pereira deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, 06 de julho
de 2020.
