

**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**

Sandra Eliemar Rocha

**ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM:
em cena a segurança do paciente na administração de medicamentos na psiquiatria**

Belo Horizonte
2023

Sandra Eliemar Rocha

**ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM:
em cena a segurança do paciente na administração de medicamentos na psiquiatria**

Dissertação apresentada ao 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 título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Carla Aparecida Spagnol

Belo Horizonte
2023

R672a Rocha, Sandra Eliemar.
Análise Institucional da prática profissional da Enfermagem [recursos eletrônicos]: em cena a segurança do paciente na administração de medicamentos na psiquiatria. / Sandra Eliemar Rocha. - - Belo Horizonte: 2023.
188f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Carla Aparecida Spagnol.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Análise Institucional. 2. Enfermagem. 3. Psiquiatria. 4. Prática Profissional. 5. Segurança do Paciente. 6. Hospitais. 7. Dissertação Acadêmica.
I. Spagnol, Carla Aparecida. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 87

Sandra Eliemar Rocha

**ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM:
em cena a segurança do paciente na administração de medicamentos na psiquiatria**

Dissertação apresentada ao 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 título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Prof.^a Dr.^a Carla Aparecida Spagnol – UFMG (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Lúcia Cardoso Mourão – UFF (Banca Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Vânia Regina Goveia – UFMG (Banca Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Renata Marques de Oliveira – UFMG (Banca Examinadora/Suplente)

Belo Horizonte, 11 de outubro de 2023.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 94 (NOVENTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA SANDRA ELIEMAR ROCHA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 11 (onze) dias do mês de outubro de dois mil e vinte e três, às 10:00 (dez horas), realizou-se no Auditório Lays Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ANÁLISE INSTITUCIONAL DA PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM: em cena a segurança do paciente na administração de medicamentos na psiquiatria", da aluna *Sandra Eliemar Rocha*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Tecnologias Gerenciais em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Carla Aparecida Spagnol, Vania Regina Goveia e Lúcia Cardoso Mourão, 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:

APROVADA;

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA

FOLHA EM ANEXO; REPROVADA.

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, 11 de outubro de 2023.

Profª. Drª. Carla Aparecida Spagnol Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Vania Regina Goveia Membro Titular (UFMG)

Profª. Drª. Lúcia Cardoso Mourão Membro Titular (UFF)

Davidson Luis Braga Lopes

Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por Carla Aparecida Spagnol, Professor(a), em 11/10/2023, às 16:04, 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 17/10/2023, às 16:32, 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 Lucia Cardoso Mourão, Usuário Externo, em 23/10/2023, às 15:44, 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 23/10/2023, às 17:21, 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 2710393 e o código CRC 8256133C.

AGRADECIMENTOS

À Fonte criadora, pela oportunidade de estar em evolução nesta vida e com a certeza de que estou no lugar certo com as pessoas certas a minha volta.

À minha mãe, pela inspiração e força diária para continuar, luz na minha vida. Ao meu pai, por ser uma lembrança hoje para mim, gratidão a vocês.

Aos meus motivos diários de felicidade e orgulho: Luísa, pela generosidade e parceria acadêmica, floresceu comigo ao longo desse caminho. Caio, pela pergunta frequente que renovava minha energia: “Conseguiu evoluir, mãe?!” E João, pela compreensão e tolerância com minha ausência, simplesmente aceitando meu momento de estudo. Saibam que estou feliz por ter conseguido concluir este projeto.

A construção desta pesquisa me levou para caminhos acadêmicos que não imaginava, uma parceria entre a enfermagem, psicologia e sociologia com seus autores. Conteúdo novo para mim... mas a ajuda sempre existiu. Agradeço à grande psicóloga Marta Heloísa Rocha, minha irmã, pelo seu apoio incondicional, para além dos livros e discussões temáticas. Obrigada por estar comigo neste momento de crescimento profissional e de superação pessoal, o amor não precisa de palavras. Sinta-se representada nesta dissertação.

Ian, Isadora e Tio Vino, sempre senti o apoio de vocês e agradeço à oportunidade de sermos família, obrigada.

Às grandes amigas e profissionais que a vida me trouxe de presente, Fabiana Almeida Dutra, Eliane Amorim e Neide Cavalcante, somos um quarteto imbatível. Para além do trabalho, somos unidas pelo amor. Vocês representam meu universo dentro da Auditoria de Enfermagem e fazem parte deste projeto assistencial, em que coloco em cena o foco do nosso trabalho diário: a qualidade da assistência ao paciente.

À Cláudia Rosa e Dr. Coli, pela felicidade sincera quando souberam da minha aprovação no mestrado, agradeço pela confiança que sempre tiveram no meu trabalho e pela atenção comigo.

À minha orientadora Profa. Dra. Carla Aparecida Spagnol, pela generosidade em me ensinar tudo que eu não sabia, pela paciência em ouvir minhas ideias iniciais e pela competência em me ajudar a transformar e ampliar minha proposta de trabalho, para conhecer o meu real propósito com esta pesquisa. Obrigada demais.

Às professoras Dra. Lúcia Cardoso Mourão e Dra. Vânia Regina Gouveia, pela atenção e importantes contribuições na banca de qualificação do meu projeto e que generosamente aceitaram avaliar esta pesquisa. Sinto-me honrada por estarem comigo.

Às Enfermeiras Maristela Soares e Ana Paula Renault por terem recebido meu projeto e pelo suporte para a realização dos encontros socioclínicos com a equipe, pelas dependências do hospital, obrigada pela confiança.

À Enfermeira Andrea Abreu Amaral por ter me acolhido e me acompanhado nas etapas iniciais do mestrado. Obrigada por tanta generosidade.

Agradeço sinceramente a toda equipe de Enfermagem da unidade psiquiátrica, pela participação e compartilhamento de tantos saberes de maneira tão verdadeira, que vocês sintam e recebam toda luz pelo reconhecimento do cuidado que oferecem diariamente a cada paciente. E carinhosamente, aos Enfermeiros Nei Silva e Sylvia Grillo pelo apoio na liberação da equipe, informações valiosas e valorização do meu projeto.

“[...] Todo recomeço, toda boa intenção

Toda ideia nova

Toda nova informação

Vencer os contratempos

[...] Consciência e paciência

Intensas modificações

E a mais completa certeza

De que tudo vai dar certo”

(Todas as janelas – Jota Quest)

RESUMO

Introdução: A administração de medicamentos é atribuição da equipe de enfermagem e demanda conhecimentos específicos na observação de todas as etapas deste processo. Quando realizada de maneira conforme e pertinente, obedecendo às boas práticas estabelecidas para esse cuidado, permite uma assistência de qualidade, livre de danos e com desfecho assistencial favorável e seguro ao paciente. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a prática profissional da equipe de enfermagem relacionada à administração de medicamentos na unidade psiquiátrica de um hospital geral público de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa, que utilizou o referencial teórico da Análise Institucional (AI), na sua vertente Socioclínica Institucional. Realizou-se esta pesquisa em um hospital público, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, com capacidade prevista para 249 leitos. O cenário do estudo foi a unidade psiquiátrica com capacidade para 20 pacientes e os participantes da pesquisa foram 19 profissionais da equipe de enfermagem desta unidade. Para a produção dos dados, realizaram-se dez encontros socioclínicos, no período de 23/05/2023 a 21/06/2023 e um encontro de restituição. Com o objetivo de operacionalizar esses encontros, criou-se um dispositivo utilizando a técnica de análise da prática profissional denominada GEASE (*Groupe Entrainement de Analyse de Situations Éducatives*), adaptada para esta pesquisa. Além disso, o diário da pesquisadora também se constituiu como técnica para a produção dos dados. Cada encontro socioclínico teve uma média de duração de 80 minutos e gravaram-se e transcreveram-se os dados organizando-os a partir de alguns conceitos da AI e das 8 características da Socioclínica Institucional, a fim de se conhecer a prática profissional da equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica, compreendendo os aspectos organizacionais acerca do processo de administração de medicamentos. Os Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e do hospital aprovaram a pesquisa em que se realizou o estudo, sob o parecer de número 5.783.237. **Resultados e Discussão:** Corroborou-se a encomenda desta pesquisa com as demandas trazidas pelos participantes nos encontros socioclínicos, os quais se interessaram pela pesquisa-intervenção pela possibilidade de produzirem conhecimento e transformações na prática profissional de forma coletiva. O processo de análise de implicações levou o grupo a falar sobre seus sentimentos de medo, frustração, constrangimento, situações traumáticas e incômodos que se revelaram em contextos relacionados à prática profissional, seus valores e afetos, além dos seus limites como seres humanos. Nessa investigação surgiram 02 analisadores: “Farmácia Hospitalar e seus processos” e “Modelo de Gestão instituído na unidade”, que revelaram contradições institucionais no processo de dispensação de medicamentos, enfatizando as relações de poder, o modo centralizado de gestão, a falta de comunicação efetiva e de mobilização das categorias da enfermagem para lutarem pelos seus direitos e pela valorização da profissão. O contexto hospitalar em que a unidade psiquiátrica está inserida e suas interferências sobre o trabalho da enfermagem se apresentaram como condições que contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos, tais como: o perfil da equipe, déficit de pessoal, a impessoalidade no relacionamento interpessoal e na comunicação entre a equipe médica e de enfermagem, condições do ambiente de trabalho inadequadas, medo de punição em comunicar e notificar a ocorrência de eventos adversos e incidentes relacionados a administração de medicamentos e ausência de capacitações que atendam às demandas específicas da unidade. **Considerações finais:** O produto técnico se constitui na própria pesquisa-intervenção, a partir dos conhecimentos produzidos coletivamente com a equipe de enfermagem, enquanto possibilidade de transformação da realidade percebida por todos os envolvidos no estudo, na busca de um cuidado seguro para os pacientes. Além disso, elaborou-se uma Ficha Técnica para apresentar

propostas de intervenção, a fim de subsidiar a direção do hospital, a coordenação e a equipe de enfermagem da unidade na compreensão e análise dos resultados obtidos, destacando as demandas apresentadas pelos participantes e as propostas produzidas coletivamente com a pesquisadora.

Palavras-chave: Análise institucional. Enfermagem. Hospital. Psiquiatria. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Introduction: Medication administration is the responsibility of the nursing team and requires specific knowledge in observing all stages of its process. When carried out in a compliant and pertinent manner, following the good practices established for this care, it allows quality care, free from damage and with a favorable and safe care outcome for the patient. **Objective:** This research aimed to analyze the professional practice of the nursing team related to medication administration, in a psychiatric unit of a public general hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Methodology:** This is an intervention research with a qualitative approach, based on the principles of the theoretical framework of Institutional Analysis, in its socio-clinical aspect for analyzing professional practice. This research was carried out in a public hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, with a capacity for 249 beds. The study setting was the psychiatric unit with capacity for 20 patients and the participants in the research were 19 professionals from the unit's nursing team. In order to produce the data, ten socio-clinical meetings were held from May 23rd to June 21st 2023 and one restitution meeting. With the aim of operationalizing these meetings, a device was created using the professional practice analysis technique called GEASE (Groupe Entrainement de Analyse de Situations Éducatives), which was adapted for this research. Furthermore, the researcher's diary also served as a technique for data production. The socio-clinical meetings lasted an average of 80 minutes, and a total time of 13 hours and 26 minutes. The collected data were transcribed and organized based on an approach to the main concepts of AI and the 8 characteristics of the Institutional Socioclinic, in order to understand the organizational aspects regarding the medication administration process and understand the professional practice of the nursing team. The Ethics and Research Committees of the Federal University of Minas Gerais (COEP/UFGM) and the hospital where the study was carried out approved this project under the protocol number 5.783.237. **Results and Discussion:** The order for this research was corroborated by the demands brought by the participants in the socio-clinical meetings, who were interested in intervention research due to the possibility of producing knowledge and transformations in professional and collective practice. The process of analyzing implications led the group to talk about their feelings of fear, frustration, embarrassment, traumatic situations and discomfort that were revealed in contexts related to professional practice, their values and affections, beyond their limits as human beings. In this investigation, two analyzers emerged: "Hospital Pharmacy and its processes" and "Management Model established in the unit", which revealed institutional contradictions in the medication dispensing process, emphasizing power relations, the centralized management mode, the lack of effective communication and mobilization of nursing categories to fight for their rights and the valorization of the profession. The hospital context in which the psychiatric unit is located and its interference with nursing work are revealed as conditions that contribute to the possibility of errors and failures in the medication administration process such as the team profile, staff shortages, impersonality in the interpersonal relationships and communication between doctors and nurses, inadequate working environment conditions, fear of punishment in communicating and notifying the occurrence of events/incidents related to health care and the lack of specific training that meets the specific demands of the unit. **Final considerations:** The technical product constitutes the intervention research itself, based on the knowledge produced collectively with the nursing team, as a possibility of transforming the reality perceived by everyone involved in the study, in the search for safe care for patients. Furthermore, a Technical Report was prepared to support the unit's coordination in understanding and analyzing the results obtained, highlighting the demands presented by the nursing team and the proposals produced collectively together with the researcher. **Keywords:** Institutional Analysis. Hospital. Nursing. Patient Safety. Psychiatry.

LISTA DE ABREVIATURAS

AI	Análise Institucional
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPF	Boas Práticas de Funcionamento
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN – DF	Conselho Regional de Enfermagem- Distrito Federal
CPGRSH	Comissão Permanente de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar
GEASE	<i>Groupe Entraînement de Analyse de Situations Éducatives</i>
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SDMU	Sistema de Distribuição de Medicamentos em dose unitária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Linha do tempo apresentando os principais eventos relativos à segurança do paciente	31
Figura 2	- Características da Socioclínica	42
Figura 3	- Mural de Reflexões – Equipe de enfermagem – Psiquiatria	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Participantes dos encontros socioclínicos	47
Quadro 2 – Organização dos encontros socioclínicos e encontro de restituição	52
Quadro 3 – Média de idade dos profissionais da enfermagem da unidade psiquiátrica	62
Quadro 4 – Tempo médio de atuação na enfermagem, trabalho na instituição e na unidade psiquiátrica	64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Minhas implicações pessoais e profissionais	15
1.2 Delimitação do objeto de estudo e justificativa	19
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	25
3.1 Psiquiatria, modelo manicomial, reforma psiquiátrica	25
3.2 Métodos de organização do processo de trabalho na enfermagem	28
3.3 Segurança do paciente com foco na administração de medicamentos	30
3.4 Processo de administração de medicamentos	34
3.5 Análise Institucional e sua vertente Socioclínica Institucional: breve gênese histórica e alguns conceitos	39
4 MATERIAL E MÉTODO	44
4.1 Abordagem da pesquisa	44
4.2 Cenário da pesquisa	45
4.3 Participantes da pesquisa	47
4.4 Técnica de coleta e produção dos dados	48
4.5 Organização dos dados para análise	55
4.6 Cuidados éticos	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 Análise da encomenda e das demandas	57
5.2 Participação dos sujeitos no dispositivo	62
5.3 Trabalho das implicações primárias e secundárias da pesquisadora e dos participantes	65
5.4 Trabalho dos analisadores	70
5.4.1 Analisador “Farmácia Hospitalar” e seus processos	70
5.4.2 Modelo de Gestão do Cuidado instituído na unidade	77
5.5 Atenção ao contexto e interferências institucionais	80
5.6 Análise das transformações à medida que o trabalho avança	96
5.7 Intenção de produzir conhecimentos	98

5.8 Aplicação das modalidades de restituição	102
6 PRODUTO TÉCNICO	109
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A – Convites encontro socioclínico e encontro de restituição	133
APÊNDICE B – Roteiro encontro socioclínico	134
APÊNDICE C – Roteiro para organização do encontro de restituição	135
APÊNDICE D – Trechos selecionados para o encontro de restituição	136
APÊNDICE E – Recortes das transcrições	138
APÊNDICE F – Situações relatadas no GEASE	181
APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido	184

1 INTRODUÇÃO

1.1 Minhas implicações pessoais e profissionais

A escolha da enfermagem se deu fortemente por eu crescer vendo minha mãe sair para trabalhar para “cuidar de pessoas”. Minha mãe era uma auxiliar de enfermagem perfeita! Aprendi dentro de casa o sentido de cuidar, conheci técnicas básicas de enfermagem feitas com excelência pelas mãos dela. Desde 1997, sou formada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Durante a graduação, tive uma formação extracurricular construída em hospitais de Belo Horizonte e, ao término do curso, eu já estava inserida nesse ambiente, apenas mudei minha condição de acadêmica para enfermeira.

Em 2000, por meio de concurso público, iniciei minhas atividades em um hospital público de grande porte, onde adquiri experiência profissional em algumas áreas como clínica médica, cirúrgica, ortopedia, neurologia, cardiologia e psiquiatria. Aliado ao trabalho no hospital, desempenhei também atividades relacionadas à Auditoria de Enfermagem, desenvolvida em hospitais privados de Belo Horizonte e operadoras de planos de saúde. Essa convergência de ações, em ambientes distintos do sistema de saúde, delineou meu trabalho voltado para a assistência de enfermagem com foco centrado no paciente.

O trabalho realizado no período de 2014 a 2021, no plantão noturno, no hospital foco deste estudo, colocou-me em contato direto com pacientes da clínica psiquiátrica e apresentou uma realidade muito particular no âmbito da assistência de enfermagem em relação a outros setores do hospital, onde tive a oportunidade de trabalhar.

A unidade psiquiátrica ocupa uma área no quarto andar do referido hospital, dividida em alas masculina e feminina, com acesso controlado por meio de abertura de porta apenas por crachá de identificação da equipe do setor e profissionais afins, dispondo ainda, durante o dia, de porteiro para controle dos visitantes.

A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, garantindo a assistência nas 24 horas. O setor possui profissionais em sua maioria, com experiência mínima em psiquiatria de oito anos e alguns possuem prática hospitalar apenas nesse setor por mais de vinte anos.

Os pacientes possuem internações frequentes, sendo assim conhecidos, na maioria das vezes, por toda equipe, não só do ponto de vista clínico, mas também nos aspectos da vida pessoal e familiar, o que facilita a abordagem e manejo dos cuidados a serem prestados. Ao serem admitidos no setor, são acomodados em leitos de acordo com a condição clínica e estrutura da unidade, em uma definição da equipe de enfermagem. Dessa forma, o número do

leito de um paciente, definido em sua pulseira de identificação, pode não corresponder ao mesmo leito que ele ocupará ao longo da internação, devido à organização feita pela enfermagem. Aspectos como o perfil dos outros pacientes da enfermaria, diagnóstico, necessidade de estar mais próximo ao posto de enfermagem e de permanecer em um quarto privativo, enfim, condições relacionadas às demandas do paciente são consideradas nessa organização.

As enfermarias não possuem armários para guarda de itens de uso pessoal dos pacientes nem mesa de cabeceira; os itens para higiene pessoal são acondicionados em sacos transparentes, identificados e armazenados em armários para essa finalidade no posto de enfermagem. A unidade conta com plantão médico exclusivo nas 24 horas e isso permite um atendimento mais ágil às demandas do paciente, bem como das solicitações da enfermagem para questões diversas.

As refeições dos pacientes são servidas em um refeitório instalado na unidade e a enfermagem se organiza para acompanhar e auxiliar os pacientes que necessitam de estímulo para se alimentar. Os registros de enfermagem são feitos no prontuário eletrônico do paciente e obedece à padronização definida para todos os pacientes do hospital, não há adaptações específicas para esse perfil de paciente.

Para os pacientes psiquiátricos, são valorizados registros capazes de expressar a condição destes, tais como estado de consciência, higiene e autocuidado, aceitação da dieta e necessidade de auxílio para a alimentação, comunicação, aceitação dos medicamentos, padrão de sono, enfim, aspectos que permitem perceber sua evolução clínica pela equipe multiprofissional frente às demandas apresentadas que motivaram a internação.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou, em 2016, o *Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem*, que trouxe diretrizes para nortear as anotações de várias condições da assistência de enfermagem, mas não contemplou nenhum aspecto relacionado ao cuidado específico em unidade psiquiátrica. Entretanto, destacou, como finalidade importante dos registros, a partilha de informações capaz de estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente e aspectos relacionados aos registros da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem (COFEN, 2016).

No que se refere à administração de medicamentos no referido hospital, deparei-me com uma organização do trabalho da enfermagem fragmentada e com ênfase nos procedimentos. Essa forma de organizar o trabalho evidencia os princípios do método funcional, que advém da

Administração Científica, sendo seu precursor Frederick Winslow Taylor (1856-1915), que tinha por propósito a economia de tempo e maior agilidade nas atividades, determinando a divisão de tarefas (Spagnol *et al.*, 2001).

A administração dos medicamentos de todos os pacientes é feita por um técnico de enfermagem para a ala feminina e um para a ala masculina. A equipe se organiza no atendimento aos pacientes da seguinte forma, de acordo com a rotina estabelecida: a prescrição é eletrônica, os medicamentos são entregues, em dose unitária, por um funcionário da farmácia, e conferidos junto à enfermagem. Dentro do posto de enfermagem, são armazenados, em um “carro *locker*”, que possui uma gaveta para cada paciente, de abertura rastreável pela matrícula do funcionário. Segundo Vilela e Jericó (2019), a prescrição eletrônica, dose unitária e armazenamento em carro *locker*, constituem tecnologias duras que podem ter papel importante na prevenção de erros na dispensação e administração de medicamentos.

Na época em que eu atuava como supervisora do plantão noturno, no momento da administração dos medicamentos, os pacientes eram organizados em uma “fila” na porta do posto de enfermagem ou eram reunidos no refeitório e o profissional responsável administrava os medicamentos a todos os pacientes. Eventualmente, na impossibilidade de deslocamento do paciente, o responsável se dirigia a seu leito. As prescrições com medicamentos fixos para o horário noturno, habitualmente, apresentavam horários para administração máxima entre 20 horas e 22 horas, pois, a partir desse horário, os pacientes se preparavam para dormir. No momento da administração de medicamentos, a equipe se comunicava com o paciente, a fim de obter informações sobre como ele esteve durante o dia e observava, nessa oportunidade, as condições clínicas deste, enquanto esperavam pela ingestão completa dos medicamentos.

No plantão diurno, a equipe se direcionava às enfermarias ou reunia os pacientes no refeitório; o fluxo de pessoas na unidade durante o dia não permitia que os pacientes fossem medicados no posto de enfermagem. Esses aspectos relacionados à área física, organização da unidade, horários para administração e a divisão de tarefas, chamaram minha atenção, pois diferiam muito das demais unidades do hospital onde estive inserida anteriormente.

Quanto à prática de preparo e administração de medicamentos, cada profissional possuía seu próprio modo de fazer, sendo que, em alguns aspectos, percebia sinais de fragilidade, em que o preparo e a administração, eventualmente, não estavam amparados em boas práticas preconizadas para esse procedimento. Esses pontos de fragilidade traduziam-se na forma de separação dos medicamentos para cada paciente; na interpretação da prescrição; no agrupamento de medicamentos com horários próximos; na interrupção frequente durante o preparo dos medicamentos por demandas dos pacientes; ao grande volume de medicamentos a

serem administrados apenas por um técnico de enfermagem de cada ala; na identificação do paciente no momento da administração e ainda itens faltosos que demandavam a ida à farmácia para buscar o que fosse necessário. Nessa unidade, ocorreram incidentes e eventos adversos decorrentes de falhas na interpretação da prescrição, preparo e identificação do paciente, sendo esses episódios os motivadores da intenção deste estudo.

No entanto, nesse cenário, percebiam-se, também, ações e comportamentos pontuais de alguns membros da equipe de enfermagem, que executavam essa prática da administração dos medicamentos com atenção à leitura e interpretação da prescrição; ao preparo apenas dos medicamentos específicos para determinado horário; à dupla checagem para medicamentos de alta vigilância e à identificação correta do paciente e medicamentos prescritos nas etapas de preparo e administração.

Diante desse contexto que se apresentou na minha rotina de trabalho, tive o interesse, no ano de 2020, em trazer meus questionamentos profissionais para o universo acadêmico e, iniciei então minha preparação para ingressar no mestrado profissional. A escolha por essa modalidade deveu-se à possibilidade de integração entre minha vivência na enfermagem voltada para o trabalho e minha necessidade pessoal de respostas para os apontamentos que emergiam durante minha prática profissional hospitalar.

Desde 2018, mantenho apenas o vínculo hospitalar, por isso considero este momento como uma nova fase profissional e percebo em mim, claramente, a necessidade e a maturidade que justificaram esta escolha. Neste processo acompanharam-me incertezas quanto à inexperiência do mundo acadêmico, no que se refere à tradução para esse universo, a minhas questões profissionais que apresentei como proposta de estudo, para beneficiar diretamente o paciente, que é o alvo do meu trabalho como enfermeira; a equipe de enfermagem, que me acompanhou neste estudo a partir de reflexões sobre sua prática profissional e a organização, pois, tive e tenho a oportunidade de conhecer uma realidade vivenciada por uma equipe, inserida em uma unidade muito específica em relação aos demais setores do hospital.

Os conteúdos apresentados na disciplina “Tópicos em Gestão de Serviços de Saúde II- Socioclínica e Análise Institucional da Prática Profissional” e as contribuições da minha orientadora, motivaram-me a realizar esta pesquisa-intervenção, a partir do referencial teórico metodológico da Análise Institucional (AI), na sua vertente Socioclínica Institucional.

O conhecimento adquirido, de maneira gradual, ao longo da disciplina, dos principais conceitos da AI, a possibilidade de aplicação em pesquisas que envolvem a prática profissional e a oportunidade de refletir sobre minhas implicações com o objeto de estudo e a minha própria

prática determinaram minha escolha para utilizar este referencial teórico metodológico nesta pesquisa.

1.2 Delimitação do objeto de estudo e justificativa

A administração de medicamentos é atribuição da equipe de enfermagem, sendo uma das maiores responsabilidades do seu exercício profissional (Arcuri, 1991). O Conselho Federal de Enfermagem, em seu decreto nº 94.406/87, que regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, em seu artigo 11 inciso III, afirma a competência do técnico de enfermagem para administração de medicamentos e o artigo 13, do referido decreto, formaliza para efetivação desta atividade, quando realizada pelo técnico, a necessidade de orientação, supervisão e direção do enfermeiro (COFEN, 1987).

O processo de administração de medicamentos é uma das etapas do sistema de medicação composto por prescrição do fármaco, dispensação, preparo e a administração, propriamente dita. Em um artigo de revisão, considerou-se, como definição de sistema de medicação hospitalar, um sistema complexo, organizado e multiprofissional com processos interdependentes centrados no paciente que partilham o objetivo comum de fornecer, de forma segura, eficaz, apropriada e eficiente os medicamentos, com várias etapas e múltiplas passagens de responsabilidade, influenciado pelo ambiente organizacional e de prestação de cuidados (Sales; Araújo; Jesus, 2021).

A Resolução – RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011, dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas para o funcionamento dos serviços de saúde fundamentados na qualificação, humanização da atenção e gestão, redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Nesse sentido, as Boas Práticas de Funcionamento (BPF) são os componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados e são orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes à prestação de serviços de saúde. Em seu artigo 8º, determina que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes (Brasil, 2011).

Buscando o significado de “Prática” para compreensão do conceito de “Boas Práticas”, no Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis, em sua versão online, dentre todas as definições apresentadas, destaca-se: “ato ou efeito de praticar; – aplicação das regras ou dos princípios de uma arte ou ciência; – execução repetida de um trabalho ou exercício sistemático como fim de adquirir destreza ou proficiência; – perícia, técnica; – uso, costume”. O termo

“prática” remete a uma continuidade e, quando associado ao termo “boas” e “melhores” torna-se um elemento estratégico na busca por melhores resultados, em especial no campo da saúde (Ceará, 2021).

A administração de medicamentos, em todas as vias possíveis, reflete uma atividade relevante, frequente, podendo levar a complicações graves em casos de falhas no processo, que podem comprometer o desfecho assistencial clínico dos pacientes. A etapa de administração de medicamentos é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação pela farmácia, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos (Brasil, 2013a).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, coordenado pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), define erro de medicação como qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando esse se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos aos indivíduos. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos (Brasil, 2013a).

O erro não deve ser visto de forma punitiva, mas se constituir como oportunidade de aprendizado, visão que se apoia na perspectiva da cultura de segurança do paciente. A notificação tem por finalidade identificar o erro para posterior análise em cadeia de todos os processos anteriores envolvidos e embasar o aprimoramento de barreiras para evitar novas ocorrências (Brasil, 2014).

Para Guardado *et al.* (2017), os erros de medicação são multifatoriais e multidisciplinares, são produzidos por falhas nos processos de uso de medicação e deveriam ser analisados como erros de sistema. Eles nunca deveriam ser considerados como erros humanos e atribuir responsabilidades, mas suas causas são analisadas para prevenir erros recorrentes.

Em uma pesquisa realizada em um hospital universitário do Rio de Janeiro foram avaliadas algumas variáveis relacionadas ao processo de administração de medicamentos, sendo que a maior frequência (24,00%) foi relativa à não notificação dos eventuais incidentes relacionados aos medicamentos (Camerini, *et al.* 2022).

Segundo Camerini *et al.* (2022), estima-se que os incidentes raramente ocorram por negligência, mas sim por falhas apresentadas no sistema, fadiga dos profissionais e escassez de pessoal capacitado, o que, por sua vez, afeta as etapas do sistema de medicação.

Estudo exploratório, realizado por Miasso *et al.* (2006), analisou o processo de preparo e administração de medicamentos de unidades de clínica médica de quatro hospitais brasileiros e relacionou alguns problemas que podem estar associados a possíveis erros nesse processo, tais como: separação dos medicamentos sem conferência com a prescrição; preparo antecipado dos medicamentos; falhas na técnica de administração; identificação incorreta dos medicamentos; atraso na administração e dúvidas sobre o nome do medicamento. Esses problemas se associam, em parte, aos princípios de boas práticas que, se adotados, podem contribuir para inibir a ocorrência de erros de medicação que, no cenário apresentado desse estudo, se correlacionam com medicamento certo, prescrição certa, paciente certo e hora certa. Ainda nesse estudo, a frequência dos erros relacionada ao processo de administração de medicamentos foi a segunda maior com um índice de 38%, precedida dos erros relacionados à prescrição de medicamentos que somou 39%, 12% na transcrição e 11% na dispensação, o que denota uma ocorrência expressiva nesse processo que se constitui na última barreira antes de ser administrado no paciente.

Gluyas e Morrison (2014) e Kavanagh (2017) descrevem as possíveis falhas humanas no ato de medicar e as classificam em: individuais, ambientais e falta de conhecimento. As individuais se relacionam com atenção, lapsos de memória, deficiências de formação acadêmica e inexperiência. As falhas ambientais consideram o local de trabalho com seus aspectos estruturais como iluminação inadequada, barulho e interrupções frequentes. A falta de conhecimento se refere a não realização ou falha de treinamento, ao dimensionamento inadequado de profissionais, comunicação não efetiva, políticas do serviço, protocolos ou mesmo produtos inadequados utilizados na medicação do paciente.

A equipe da unidade psiquiátrica participante desta pesquisa, sofre significativa interferência e possibilidade potencial de cometer falhas em decorrência de fatores ambientais, traduzidos pela estrutura do posto de enfermagem que está inserido entre as alas feminina e masculina, sendo os profissionais expostos a interrupções frequentes e exposição a barulho dos pacientes e telefone, comprometendo a atenção necessária para o processo de preparo e administração de medicamentos.

No período de janeiro de 2022 a junho de 2023, foram notificados à Comissão Permanente de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar (CPGRSH), do hospital cenário deste estudo, 77 erros referentes a medicamentos e, desses, 72 relacionados às etapas do sistema

de medicação, sendo elas: prescrição, dispensação e administração. A unidade psiquiátrica apresentou duas notificações relacionadas às etapas de prescrição e administração de medicamentos nesse período¹.

A ocorrência de erros e falhas, durante o período de trabalho da pesquisadora na unidade em estudo, constituiu-se um motivador para a realização desta investigação, a partir da necessidade de conhecer melhor as condições em que esses ocorriam e de como se apresentavam no contexto da prática profissional da equipe de enfermagem. Atualmente, apesar do reduzido número de notificações informadas pela unidade, é necessário compreender se a cultura de segurança está permeando a prática profissional da enfermagem que atua no setor. A Portaria MS/GM nº 529/2013 apresenta conceitos de cultura de segurança transcritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo um deles: “Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança” (Brasil, 2014).

Tais informações merecem ser analisadas em conjunto à rotina hospitalar e realidade vivenciada pela equipe que executa a administração de medicamentos. A educação permanente em saúde, associada a ações específicas do Núcleo de Segurança do Paciente junto às equipes, podem promover a cultura de segurança e o estímulo a notificações de incidentes e eventos em tempo real, com caráter preventivo e educativo.

A partir dessas constatações, este estudo se propôs a conhecer o processo de administração de medicamentos realizado pela equipe de enfermagem que atua na unidade psiquiátrica de um hospital público e geral em Belo Horizonte, considerando as características do serviço, perfil dos pacientes e a prática profissional da equipe de enfermagem. Neste sentido, foi elaborada a seguinte questão norteadora para este estudo: “Quais fatores contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos, a partir da análise da prática profissional da equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica?”

Assim, as premissas básicas para a construção desta pesquisa são: considerar as características do paciente psiquiátrico; a reflexão da equipe de enfermagem sobre sua prática profissional; possíveis falhas no processo de administração de medicamentos e os preceitos de boas práticas que norteiam essa atividade.

Portanto, esta pesquisa é relevante, pois permitirá conhecer a prática profissional da equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica relacionada à administração de medicamentos, enquanto cuidado essencial aos pacientes. Além disso, esse tema é inovador para o hospital,

¹ Informações obtidas a partir da Comissão Permanente de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar (CPGRSH) do hospital em análise, em julho de 2023.

uma vez que não se tem registro de nenhuma pesquisa realizada por seus servidores com tal temática.

Esta investigação se justifica por permitir conhecer os processos relacionados à administração de medicamentos enquanto cuidado, conforme e seguro, a identificação de possíveis fragilidades que interferem nesse cuidado, propiciando um espaço de reflexão para a equipe de enfermagem em relação a sua prática profissional.

Como servidora pública e pesquisadora, contribuirei diretamente, por meio do desenvolvimento desta pesquisa para que o alvo das ações desenvolvidas pela equipe assistencial seja um atendimento livre de danos e que busca a melhora na condição de saúde do paciente. O produto técnico se constitui na própria **pesquisa-intervenção**, a partir dos conhecimentos produzidos coletivamente com a equipe de enfermagem, enquanto possibilidade de transformação da realidade percebida por todos os envolvidos no estudo, na busca de um cuidado seguro para os pacientes. Além disso, foi elaborada uma “**Ficha Técnica de Propostas para Intervenção**”, a fim de subsidiar a coordenação da unidade na compreensão e análise dos resultados obtidos, destacando as demandas apresentadas pela equipe de enfermagem e as propostas produzidas coletivamente com a pesquisadora.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a prática profissional da equipe de enfermagem relacionada à administração de medicamentos na unidade psiquiátrica de um hospital público e geral de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a visão da equipe de enfermagem acerca do processo de administração de medicamentos na unidade psiquiátrica.
- Identificar quais fatores contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos, na unidade psiquiátrica.
- Propiciar um espaço de análise e reflexão para a equipe de enfermagem sobre o processo de administração de medicamentos estabelecido na unidade psiquiátrica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Psiquiatria, Modelo Manicomial, Reforma Psiquiátrica

A psiquiatria surgiu há pouco mais de duzentos anos, tendo seu marco fundador o trabalho do médico francês Philippe Pinel (1745-1827) em Paris, e se consolidou como especialidade médica com o nome de alienismo: a que trata de alienados e da alienação mental. O termo psiquiatria (*psychiaterie*) foi criado pelo alemão Johan Christian Reil (1759-1813) e se popularizou no final do século XIX (Teixeira, 2019).

O modelo manicomial, fundado no final do século XVIII, teve no isolamento um de seus fundamentos, sendo inaugurado em 1793 por Pinel, o primeiro asilo de alienados mentais, produzindo um efeito de retirar o louco da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura, da vida social e o desenvolvimento de saberes que se desdobraram na clínica psiquiátrica tradicional e nas instituições manicomiais: “isolar para conhecer”, como condição para a investigação e explicação das causas e tipos de alienação mental e “isolar para tratar”, enquanto a instituição afasta as influências maléficas, morbígenas, que causam e agravam a alienação. Portanto, a instituição asilar é instrumento de cura. Pinel defendia uma abordagem clínica do sintoma ao quadro clínico para traçar uma classificação e tratamentos. Considerava as paixões, os excessos de todos os tipos, as irregularidades dos hábitos de vida e a educação perniciososa como causas morais da alienação. O confinamento da loucura no manicômio e seu submetimento como objeto de intervenção do alienismo produziram uma nova experiência da loucura, capturada pelo discurso médico, com a loucura como erro e ausência de sentido, como desordem da razão e perda do juízo moral e ausência de saúde psíquica (Amarante; Torre, 2018).

Coube a Phillippe Pinel a busca por uma descrição clínica das doenças mentais, a construção de proposta terapêutica, estabelecendo uma reforma em relação ao tratamento que era dado aos alienados nas instituições francesas (Maurense; Takinado e Maraschin, 2014).

Em 1844, 13 médicos diretores de pequenos manicômios reuniram-se na Filadélfia e criaram a Associação de Superintendentes Médicos de Instituições Norte-Americanas para Doentes Mentais. Em 1892, os superintendentes dos manicômios passaram a utilizar tratamentos físicos que incluíam hidroterapia onde duchas de alta pressão e banhos prolongados eram considerados úteis, injeção de extrato de tireoide de ovelha, injeção de sais metálicos, soro equino e arsênico para devolver a lucidez à mente enlouquecida (Whitaker, 2017).

No Brasil, nos séculos XVI e XVII, os loucos pobres ficavam como errantes nas ruas das cidades, enquanto os provindos de famílias ricas eram contidos em casa. A abolição da

escravatura e o incremento da Revolução Industrial brasileira trouxeram ao país um grande contingente de imigrantes, indivíduos errantes e desviantes dos padrões morais e sociais da época. Nesse contexto, criou-se o primeiro hospício no Brasil, sendo os loucos agregados e recolhidos a essa instituição. Em 1852, no Rio de Janeiro, criou-se o Hospício Pedro II, com 350 leitos psiquiátricos, com característica asilar, trazendo para a loucura a condição de doença e despertando denúncias de maus tratos, superlotação, condições sanitárias precárias, falta de assistência médica e ausência de cura (Martins *et al.*, 2011).

Entre 1930 e 1940, novo trio de terapias surge com ação diretamente sobre o cérebro, a terapia do coma insulínico que consistia em uma injeção de dose elevada de insulina que provocava um coma hipoglicêmico seguido de uma injeção de glicose em que os circuitos normais do cérebro eram restabelecidos e com eles a sanidade e a realidade. O uso de eletrochoque e o Metrazol, um veneno, com a capacidade de induzir convulsões e ao retornar o paciente estava livre das ideias psicóticas e com um ânimo mais feliz. E, por fim, considerado um tratamento inovador naquela época, a Lobotomia frontal, que consistia na destruição dos lobos frontais com aparente cura instantânea (Whitaker, 2017).

Essas terapias surgem no Brasil nas décadas de 1940 e 1950, com grandes avanços na indústria farmacológica e a intensa disseminação dos ideais de institucionalização do doente mental por todo o país (Martins *et al.*, 2011).

A Segunda Guerra Mundial (1939-1945) revelou um cenário em que a doença mental foi a grande causa da ineficácia e perda de pessoal, tornando-se uma preocupação para a ciência. Os tratamentos existentes, coma insulínico, eletrochoque e lobotomia, deveriam ser oferecidos a mais pessoas e soluções a longo prazo eram necessárias. Nesse contexto, com uma demanda à ciência para que se produzissem pesquisas para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mentais, criou-se o cenário para uma transformação da psiquiatria e sua terapêutica através da indústria farmacêutica (Whitaker, 2017).

Uma conexão se estabeleceu entre a psiquiatria acadêmica e a indústria farmacêutica nos Estados Unidos na década de 1980, com a contratação de psiquiatras de escolas médicas para servirem como seus consultores, determinando grandes avanços científicos em que os transtornos mentais eram ‘doenças cerebrais’ causadas por ‘desequilíbrios químicos’ no cérebro, e que poderiam ser então corrigidas por uma nova geração de drogas psiquiátricas. Nesse contexto, o consumo de drogas psiquiátricas nos Estados Unidos expandiu alcançando rapidamente outros países, como o Brasil (Amarante, 2007).

A medicalização consiste em uma forma de transformar em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio

ambiente familiar e comunitário, envolvendo interpretações e técnicas de cuidado (Tesser, 2006). A medicalização pode se tornar um meio de controle social, com o indivíduo encorajado a adotar o ‘papel de doente’, o que leva à perda da autonomia individual (Freitas; Amarante, 2015).

A desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, iniciou-se na Itália, com o desenvolvimento de políticas públicas, pelo médico Franco Basaglia (1924-1980), que denunciava a ineficiência dos manicômios enquanto espaço terapêutico e o reconhecimento da necessidade de um atendimento humanizado aos pacientes (Silva *et al*, 2017).

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica ocorreu em meio a uma crise do modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, marcado pela ineficácia dos tratamentos e a violação dos direitos humanos no final dos anos de 1970. Essa reforma constituiu-se em um movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, liderado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Brasil, 2005). O propósito desse movimento consistia em uma substituição gradativa dos leitos em unidades de internação manicomial e asilar, por meio da implantação e consolidação de uma Rede de Atenção Psicossocial.

Em 1989, o Projeto de Lei nº 3.657/89 foi apresentado pelo deputado Paulo Delgado estruturado em três artigos que previam: o impedimento do poder público para contratar ou construir novos hospitais psiquiátricos, o direcionamento do dinheiro público para a criação de recursos não manicomiais para atendimento aos sujeitos do sofrimento e obrigava que as internações compulsórias fossem comunicadas à autoridade judiciária. Esse projeto foi aprovado em 2001 e transformado na lei ordinária 10.216/2001, sendo que todo aparato normativo que a acompanhou determinou o processo de desospitalização de pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, garantindo o direito aos pacientes de serem tratados em ambiente terapêutico menos invasivo. Nessas unidades de saúde não hospitalares, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços territorializados, cujas funções centrais são acompanhar integralmente pacientes psicóticos e neuróticos graves e ordenar a rede de saúde mental da região onde se inserem (Prado; Sá; Miranda, 2015).

O conjunto de ações, decorrentes da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, institucionalizou a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Brasil, 2001), que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com

necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental no âmbito de prevenção, tratamento e reabilitação.

Nesse contexto de transição de oferta de um cuidado hospitalar instituído aos pacientes psiquiátricos em que a contenção do comportamento, representado por um modelo disciplinar de reeducação, fazia-se presente, e a proposta, emanada pela reforma psiquiátrica com as diretrizes da PNSM; tem-se ainda o trabalho da enfermagem como coadjuvante nesse processo de execução da disciplina determinada e a incorporação de novos princípios de uma prática interdisciplinar para superação das práticas manicomiais. Novas práticas terapêuticas que surgiam e priorizavam a reabilitação e a reinserção social, em substituição às práticas associadas à noção de cura (Oliveira; Alessi, 2003).

Apesar do surgimento de novas práticas terapêuticas e de uma nova configuração dos serviços de saúde para acolher e assistir o paciente psiquiátrico, verifica-se que a unidade psiquiátrica em análise, com leitos de internação em um hospital geral, ainda prioriza o tratamento medicamentoso e uma forma fragmentada de organização do trabalho.

3.2 Métodos de organização do processo de trabalho na enfermagem

O ambiente hospitalar, apresenta, em sua organização do trabalho, características importantes do modelo Taylorista/Fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. A Teoria da Administração Científica, iniciada por Frederick W. Taylor, consiste em se obter maior produtividade, racionalizando o trabalho com o uso de métodos e sistemas, colocando o operário sob o comando de uma gerência, seleção dos mais aptos para realizar as tarefas, além da fragmentação e hierarquização do trabalho. Henry Ford, em 1913, apresenta o sentido de linha de montagem e divisão do trabalho, considerando os mesmos princípios desenvolvidos pelo taylorismo. Em complemento à proposta analítica e concreta de Taylor, Fayol estabelece os princípios da boa administração, em que o administrador tem a visão de organizar, planejar, coordenar e controlar, por meio de uma abordagem sintética (Matos; Pires, 2006).

Essas teorias surgiram de estudos e da organização do trabalho realizados nas indústrias, mas, ao longo dos anos, a gestão e o processo de trabalho nos serviços de saúde, inclusive na enfermagem, sofreram influência, principalmente, da Teoria da Administração Científica, que tem como princípios a ênfase no “como fazer”, na divisão do trabalho em tarefas, na excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas em que técnicos e auxiliares de enfermagem cuidam da assistência direta e a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho (Spagnol, 2002).

Em diversas organizações de saúde, a divisão do trabalho na equipe de enfermagem ocorre segundo o modelo de divisão por tarefas, pelo qual cada trabalhador executa cuidados parcelares, ou seja, executa as mesmas tarefas específicas estabelecidas para aquele dia de trabalho para o conjunto dos usuários que têm essas atividades prescritas. Essa modalidade de prestação de “cuidado por tarefa” fragmenta o trabalho e aproxima-se do modelo taylorista-fordista de organização do trabalho, dificultando a interação sujeito-sujeito (Pires; Gelbcke, 2004).

Gama (2020) descreve ainda outros dois modelos de organização do trabalho na enfermagem, são eles: o método de trabalho em equipe e a enfermagem primária. O método de trabalho em equipe foi trazido por membros da Associação Brasileira de Enfermagem em 1966, e tem por base a Teoria das Relações Humanas, cujo precursor foi Elton Mayo (1880-1949). Esse método consiste na designação de um enfermeiro (líder) que, em conjunto com um grupo de responsáveis pela assistência de enfermagem, planeja e presta o cuidado, durante um turno de trabalho. Por sua vez, a enfermagem primária (*primary nursing*) é um método de prestação de cuidados de enfermagem no qual um enfermeiro é responsável pelo atendimento de um paciente 24 horas por dia. Esta responsabilidade inclui analisar, planejar, implementar e avaliar o atendimento de enfermagem desde o momento em que o paciente é admitido na unidade de internação, até o momento em que recebe a alta. Nesse modelo de organização do trabalho da enfermagem, o cuidado é centrado nos pacientes e promove a continuidade do planejamento, prestação e avaliação do atendimento.

No Brasil, esse modelo de organização do trabalho é denominado de “cuidados integrais”, o qual prevê o envolvimento da equipe de enfermagem na prestação de todos os cuidados necessários a um usuário (Matos, 2002).

A equipe de enfermagem, na unidade psiquiátrica em análise, organiza-se no modelo de divisão de tarefas, sendo, então, o trabalho realizado de maneira fragmentada em três aspectos principais: administração de medicamentos, aferição dos sinais vitais com os registros em prontuário e demais cuidados de enfermagem.

A aferição de sinais vitais, realizada à beira leito, no refeitório/sala de televisão ou mesmo no posto de enfermagem, a prestação dos cuidados de enfermagem, exceto a medicação, e os registros em prontuário da evolução dos pacientes compõem as atividades de três profissionais de enfermagem em média nos plantões diurno e noturno.

Com relação ao processo de administração de medicamentos, desde o seu preparo até a administração propriamente dita, este é destinado a um profissional da ala masculina e a um para a ala feminina. Dessa forma, a medicação fica definida como função exclusiva destinada

somente a dois profissionais, sendo essa uma organização informal da equipe, uma vez que não há escala diária de tarefas nesse setor. Ressalta-se que todas as questões relacionadas à administração de medicamentos ficam concentradas nesses dois profissionais, um em cada ala, tais como: falta ou dispensação errada de algum medicamento; necessidade de punção venosa; dificuldades na interpretação da prescrição e manejo verbal junto ao paciente em caso de recusa inicial para aceitação do medicamento.

Essa forma de divisão do trabalho da enfermagem é restrita à unidade psiquiátrica em estudo, visto que os demais setores do hospital se organizam sob a forma de prestação de cuidados integrais. Assim, a divisão de tarefas permite que, dentro da própria equipe, de acordo com a habilidade e afinidade de cada profissional, aconteça um aprimoramento informal das técnicas fundamentais que demanda o processo de administração de medicamentos.

Ao mesmo tempo, essa assistência fragmentada limita o contato desse profissional com o paciente aos momentos pontuais, definidos pelos horários de administração dos medicamentos, sendo que, muitas vezes, eles desconhecem as demais condições clínicas e necessidades dos pacientes, o que pode interferir na segurança do cuidado prestado.

3.3 Segurança do paciente com foco na administração de medicamentos

A segurança do paciente tornou-se relevante nos serviços de saúde a partir da publicação do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), em 1999, intitulada *Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro* que apontava o problema dos danos à saúde em pacientes norte-americanos. Aproximadamente 100 mil pessoas morriam em hospitais a cada ano, sendo cerca de metade desses óbitos evitáveis. Naquela época, o custo associado a esses eventos foi estimado entre 17 e 29 bilhões de dólares em razão dos valores de cuidados adicionais, mas também perda de rendimento e incapacidade resultante (Brasil, 2014).

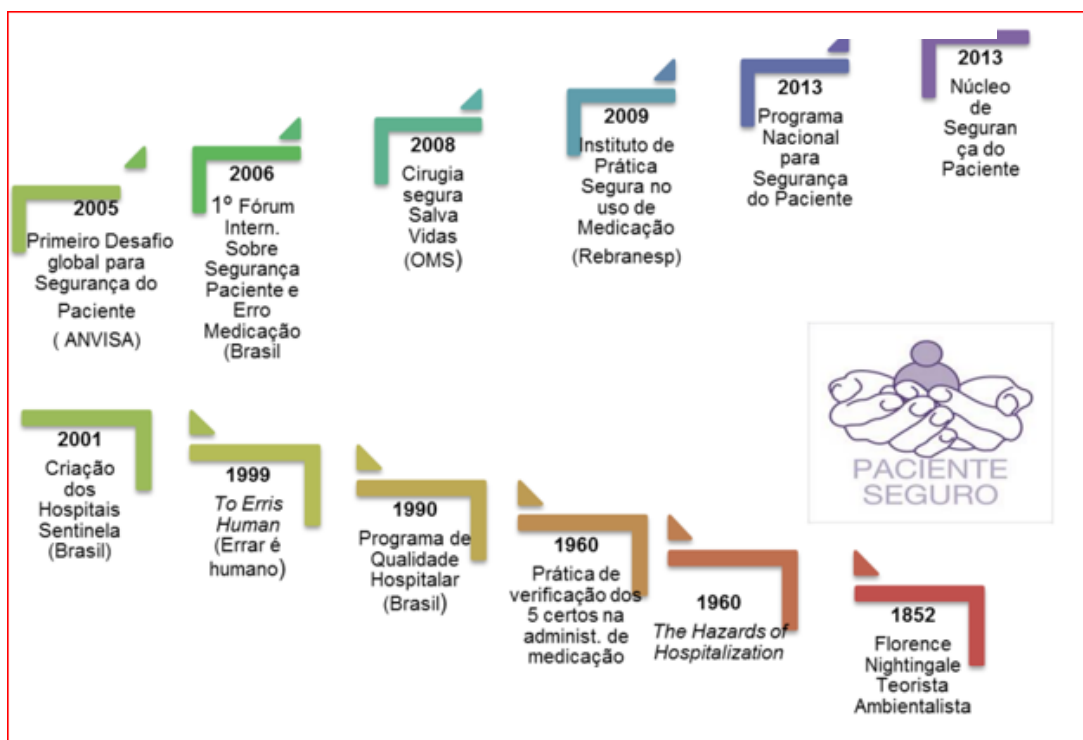
Esse relatório trouxe a necessidade das organizações de saúde em garantir que os sistemas em vigor promovessem a segurança do paciente por meio do compromisso organizacional e a incorporação de princípios de segurança nos processos operacionais para afetar a prestação de cuidados (Institute of Medicine, 2000).

Nesse contexto, em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, pela OMS, em resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde, com objetivo de liderar programas de segurança do paciente em âmbito internacional, recomendar maior atenção à questão da segurança do paciente e lançar desafios com temas prioritários a minimização de danos ao paciente (Brasil, 2014).

Em 2013, no Brasil, por meio da portaria 529/2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e definiu o termo Segurança do Paciente como “redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde” (Brasil, 2013a). Este dano se refere ao comprometimento de estruturas ou funções do organismo humano, seja físico, social ou psicológico. O PNSP tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional e possui quatro eixos: 1) o estímulo à prática assistencial segura; 2) o envolvimento do cidadão na sua segurança; 3) a inclusão do tema no ensino; e 4) o incremento de pesquisa sobre o tema (Brasil, 2013a).

Na Figura 1, identificam-se alguns marcos no processo evolutivo da segurança do paciente no Brasil e no mundo.

Figura 1. Linha do tempo apresentando os principais eventos relativos à segurança do paciente



Fonte: Nascimento; Draganov, 2015.

O ato de medicar pode ser amparado nos princípios de boas práticas de administração de medicamentos, conhecidos pela equipe de Enfermagem como os “Certos na administração de medicamentos”: paciente certo, prescrição certa, medicamento certo, dose certa, via certa, apresentação do medicamento certa, validade certa, horário certo, ação certa, efeito certo, registro certo. São parâmetros que, quando seguidos, tendem a minimizar os erros, conferindo mais segurança a esse cuidado. Tais práticas estão descritas no Protocolo de Segurança, na prescrição, no uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde, instituído pela

Portaria MS/GM 529/2013, tornando-se um referencial para os serviços de saúde (Brasil, 2013a).

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, da ANVISA institui ações para a promoção da segurança do paciente e para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde públicos e privados, com a criação de um Núcleo de Segurança do Paciente em cada instituição, cabendo a este executar atividades afins, monitorar eventos adversos e notificá-los (Brasil, 2013b).

Com a finalidade de promover uma unidade nas definições de erro em saúde e evento adverso, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety-ICPS*). Essas definições foram traduzidas para a língua portuguesa, a fim de consolidar os conceitos relacionados à segurança do paciente:

- **segurança do paciente:** reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário 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 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;
- **erro:** definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou de execução.

Nesse contexto, tem-se a cultura de segurança do paciente como um elemento que perpassa todos esses eixos. É a cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. É um comportamento em que todos se

envolvem com as medidas adequadas para uma assistência segura, na qual a notificação de erros não possui caráter punitivo, mas sim participativo. Errar é humano, mas há mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos (Brasil, 2014).

Em 2017, “Medicação sem danos” foi o tema do Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente, cujo foco foi abordar as fragilidades nos sistemas de saúde que levam a erros de medicação e os graves danos que podem causar (ISMP, 2018).

Define-se como erro de medicação qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado do medicamento, causando dano ou não ao paciente, e não importando se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, dos pacientes ou dos consumidores (NCCMEP, 2015). O erro pode estar associado à prática profissional, produtos e sistemas, incluindo prescrição, rotulagem, nomenclatura, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e utilização (NCCMEP, 2015).

Anacleto *et al.* (2010) definem os tipos de erros de medicação:

- **erros de prescrição**, que podem ser de decisão ou de redação, não intencionais, que podem reduzir a probabilidade de o tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão no paciente;
- **erros de dispensação** são aqueles que estão mais relacionados com as atividades da farmácia hospitalar e englobam os erros de conteúdo (medicamento errado; concentração errada; forma farmacêutica errada; medicamento com desvio de qualidade; dispensação de medicamento prescrito sem horário, quantidade, concentração ou forma farmacêutica), rotulagem (podem gerar dúvidas no momento da dispensação e/ou administração) e documentação (ausência ou registro incorreto da dispensação de medicamentos controlados, falta de data na prescrição, falta de assinatura do prescritor ou do dispensador);
- **erros de administração**: qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos mediante prescrição, não observância dos protocolos e procedimentos operacionais padrão do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto.

Nos Estados Unidos, os erros causam pelo menos uma morte por dia e, aproximadamente, 1,3 milhão de pessoas são atingidas por danos. Anualmente esses números se assemelham a países em desenvolvimento como o Brasil (OMS, 2017).

Em uma revisão integrativa, realizada em 2015, com predomínio de estudos desenvolvidos no Brasil, com a finalidade de se identificarem as evidências e as repercussões

dos erros na administração de medicamentos na segurança do paciente, revelaram-se os três tipos de erros mais frequentes no processo de administração de medicamentos: dose errada, medicação errada e paciente errado. Esses incidentes são responsáveis por causar sequelas irreparáveis e até mesmo morte (Gomes *et al.*, 2016).

Estudo exploratório-descritivo, transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital Público Estadual no município de Picos-Piauí, identificou, na etapa de preparo de medicamentos, erros relacionados à preparação de vários medicamentos de horários e pacientes diferentes na mesma bandeja (48,9%), ocorrência de conversas paralelas durante a preparação (44,4%), falhas relacionadas às normas de biossegurança (40,4%), horário errado (37,8%) e diluição errada do medicamento (35,6%). Quanto a falhas relacionadas à administração de medicamentos, as mais encontradas foram: normas de biossegurança (55,6%), horário de administração errado (46,7%), omissão de dose (40,0%) e velocidade de infusão errada (37,8%) (Galiza *et al.*, 2014). Esses resultados revelam causas multifatoriais envolvendo todo o processo de medicação, o qual necessita ser conhecido pela equipe de saúde, mas, principalmente, pela equipe de enfermagem que vai administrar a maioria dos medicamentos no contexto hospitalar.

3.4 Processo de administração de medicamentos

A administração de medicamentos, de maneira conforme e pertinente, é capaz de oferecer uma assistência de qualidade, livre de danos, com desfecho assistencial favorável e seguro ao paciente. A pertinência do cuidado refere-se ao ato correto, fazer o necessário e atingir o resultado esperado. A conformidade do cuidado denota o modo de fazer, ou seja, fazer corretamente o cuidado adequado à necessidade do paciente (Grabois, 2011). Esses conceitos podem ser considerados na interpretação da execução da administração segura de medicamentos, em que o paciente será assistido em sua necessidade real, com o cuidado adequado a sua demanda e baseado na melhor prática.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 45, menciona sobre a responsabilidade desses profissionais em prestar uma assistência livre de danos causados por imprudência, negligência e imperícia. O artigo 78 tem como proibida a administração de medicamentos quando o profissional desconhece sua ação e riscos e, no artigo 80, consta a proibição de executar prescrições que comprometam a segurança do indivíduo (COFEN, 2017b).

Criados na década de 1960 e com incorporações ao longo dos anos, preconiza-se a observação dos “certos” para a administração segura de medicamentos pela enfermagem que constituem importante ferramenta para guiar a sistematização da assistência de enfermagem, a

fim de prevenir erro e complicações oriundos dessa terapêutica (Ferreira; Jacobina; Alves, 2014).

Para Zanetti *et al.* (2003), os cinco “certos” na administração de medicamentos, instituídos inicialmente, constituíram as bases da educação no ensino de administração de medicamentos em escolas de enfermagem. Os cinco certos advertem quanto a administração do medicamento certo, para o paciente certo, com a dose certa, na via certa e no horário certo.

Os certos na administração de medicamentos constituíram-se em pontos de observação para um cuidado seguro e evoluíram inicialmente para 7 certos, incorporando o registro certo e a orientação certa ao paciente. Em 2013, o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, publicação de abrangência nacional, aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde e em todos os níveis de complexidade, reconheceu a incorporação de dois novos princípios, ação certa e resposta certa (Brasil, 2013a). Esses dois novos princípios ampliam o espectro de prevenção de eventos e conferem mais segurança ao processo. Algumas instituições utilizam, ainda, até 13 certos, sendo considerados validade certa, compatibilidade certa, tempo de administração certo e prescrição certa, como estratégias para a administração segura de medicamentos.

Estudo qualitativo, descritivo, com produção de dados obtida a partir da observação como participante em uma unidade psiquiátrica, inserida em um hospital geral, a pesquisadora analisou os cuidados medicamentosos prestados pelos técnicos de enfermagem em que os profissionais devem realizar orientações à própria pessoa hospitalizada e aos seus familiares/acompanhantes sobre os nomes e os objetivos dos medicamentos que estão sendo administrados, o que não ocorre durante a administração de medicamentos para as pessoas internadas por intercorrências psiquiátricas ou necessidades decorrentes do uso de drogas. Evidenciou-se assim, a ausência de comunicação terapêutica, o que gera um distanciamento entre o profissional e a pessoa assistida, demonstrado pelas respostas evasivas quando, porventura, ao receber a medicação, o paciente questionava ao profissional para que servia a medicação. Estes achados também demonstram um comportamento técnico, sem especificidade para as necessidades de saúde dos pacientes com transtornos mentais internados no hospital geral (Matos *et al.*, 2018).

Em contraponto, estudo exploratório visando identificar a percepção de enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuavam em Unidade Psiquiátrica de um Hospital Geral (UPHG) do interior paulista, a respeito do cuidado de enfermagem nesse serviço, em comparação aos cuidados de enfermagem aos pacientes internados em outras enfermarias clínicas, revelou, por meio das falas dos participantes, que profissionais da unidade psiquiátrica eram sensíveis às

necessidades dos pacientes, o que justifica inclusive a ausência de rotina fixa de cuidados. Isso sugere que essa equipe oferecia um cuidado de enfermagem centrado na pessoa, contrariando o modelo biomédico que visa basicamente ao controle da doença e seus sintomas, o que tem sido discutido na literatura científica (Oliveira *et al.* 2019).

Na prática assistencial no contexto hospitalar, a enfermagem é a principal responsável por aprazar, preparar e administrar medicamentos. Para que esse processo seja realizado de forma segura é fundamental a criação de barreiras e estratégias de segurança para que o erro não atinja o paciente. Dessa forma, no que se refere aos cuidados para a administração segura de medicamentos, visto que a maior parte dos erros na etapa de administração de medicamentos podem ser evitados, uma pesquisa quantitativa descritiva do tipo *survey* interseccional, desenvolvida em um Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro, analisou as condições geradoras de risco e eventos adversos à luz do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde, considerando os nove domínios relacionados às boas práticas para administração de medicamentos. Os domínios, denominados princípios para a administração de medicamentos, analisados foram: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, orientação certa, forma certa e resposta certa. Os resultados demonstraram uma preocupação dos profissionais com a segurança do paciente durante a administração de medicamentos e traduziu as boas práticas na etapa de administração de medicamentos adotadas pelos profissionais participantes (Camerini *et al.*, 2022).

Considerar a adesão aos princípios de boas práticas na administração de medicamentos ou também denominados como itens de verificação, pela equipe de enfermagem, como potente instrumento sobre a segurança no processo de administração de medicamentos, foi a temática do estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa realizado em um hospital público do estado de Sergipe. Nesse estudo, avaliou-se o conhecimento do Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos da ANVISA pela equipe de enfermagem com índices de resposta, os quais revelaram que 66,7% e 54,5% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, respectivamente, afirmaram não o conhecer. Nesse cenário, avaliou-se também o grau de conformidade da prática assistencial, em termos de qualidade, classificando-a em desejável, adequada, segura, limítrofe e indesejável ou sofrida, a partir da adoção dos princípios de boas práticas (certos da administração de medicamentos) reconhecidos pelo Ministério da Saúde. Os resultados revelaram uma baixa adesão na maioria dos itens de verificação, denotando uma assistência indesejável ou sofrível, o que compromete a qualidade e o aprimoramento de práticas seguras na unidade estudada (Llapa-Rodriguez *et al.*, 2017). Este

estudo reforça a hipótese de que a adesão às boas práticas tem relação direta com a prática segura de administração de medicamentos.

A unidade psiquiátrica estudada tem como predominância a prescrição e uso de psicofármacos, que são substâncias que agem no sistema nervoso central, reduzindo alterações de comportamento, humor e cognição. Rang *et al.* (2016), p. 1060) classificam esses medicamentos de acordo com seu uso clínico em: ansiolíticos e sedativos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos, psicoestimulantes e fármacos nootrópicos que melhoram a cognição.

Alguns medicamentos pertencentes à classe dos sedativos citados são também denominados de Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) ou de Alta Vigilância, que são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falhas no processo de sua utilização, sendo estes classificados segundo seu potencial de risco e por apresentarem grande perigo de desenvolverem eventos adversos se administrados incorretamente. O Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, ISMP Brasil, publicou em 2019 uma atualização da relação desses medicamentos de uso hospitalar e recomendou princípios para prevenção de erros de medicação envolvendo especialmente os medicamentos potencialmente perigosos, que são: (1) reduzir a possibilidade de ocorrência de erros; (2) tornar os erros visíveis; e (3) minimizar as consequências dos erros. A partir desses princípios, propõem-se estratégias para conferir maior segurança no processo de administração desses medicamentos, com destaque especial para a dupla checagem e a ampliação do acesso à informação por parte dos profissionais e pacientes (ISMP, 2019a).

A dupla checagem permite que dois profissionais chequem paralelamente a prescrição e o medicamento preparado previamente à administração, aumentando os pontos de controle do processo. O fornecimento de informações técnicas relacionadas aos medicamentos, incluindo doses máximas permitidas, vias de administração e a ação esperada, são componentes necessários para a administração segura pelos profissionais.

A prática segura de administração de medicamentos pela enfermagem vai além do cumprimento dos princípios de boas práticas pela equipe que assiste o paciente. Tecnologias e processos instituídos nos serviços de saúde podem se relacionar com esse cuidado de enfermagem no âmbito da segurança do paciente e da implementação de barreiras que minimizem a ocorrência de erros e falhas no processo. O uso da pulseira de identificação, prontuário e prescrição eletrônicos, uso de código de barras em cada medicamento, aprazamento dos medicamentos realizados por enfermeiro e/ou farmacêutico, podem compor

estratégias assertivas para a execução dessa atividade pela enfermagem (Ferreira; Jacobina e Alves, 2014).

A equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica em estudo relaciona-se com o serviço de farmácia hospitalar terceirizado em sua estrutura organizacional e processos estabelecidos como, unidade satélite no próprio andar, dispensação por dose individualizada para 24 horas fracionada para os plantões diurno e noturno e armazenamento dos medicamentos na unidade em carro *locker* (dispositivo para armazenamento de medicamentos para cada paciente).

Os sistemas de distribuição de medicamentos podem ser classificados em: Coletivo; Individualizado; Misto; Dose unitária; Sistema automatizado, e os sistemas podem ter relação com a frequência de erros. O sistema coletivo é caracterizado pela distribuição dos medicamentos para a unidade a partir de solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade, determinando formação de subestoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem.

No sistema individualizado a distribuição dos medicamentos é feita por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento. E a combinação dos sistemas coletivo e individualizado caracteriza o sistema misto, sendo o individualizado mais usado nas unidades de internação e o coletivo mais utilizado nos serviços de radiologia, endoscopia, urgência, ambulatórios, entre outros. Quanto ao sistema de distribuição por dose unitária tem-se a distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente. A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada, sem necessidade de transferências, cálculos e manipulação prévia por parte da enfermagem antes da administração ao paciente. O sistema automatizado é caracterizado por unidades de dispensação eletrônica que realizam o atendimento de prescrições médicas como suporte ao sistema de dose unitária, substituindo o estoque da unidade de internação para a dispensação das primeiras doses, além dos medicamentos controlados, de urgência e itens prescritos no regime se necessário (Brasil, 2013a).

A administração de medicamentos é um cuidado fundamental prestado pela enfermagem, determinando e influenciando a organização do trabalho e, para o paciente psiquiátrico, representa parte significativa em seu tratamento, enquanto possibilidade terapêutica, especialmente na unidade em análise.

Assim, para realizar uma análise institucional da prática profissional da enfermagem, com foco na administração segura de medicamentos, conforme dito, foi utilizado o referencial teórico metodológico da AI, na sua vertente Socioclínica Institucional.

3.5 Análise Institucional e sua vertente Socioclínica Institucional: breve gênese histórica e alguns conceitos

A AI surgiu na França, na década de 1960, em um contexto que questionavam as práticas dos hospitais psiquiátricos escolas de nível médio, universidades e fábricas, partidos políticos de esquerda, as quais respectivamente, eram as instituições da política, psiquiatria, educação e do trabalho que estavam no centro dos apontamentos (Rodrigues, 1994).

O contexto político da ditadura militar, com restrição e desrespeito à liberdade civil, marca o cenário da introdução da AI no Brasil no início dos anos 1970. Seus fundamentos e conceitos foram construídos por René Lourau e George Lapassade com desenvolvimento de intervenções em escolas, associações, universidades e igrejas, além de Félix Guattari com atuações principalmente em hospitais psiquiátricos (L'Abbate, 2012).

O referencial teórico da AI propõe-se a expor as lógicas institucionais que atravessam as relações sociais no desenvolvimento de intervenções, pesquisas ou pesquisa-intervenção. (Dóbies, 2022). Neste sentido, a AI tem por objetivo compreender a realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos, sendo a instituição um dos seus principais conceitos, além de encomenda e demanda, analisador, implicação e outros (L'Abbate, 2012).

Lourau (2014) apresenta um conceito de instituição em tensão, pois, afirma que a aparência institucional, com suas normas convive com questionamentos e negações, denominando esse processo de institucionalização, que é atravessada pelos sujeitos e é transformada por eles. Nessa condição, as pesquisas que utilizam o referencial teórico metodológico da AI pretendem enunciar as tramas que envolvem os sujeitos, a fim de desalienar a prática social, vislumbrando a autogestão dos coletivos (Dóbies, 2022).

Para Lourau (2014), a instituição constitui-se como “uma norma universal, ou considerada como tal, quer se trate do casamento ou da educação, quer da medicina, do trabalho assalariado, do lucro, do crédito”. Nesse conceito, apresentam-se três momentos: (1) a **universalidade**, que compreende o instituído, ou seja, as normas universais; (2) a **particularidade**, que compreende o instituinte, que se apresenta como a negação dessas normas a partir de situações particulares; e (3) a **singularidade** ou institucionalização, como resultado da ação da particularidade sobre a universalidade. Ainda sobre as instituições, o referido autor afirma que são dialeticamente constituídas por momentos instituídos e instituintes, resultando no processo de institucionalização (Lourau, 2014, p.15).

Com relação ao conceito de encomenda e demanda, Baremlitt (2012) menciona que o movimento de colocar as demandas em análise é fundamental, pois permite ao grupo compreender suas reais necessidades e ampliar a reflexão sobre as práticas profissionais instituídas pela gestão e as demandas que traz para debates, além do surgimento de movimentos instituintes. No caso deste estudo, a encomenda é da pesquisadora quando decide realizar uma pesquisa, a fim de analisar a prática profissional da equipe de enfermagem de uma unidade psiquiátrica, em relação à administração de medicamentos e nesse percurso será fundamental também conhecer as demandas dos profissionais envolvidos.

Os analisadores podem ser construídos ou emergirem espontaneamente dos trabalhos com os grupos nas organizações, e precisam ser trazidos para o debate nestes espaços, uma vez que são “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (Lourau, 2014, p. 303).

Guattari acompanhou o hospital de La Borde a partir de sua fundação em 1953 e o de Saint Alban que foram fundamentais para as mudanças que ocorreram na psiquiatria francesa. Sua inserção no La Borde, hospital de psicóticos, foi muito importante para a elaboração de novas formas de integração entre os vários sujeitos da organização hospitalar e para a criação do conceito de analisador (L’Abbate, 2012).

Ainda sobre os conceitos que compõem o referencial teórico da AI, tem-se o conceito de implicação que se refere à relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição, querendo ele ou não. Pode-se distinguir implicações econômicas, ideológicas, organizacionais, materiais ou libidinais de acordo com a compreensão de nossa modalidade de relação com a instituição. A análise de implicação é um trabalho coletivo e existem as implicações primárias e secundárias. De acordo com Monceau (2008), as implicações primárias referem-se àquelas que se constituem dentro da própria situação de intervenção e as secundárias são nossas implicações no campo de análise e nossas escolhas de pesquisa. Segundo o autor, ainda pode-se dizer do conceito de sobreimplicação, quando os indivíduos não colocam em análise as suas implicações.

Com relação ao método na pesquisa-intervenção, L’Abbate (2012) menciona que quando a análise é realizada em situação, por um terceiro que atende à encomenda de um grupo ou organização, trata-se da Socioanálise. Esse método de intervenção elaborado por Lourau (2014) é constituído por 06 características: (1) análise da encomenda-solicitação de uma organização ou grupo que dá início ao processo de intervenção e demanda que são as solicitações e desejos das pessoas do grupo com o qual se trabalha; (2) autogestão do grupo-contrato entre o grupo e o socioanalista; (3) intenção do “tudo dizer” ou livre expressão do

grupo; (4) elucidação da transversalidade-análise das relações de poder; (5) análise das implicações, ou seja, dos vínculos e relações mantidas com e nas instituições e (6) elucidação dos analisadores.

Em uma ampliação do método da Socioanálise, a partir dos anos 2000, como proposta de modalidade de intervenção da Análise Institucional, Gilles Monceau elaborou a Socioclínica Institucional (Monceau, 2013). De acordo com L'Abbate (2012), Monceau denomina as intervenções realizadas no campo da educação de 'socioclínicas institucionais', porque levam em conta a dinâmica institucional e envolvem atividades de análise de grupo, como na Socioanálise, acompanhamento das práticas profissionais e atividades de pesquisa.

Monceau (2013) apresenta as características da Socioclínica Institucional, conforme descritas a seguir:

- a) **Análise da encomenda e das demandas:** a encomenda é o “diagnóstico”, o problema que leva à solicitação da intervenção; é o motivo pelo qual ocorre a análise institucional. As demandas surgem no decorrer do processo da análise e são produzidas por todos aqueles que estão envolvidos no trabalho. As demandas trazidas por aqueles que estão envolvidos no processo da análise poderão direcionar a outro problema que, naquele momento, fará com que o problema inicial (encomenda) seja analisado como de fato sendo o principal;
- b) **Participação dos sujeitos no dispositivo:** o pesquisador trabalha com a participação dos sujeitos, que podem assumir diversas formas dependendo da modalidade da pesquisa, por exemplo contribuir para a coleta de informações, aceitar ser observado, ou ainda investir em sessões de grupo com objetivo analítico;
- c) **Aplicação de modalidades de restituição:** é uma etapa que possibilita uma análise e um questionamento mais profundo sobre as reflexões dos sujeitos da pesquisa e devolvem os resultados provisórios do trabalho aos participantes;
- d) **Trabalho das implicações primárias e secundárias:** as implicações primárias se atualizam no dispositivo de análise, e as secundárias estão ligadas à instituição científica e à política;
- e) **Trabalho dos analisadores:** os analisadores podem ser encontrados em qualquer fase da pesquisa e podem permitir a percepção de outras questões não reveladas no momento da encomenda inicial. Com isso, o pesquisador deve estar atento às reflexões do grupo e às suas próprias implicações;

- f) **Análise das transformações que se produzem à medida que o trabalho avança:** no desenrolar de uma intervenção que se desenvolve no correr do tempo, produzem-se transformações de amplitudes variáveis. Assim, a análise e a compreensão progridem por haver transformações, interações entre o pesquisador e o grupo pesquisado e até uma mudança da rotina institucional pelo dispositivo da pesquisa;
- g) **Atenção aos contextos e interferências institucionais:** os participantes da pesquisa apresentam implicações relacionadas a determinadas instituições que causam interferência no trabalho socioclínico institucional e que produzem não só transformações, mas também conhecimento;
- h) **Intenção da produção de conhecimento:** o trabalho socioclínico institucional permite aos participantes, a partir da encomenda e de outras demandas que emergirem desse processo, ampliar suas análises produzindo novos saberes.

A Socioclínica Institucional pode articular uma transformação de práticas e produção de conhecimento. O referencial oferta importante suporte no campo de produção de conhecimento da enfermagem e da saúde por valorizar, em todo processo da pesquisa, a subjetividade dos envolvidos, bem como as instituições que atravessam as práticas e as relações (Fortuna *et al.*, 2017).

A Figura 2 representa a inter-relação entre cada característica que compõe a Socioclínica Institucional.

Figura 2: Características da Socioclínica Institucional



Fonte: Romani *et al.*, 2015.

A realização de intervenções socioclínicas no campo da enfermagem e da saúde podem revelar os modos de funcionamento das práticas profissionais contribuindo para o alcance dos objetivos propostos nesse tipo de investigação (Borges, *et al.*, 2019).

Para Monceau (2008), as práticas profissionais são atravessadas por diversas instituições, dando lugar e sentido ao sujeito. Portanto, para se analisar a prática profissional faz-se necessário localizar-se no contexto institucional e promover a análise das implicações, o que se pretendeu com a realização desta pesquisa-intervenção ancorada na Socioclínica Institucional, que foi desenvolvida junto à equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica de um hospital público e geral de Minas Gerais.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Abordagem da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa, pautada no referencial teórico metodológico da AI, na sua vertente Socioclínica Institucional.

A pesquisa qualitativa surge nas ciências sociais e é definida como um método que busca aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos de grupos mais ou menos delimitados, oportunizando maior luz sobre o funcionamento das relações interpessoais, na convivência e a forma de sentir dos seres humanos envolvidos nos processos relacionados ao objeto de estudo (Gomes, 2014). É uma forma de conceber e produzir a pesquisa considerando o envolvimento de diferentes posições, olhares, concepções e interlocuções que vão construir consensos e conflitos, tecendo uma trama e teia cotidiana (Galvão; Galvão, 2017).

Os estudos com abordagem qualitativa baseiam-se principalmente na percepção e na compreensão humana em que não se separa o conhecimento da prática, do conhecimento clínico nem do conhecimento profissional. Ela é interpretativa, experiencial, situacional e personalística, utilizando da interpretação dos pesquisadores, das pessoas que eles estudam e dos leitores dos relatórios da pesquisa, destacando assim os valores e as experiências humanas. A característica personalística da pesquisa qualitativa advém da empatia, observando atentamente, vivenciando sentimentos e acontecimentos. Faz uma tentativa de obter descrições e interpretações situacionais de fenômenos de modo experiencial utilizando o julgamento pessoal como base mais importante para as afirmações sobre como as coisas funcionam (Stake, 2011).

A pesquisa-intervenção situa-se no rol das pesquisas participativas. Por pesquisa intervenção compreende-se um método de pesquisa qualitativa participativa. Baseada em uma inflexão brasileira do institucionalismo, a pesquisa-intervenção define seu plano de atuação entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade, buscando aceder aos processos – não somente de sujeitos e objetos, mas processos de subjetivação e objetivação (Rossi; Passos, 2014).

Assim, a pesquisa-intervenção pressupõe saber ouvir e conviver com o diferente, desenvolver atividades que possam constituir-se em acontecimentos analisadores, enfrentar os próprios limites e medos; registrar cada passo, cada reação e cada fala são processos importantes na produção dos dados (Galvão; Galvão, 2017).

As pesquisas participativas, do tipo pesquisa-intervenção buscam revelar o não dito, ou a face oculta das instituições. Neste sentido, essa modalidade de pesquisa, desenvolvida a partir

de uma abordagem qualitativa, permitiu melhor compreensão da vivência da equipe de enfermagem diante de sua prática profissional relacionada à administração de medicamentos e suas relações com o que já está instituído na rotina hospitalar e as características da unidade assistencial em análise.

A partir do referencial teórico metodológico da AI, buscou-se compreender e analisar a prática profissional, que, neste estudo, se apresentou como a administração de medicamentos como cuidado de enfermagem, levando a equipe a uma reflexão sobre as formas de execução no que se refere à adoção de boas práticas para esse processo e as possíveis falhas que podem ocorrer nessa atividade. Esse referencial permitiu identificar estratégias e ferramentas que poderão contribuir na rotina dessa atividade diante da problematização das demandas levantadas pelo grupo de profissionais.

4.2 Cenário da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em um hospital geral público de Belo Horizonte, com capacidade prevista para 249 leitos, sendo que, em julho de 2023, apresentava 179 leitos ativos, uma vez que esse número varia diariamente pela necessidade de bloqueio de leitos, de acordo com a capacidade de atendimento, influenciada essencialmente pelo déficit de pessoal em todas as categorias assistenciais. Em 2022, o hospital realizou 13.138 internações e de 01 de janeiro a 31 de maio de 2023, concluiu 5.140 internações ².

O cenário do estudo foi a unidade psiquiátrica que está localizada no quarto andar do referido hospital, com capacidade para 20 pacientes, distribuídos em enfermarias femininas e masculinas. São 11 leitos femininos com enfermarias de quatro e três leitos e nove leitos masculinos em enfermarias de dois, três e quatro leitos. Trata-se de uma unidade fechada, com acesso controlado e restrito aos funcionários do setor e afins, com controle de abertura de portas pelo crachá profissional.

A unidade possui um coordenador de enfermagem, uma enfermeira diarista, duas enfermeiras plantonistas para o plantão diurno que realizam uma jornada de trabalho de 12 x 36 horas, em um regime semanal de 40 horas, sendo que duas são concursadas pelo último processo seletivo do hospital em 2013 e uma enfermeira credenciada. O plantão noturno conta com três enfermeiros concursados sendo, dois com carga horária de 20 horas semanais, distribuídas em uma jornada de 12 x 72 horas, tendo sido admitidos em concurso no ano 2000. Possui um enfermeiro com carga horária semanal de 40 horas e jornada 12 x 36 horas. Os

² Informações obtidas a partir do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do hospital em questão, julho/2023.

técnicos e auxiliares de enfermagem possuem cargas horárias distintas entre si, sendo 30 e 40 horas semanais e jornada de trabalho diária distribuída em 12 x 36 horas e 12 x 60 horas, entre concursados e credenciados.

Os pacientes atendidos na unidade psiquiátrica do hospital em estudo são encaminhados para internação pelo serviço de atendimento ambulatorial do próprio hospital, setor de urgência ou são encaminhados por outros serviços. Em 2022, ocorreram 320 internações na unidade, com média de permanência de quatro a seis dias.

O médico supervisor do Programa de Residência em Psiquiatria do hospital³ considera o tempo de permanência dos pacientes na unidade coerente com a capacidade de resolutividade diagnóstica e terapêutica do serviço e que foge à lógica manicomial, tendo foco no curto tempo de internação e proposta de estabilizar o paciente, retirá-lo da crise e propor precocemente seu retorno ao convívio familiar. Sendo uma unidade que está inserida em um hospital geral, dispõe de recursos relacionados a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e interconsultas que se fizerem necessárias para eventuais demandas clínicas dos pacientes.

Desde a segunda metade do século XX, o Brasil tem implantado uma atenção à saúde mental inspirado na desinstitucionalização como premissa, levando à adoção de internações curtas em leitos psiquiátricos, localizados em hospitais gerais para o caso de pacientes em situação de crise, que não possam ser manejadas no âmbito da rede comunitária extra-hospitalar (Echebarrena; Silva, 2020).

O referido médico supervisor destaca que a unidade está inserida em uma estrutura arquitetônica desfavorável e limitada em alguns aspectos para os pacientes como área externa, luminosidade natural e salas de apoio para desenvolvimento de terapias complementares. A presença de equipe multiprofissional, psicólogo e assistente social é condicionada ao quadro de pessoal disponível no hospital, sejam credenciados ou efetivos. Como benefícios, considera o ambulatório próprio disponível no serviço para direcionamento dos pacientes após a alta hospitalar e o programa de residência médica, faz ainda referência ao atendimento instituído com traços do modelo biomédico e à terapia medicamentosa que possui destaque nos tratamentos aos pacientes.

Ainda como proposta terapêutica são ofertados, dentro dessa unidade em estudo, em sala própria, adaptada à Eletroconvulsoterapia e a aplicação de Cetamina, para pacientes internados ou que estejam em controle ambulatorial.

³ Informações obtidas por meio de uma conversa concedida pelo médico Supervisor da Residência em Psiquiatria do hospital em estudo, em abril de 2023.

Pode-se definir a eletroconvulsoterapia (ECT) como a utilização de descargas repetitivas eletricamente induzidas no sistema nervoso central e tem o objetivo de produzir alterações no comportamento ou ainda a finalidade de obter melhora em sintomas psiquiátricos (Fink, 2007). A Resolução CFM No 1.640/2002 dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e estabelece que o procedimento é um ato médico a ser realizado em ambiente hospitalar, sob procedimento anestésico e com obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido do paciente antes do início do tratamento (CFM, 2002).

A aplicação de Cetamina está aprovada pela ANVISA, através da Resolução nº 4.413 de 29/10/2020 para o uso intranasal (CREMEC, 2021). Também pode ser chamada de Ketamina ou Escetamina é um fármaco de efeito anestésico, muito utilizado para induzir ou manter anestesia, para o tratamento de dores intensas e possui também potencial de regulação neuronal para transtornos mentais e especialmente ao tratamento antidepressivo (Dias *et al.*, 2022).

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os membros da equipe de enfermagem dos plantões diurno e noturno da unidade supracitada e foram convidados 29 profissionais, sendo que 22 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Conforme demonstra o Quadro 01, dos 22 trabalhadores da enfermagem que assinaram o TCLE, 19 participaram da produção dos dados, sendo 14 auxiliares e técnicos de enfermagem e 5 enfermeiros, incluindo o coordenador da unidade. Três profissionais do plantão noturno não participaram da coleta de dados, devido a afastamento por licença médica e troca de plantão feita no dia do encontro.

Quadro 1 – Participantes da coleta de dados

Categoria Profissional	Plantão Diurno	Plantão Noturno	Total
Enfermeiros	3	2	5
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	5	9	14
Total	8	11	19

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Os critérios de inclusão foram todos os membros da equipe de enfermagem (diurna e noturna) da unidade definida como alvo do estudo proposto, que aceitaram e assinaram o TCLE para participar desta pesquisa. Como critérios de exclusão, têm-se apenas os profissionais que não estavam disponíveis por algum motivo de licença médica ou em férias do trabalho no período da produção dos dados.

4.4 Técnica de coleta e produção dos dados

A divulgação da proposta da pesquisa aconteceu nos meses de março e abril de 2023, em visitas da pesquisadora à unidade, nos plantões diurno e noturno, com abordagem individual e em grupos, a fim de explicar sobre a temática, propósito da pesquisa, forma de produção dos dados, bem como aspectos éticos relacionados ao sigilo e à confidencialidade das informações.

Em um segundo momento, cada profissional recebeu um convite individual impresso, com datas definidas para dois encontros, breve resumo dos objetivos, aspectos básicos da pesquisa e uma via do TCLE. Foram orientados a depositarem a via do TCLE assinada, em uma caixa lacrada, colocada no posto de enfermagem, caso concordassem em participar da pesquisa, sendo que a caixa permaneceu disponível por 7 dias no setor. Após esse prazo, a pesquisadora reuniu 22 termos que foram assinados pela equipe.

Para atingir os objetivos propostos, a abordagem da equipe de enfermagem fez-se por meio de encontros socioclínicos. Dessa forma, foi possível que os membros do grupo se expressassem sobre a prática profissional relacionada à administração de medicamentos, às relações interpessoais, vínculos com a instituição e demais impressões sobre essa temática.

Os encontros socioclínicos foram gravados em mídia digital, conforme previsto no TCLE assinado pelos participantes. Para maior conforto da equipe e, a fim de se evitarem interrupções causadas pela dinâmica do setor, os encontros aconteceram nas salas de treinamento da Educação Permanente do hospital, ou na sala de reuniões do Centro de Estudos ou na sala de reuniões da Diretoria de Saúde, com lanche disponível para os profissionais.

A pesquisadora, em contato prévio com os enfermeiros, e após discussão para a organização dos grupos, optou pela composição de um grupo específico para os enfermeiros, a fim de privilegiar a fala e a participação de todos e outros grupos para os auxiliares e técnicos de enfermagem, visando a maior integração e sem conotação hierárquica que limitasse a participação dos membros da equipe. Dessa forma, foram selecionadas 2 datas para encontros com os enfermeiros e 4 datas para os técnicos e auxiliares de enfermagem.

O horário estabelecido para todos os encontros de enfermeiros e técnicos foi às 18 horas, visando contemplar o plantão diurno e o noturno para os que estes conseguissem chegar mais

cedo. Dessa forma, objetivou-se contar com 3 técnicos do plantão diurno e 3 do noturno, a fim de compor um grupo misto com as duas equipes.

Com antecedência, convites impressos informando as datas, local e horário foram afixados na unidade (sala da coordenação, descanso e posto de enfermagem) (Apêndice A) para que todos tivessem acesso. Entretanto, a enfermeira do setor percebeu certa dificuldade, relatada por alguns técnicos e auxiliares de enfermagem relacionada a sair mais tarde ou chegar mais cedo para participar dos encontros. Isso determinou uma revisão na estratégia para sua realização, principalmente pelo desejo da pesquisadora em viabilizar a participação do maior número de profissionais possível, considerando a alta adesão evidenciada pela assinatura do TCLE.

Nesse cenário que apresentava dificuldades em acessar os profissionais em término de plantão e início para alguns e, observando as características da unidade, dimensionamento de pessoal e grau de complexidade assistencial, utilizou-se de uma estratégia em que a pesquisadora se manteve disponível e com flexibilidade de horário, após cumprimento de sua jornada de trabalho, para promover os encontros com a equipe. Realizado também, encontros à noite para contemplar a equipe do noturno, em feriados e domingos, dias em que o hospital e a unidade apresentavam menos demanda, com o consentimento do enfermeiro de plantão e a coordenação de enfermagem.

Assim, a pesquisadora se dispôs a reorganizar a equipe em 3 grupos menores de 3 pessoas, realizando os encontros durante o turno de trabalho das equipes. Foram organizados 2 encontros socioclínicos para cada grupo da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, contemplando profissionais dos plantões diurno e noturno e 3 encontros únicos para 3 grupos, em que não foi possível a realização do segundo encontro, pela dificuldade em reunir os mesmos profissionais novamente em outras datas.

Essas dificuldades se relacionaram a déficits na escala de trabalho, remanejamentos de plantão e licença médica ocorridos no período. Os encontros únicos foram viabilizados também pela demanda da equipe, que acionou a pesquisadora demonstrando empenho em se organizar para participar da pesquisa.

Quanto aos enfermeiros, as datas propostas foram ajustadas uma única vez, por impossibilidade de o coordenador de enfermagem estar presente, sendo programados e realizados 2 encontros com a equipe, contemplando 5 profissionais dos plantões diurno e noturno, a pesquisadora e sua orientadora. Dois enfermeiros não assinaram o TCLE, não participando dos encontros, que foram confirmados por meio de aplicativo de mensagens no dia anterior, considerando o recebimento prévio de convites impressos a cada um e um convite

geral afixado na sala da coordenação de enfermagem, local onde todos os enfermeiros se reúnem para a passagem de plantão.

Como proposta de abordagem para os dois encontros socioclínicos de cada grupo, organizou-se um roteiro (Apêndice B) que contemplava dois momentos: no primeiro dia, uma pergunta inicial direcionada a cada participante com o objetivo de compor um perfil dos profissionais, que foi: breve apresentação informando o nome, tempo de atuação na enfermagem, de trabalho no hospital e de atuação na unidade psiquiátrica. Em seguida, foi solicitado a todos que falassem sobre o motivo de terem aceitado participar da pesquisa em questão. E, na última etapa, o grupo foi demandado a compartilhar como a administração de medicamentos na unidade psiquiátrica acontece dentro da sua prática profissional.

Ao encerrar o grupo, a pesquisadora informava como aconteceria a dinâmica do encontro seguinte, em que seria necessário que alguém trouxesse alguma situação vivenciada na unidade psiquiátrica, em relação à administração de medicamentos, para ser compartilhada com o grupo para que, coletivamente, essa situação, que tenha refletido na prática profissional do relator ou até mesmo de todo o grupo, pudesse ser analisada e melhor compreendida.

Para a condução do segundo encontro, criou-se um dispositivo para análise da prática profissional, inspirado nas premissas estabelecidas no GEASE (*Groupe Entraînement de Analyse de Situations Éducatives*). O GEASE consiste em uma técnica para uso em grupo, que pretende desenvolver competências de análise e adquirir conhecimentos a partir da análise de situações da prática profissional.

As principais funções deste dispositivo são: construir, manter, restaurar a identidade profissional, visto que as pessoas sempre são capturadas pelas instituições e pelas tarefas a cumprir. A abordagem sempre se inicia por meio de relato de práticas vivenciadas e trazidas para o grupo. Os pares questionam, propõem pistas de análise, o facilitador fornece aportes e saberes teóricos que servem de ferramentas de leitura para a compreensão, mas o que importa é a análise do grupo (Spagnol *et al.*, 2019; Carstens *et al.*, 2020).

Para conduzir o dispositivo GEASE, o facilitador necessita garantir três regras básicas para o seu funcionamento: a confidencialidade, o não julgamento de valores e a implicação de cada participante com o trabalho realizado. Na operacionalização desse dispositivo, os participantes e o facilitador são dispostos em roda, o facilitador apresenta as regras de funcionamento e o desenvolvimento a partir das seguintes etapas: escolha da situação; apresentação da situação; coleta de informações complementares; elaboração de hipóteses; síntese do relator; fase metacognitiva (cada um é convidado a exprimir sua vivência no

dispositivo, suas impressões, sentimentos, falhas, pontos positivos e ou negativos) (Spagnol *et al.*, 2019; Carstens *et al.*, 2020).

Uma dificuldade encontrada na produção dos dados foi a necessidade de realização de vários encontros para grupos reduzidos de profissionais, devido ao pouco tempo disponível que a equipe tinha para permanecer ausente do setor, uma vez que alguns estariam participando dentro do horário da sua jornada de trabalho e outros iniciando o plantão. Neste sentido, utilizar a técnica do GEASE com adaptações contribuiu para sistematizar a produção dos dados e reduzir ao máximo o impacto da ausência dos profissionais da unidade. A técnica do GEASE permitiu aos trabalhadores, de forma coletiva, a compartilharem situações relacionadas à administração de medicamentos e, a partir dessas situações, analisarem aspectos organizacionais e a sua prática profissional.

Dessa forma, o dispositivo realizado no segundo encontro, que utilizou a técnica do GEASE adaptada, contou com as seguintes etapas: relato de uma situação por um dos participantes (Apêndice F); perguntas dos demais membros do grupo para esclarecer a situação apresentada; análise da situação pelo grupo e avaliação do grupo acerca do encontro. Essas etapas foram organizadas para serem concluídas em um tempo máximo de 90 minutos.

Quanto aos encontros únicos, realizados com 3 grupos, seguiram a mesma lógica de envolver a equipe nos passos programados no roteiro socioclínico elaborado, porém foram adaptados devido ao tempo menor com os participantes. A alta adesão da equipe em participar, tentando se organizar para se fazer presente, na medida do possível e se mostrando receptivos à proposta da pesquisa pela oportunidade de estarem juntos, motivou a pesquisadora a realizar os encontros únicos, em resposta ao envolvimento da equipe.

Assim, os encontros únicos contaram com as seguintes etapas: breve apresentação inicial, informando o tempo de trabalho na enfermagem, no hospital e na unidade psiquiátrica. Em seguida, sobre como acontecia a administração de medicamentos na unidade psiquiátrica na prática profissional de cada um e, por fim, se alguém gostaria de relatar uma situação vivenciada, em relação à administração de medicamentos na unidade, que tenha impactado em sua prática profissional e que gostaria de compartilhar com o grupo.

Para o relato das situações nos grupos dos técnicos e auxiliares de enfermagem, a pesquisadora, que também fez o papel de facilitadora, explicou e pactuou os princípios norteadores do GEASE, enquanto regras importantes para o trabalho realizado, quais sejam: confidencialidade, não julgamento de valores e análise da implicação. Nessa forma de abordagem, preservou-se a interação entre os participantes durante a narrativa sobre o fato

Grupos											Conclusão
	23/05/23	24/05/23	26/05/23	30/05/23	31/05/23	02/06/23	05/06/23	06/06/23	11/06/23	21/06/23	27/06/23
GRUPO 6 Profissionais PQ, PR									X		
GRUPO 7 Profissionais PS, PH										X	
Encontro de Restituição Profissionais PEA,PEB, PF,PM,PL, PS											X

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Os encontros socioclínicos realizados tiveram uma média de duração de 80 minutos, totalizando um tempo total de 13 horas e 26 minutos, realizados em espaços diferentes do hospital, de acordo com a possibilidade de agendamento das salas, observando a disposição dos participantes em círculo. Para alguns profissionais, novos ambientes do hospital foram conhecidos, causando interesse e satisfação com a participação.

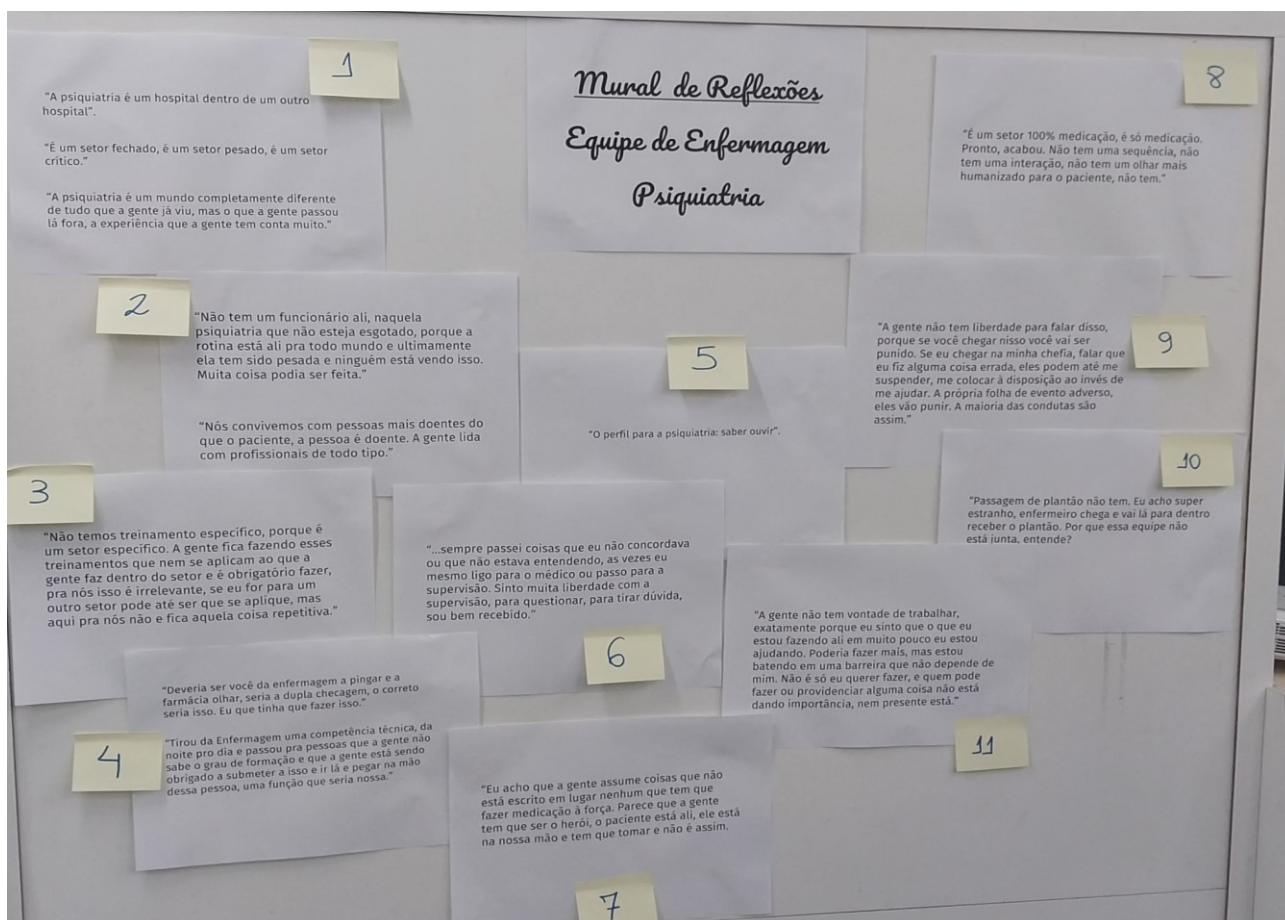
Encontros realizados na sala de reuniões da Diretoria de Saúde permitiram a alguns conhecerem essa área física do hospital, destinada aos setores administrativos vinculados às unidades assistenciais, como Núcleo de Segurança do Paciente, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Coordenação de Enfermagem da Linha do Adulto, enfim, ambientes em que habitualmente essa equipe não tinha o costume de transitar. A sala do Centro de Estudos, espaço destinado a reuniões de preceptores e residentes médicos, também foi um ambiente novo e que ampliou as possibilidades de acesso, para além da equipe médica.

Após o término dos encontros socioclínicos foi realizado, ainda, um encontro de restituição coletiva, que contemplou enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem dos plantões diurno e noturno. Foi afixado convite impresso (Apêndice A) no descanso, posto de enfermagem e sala da coordenação de enfermagem, além de envio por meio de aplicativo de mensagens aos profissionais. O convite trazia uma informação para esclarecer o termo “restituição” à equipe, que foi: “devolutiva dos encontros realizados”. Participaram 7

profissionais, sendo 2 enfermeiros e 5 técnicos/auxiliares de enfermagem, a pesquisadora e sua orientadora.

Para o encontro de restituição organizou-se um dispositivo denominado “Mural de Reflexões” (Figura 3). Foram selecionados trechos de falas dos profissionais que revelavam situações, sentimentos e impressões, apresentados durante os encontros e que, para a pesquisadora, havia a necessidade de apresentá-los ao grupo novamente, para um maior aprofundamento, agora coletivo, do conteúdo produzido nos grupos em separado. Os trechos de falas foram numerados e expostos em um mural para leitura de todos (Apêndice C). Correlações foram estabelecidas entre trechos diversos, permitindo novas reflexões pelo grupo sobre a prática profissional. Todos os encontros foram gravados e transcritos posteriormente.

Figura 3. Mural de Reflexões da Equipe de Enfermagem da Unidade de Psiquiatria.



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Outra fonte de produção para análise dos dados foi o diário de pesquisa, que também se constituiu como um instrumento potente para análise das implicações da pesquisadora que conseguiu registrar suas observações e fazer suas reflexões ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa. Assim, o diário foi uma ferramenta importante para o registro de impressões marcantes, ao longo do contato tão próximo estabelecido com toda a equipe nos encontros socioclínicos e durante todo o desenvolvimento do estudo.

No âmbito da AI, o diário de pesquisa é uma ferramenta que tem o potencial de gerar um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que se escreve o ocorrido no dia a dia, no âmbito individual ou no coletivo, o que se constitui como um momento de reflexão com e sobre o vivido, revelando os não ditos e pressupondo que o pesquisador no processo de pesquisar não é neutro (Pezzato; L'Abatte, 2011).

4.5 Organização dos dados para análise

Os dados produzidos foram transcritos e organizados em quadros (Apêndice E), tendo como diretrizes as oito características da Socioclínica Institucional e, a partir de uma

aproximação de alguns conceitos da AI, a fim de conhecer a prática profissional da equipe de enfermagem e compreender os aspectos organizacionais relacionados ao processo de administração de medicamentos na unidade de psiquiatria.

4.6 Cuidados éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) pelo parecer de número 5.783.237 e o Comitê de Ética do Hospital, alvo deste estudo, sendo observados os princípios ético-legais da Resolução nº 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e obedecidas as exigências da Resolução 510/2016, que regulamenta as pesquisas com seres humanos cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (CNS, 2012, 2016).

Os profissionais foram convidados a participar voluntariamente do estudo. Previamente à etapa de coleta de dados, cada profissional recebeu uma síntese do projeto de pesquisa e o TCLE e, individualmente foram explicados os objetivos e o modo de produção dos dados nos encontros socioclínicos, além dos aspectos éticos envolvidos. Os participantes tiveram sua identidade preservada durante toda a pesquisa, assegurando assim, o sigilo e o anonimato.

A etapa de realização dos encontros socioclínicos transcorreu normalmente, não havendo desconforto ou incômodo relatado por nenhum participante. No início de cada encontro, foi solicitado aos participantes permissão para gravar os depoimentos em mídia digital.

O TCLE foi assinado por todos em duas vias, uma delas sendo do participante da pesquisa e outra da pesquisadora responsável. Foi esclarecido que as falas dos participantes, produzidas nos encontros, seriam utilizadas para fins da pesquisa, e as análises e discussões seriam divulgadas apenas em eventos e produções científicas.

A guarda do material produzido na coleta de dados ficará de posse da pesquisadora durante o período de cinco anos após o término da pesquisa, de acordo com o estabelecido nas resoluções que regem pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisadora se comprometeu a manter o sigilo e a confidencialidade dos dados obtidos, bem como a preservação do nome dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados foram apresentados a partir das oito características da Socioclínica Institucional e analisados tendo como referência alguns conceitos da AI e a literatura relacionada ao objeto de estudo desta pesquisa. Considera-se que esta foi uma produção coletiva da equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica de um hospital público e geral de Belo Horizonte. Portanto, não há respostas corretas ou erradas dos participantes da pesquisa, mas, há uma reflexão compartilhada sobre a prática profissional de cada enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem envolvidos nesta produção.

5.1 Análise da encomenda e das demandas

No contexto da AI, o conceito de encomenda correspondente àquilo que deflagra o processo de uma intervenção ou pesquisa-intervenção. E, as demandas, correspondem às solicitações, carecimentos e desejos dos participantes do grupo com o qual se vai trabalhar, podendo sofrer mudanças no decorrer do processo instaurado (L'Abbate, 2012).

Nessa perspectiva, a encomenda desta pesquisa-intervenção surgiu a partir do trabalho da pesquisadora na unidade psiquiátrica no hospital em que é servidora desde o ano 2000. Como dito, de 2014 a 2021, a proximidade aos pacientes e à equipe da psiquiatria despertaram a vontade de compreender melhor como se dava a administração de medicamentos nesse setor, as possíveis falhas nesse processo e as repercussões no desfecho assistencial do paciente. Trabalhando em outros setores do hospital em que pacientes, equipe e a própria assistência de enfermagem aconteciam de maneira muito diferente do estabelecido na psiquiatria, um caminho se iniciou para entender esse processo.

A construção de um projeto de pesquisa, enquanto parte de um processo seletivo para o mestrado profissional, foi o norteador para a evolução do problema de pesquisa, moldado e ampliado durante as aulas da disciplina “Tópicos em Gestão de Serviços de Saúde II – Socioclínica e Análise Institucional da Prática Profissional”, ministrada pela orientadora e professora Dra. Carla Aparecida Spagnol.

Portanto, a encomenda foi se delineando, a partir da elaboração e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e dos registros do processo de investigação no diário da pesquisadora, instrumento conhecido durante a referida disciplina e que se tornou uma ferramenta importante para essa investigação, que, inclusive, permitiu “certa análise das implicações” da pesquisadora que também ocupa o papel de trabalhadora do hospital em estudo.

Preciso agendar um horário com a prof^a. Carla, minha escolha está feita [...] daqui pra frente, agora que tenho claro que preciso entender a prática da equipe, envolver os enfermeiros do setor, para que possamos transformar o que está posto como realidade no campo da administração de medicamentos. Preciso que ela leia o que fiz nesses dias. Acredito que desde o início ela tinha certeza que seria esse o caminho, esse referencial teórico que sustentaria a pesquisa [...] (Diário da Pesquisadora, 09/05/2022).

A encomenda pode modificar-se à medida em que é analisada, seja pela transitoriedade existente em qualquer instituição ou como resultado das próprias demandas que emergem do processo (Fortuna *et al.*, 2017).

Assim, a aproximação com o conteúdo desse referencial teórico metodológico e as discussões nos encontros com a orientadora, promoveram de maneira gradual outro olhar da pesquisadora/trabalhadora para esse tema, trazendo para o cenário, os atores que executam esse cuidado de enfermagem tão importante que é a administração de medicamentos. Trata-se da busca pela compreensão, não somente como ocorre o processo de administração de medicamentos em si, mas, enquanto prática da enfermagem com todos os seus “atravessamentos” e implicações profissionais que permeiam a oferta de um cuidado seguro aos pacientes.

O desafio agora é delinear um modelo de pesquisa que permita evidenciar a prática profissional de cada técnico de enfermagem em um contexto coletivo, bem como destacar a atuação dos enfermeiros que ali estão, desempenhando uma supervisão de enfermagem cujo modelo está estabelecido na instituição e que não assegura àquele grupo de pacientes e equipe de enfermagem, o suporte necessário. São movimentos que precisam acontecer e essa proximidade Enfermeiro – Técnico de Enfermagem, pode ser extremamente produtiva e sustentar uma prática segura no setor (Diário da Pesquisadora, 09/06/2022).

Desse modo, considerar a prática profissional da equipe de enfermagem relacionada à administração de medicamentos, com a intenção de conhecer esse cuidado e os processos institucionais que se articulam a ele, até chegar ao paciente como um cuidado seguro e em conformidade com as boas práticas, passou a ser o tema central desta pesquisa.

Esta encomenda foi, de maneira gradual, até a qualificação e aprovação do projeto pelo COEP/UFMG e Comitê de Ética do hospital, compartilhada com alguns profissionais da equipe de enfermagem da unidade, e a proposta de pesquisa foi bem recebida.

Já é de conhecimento do coordenador e de 2 enfermeiros o tema do meu projeto e foram bem receptivos a minha proposta de estudo, de fato, realizar minha pesquisa nesse ambiente me traz grande satisfação, me sinto parte do setor e sei que posso estimular reflexões na equipe sobre essa prática tão importante (Diário da Pesquisadora, 03/05/2022).

No primeiro encontro socioclínico, realizado com cada grupo, as demandas apresentadas pelos participantes se traduziram pelas expectativas apresentadas em relação ao que se tinha instituído na unidade e o que poderia ser alcançado, a partir da produção desta pesquisa. Essencialmente, essas demandas refletiram o que poderia ser transformado e se referiram às habilidades e competências pessoais que se relacionam com a prática profissional, além de buscar melhorar a visão que os trabalhadores de outros setores do hospital têm da unidade psiquiátrica. Os relatos a seguir mostram algumas demandas apresentadas pela equipe, as quais estão em sintonia com a encomenda da pesquisadora.

Um aprendizado e reciclagem. Medicamentos, por exemplo, eu trabalho de uma maneira que talvez não esteja correta, a tendência é melhorar (PI).

Então, tentar melhorar, o que é bom, ficar melhor ainda. Essa questão mesmo de aprendizado, novidades (PK).

[...] para que o hospital entenda o que é uma psiquiatria, veja a psiquiatria. E que a partir de pequenas mudanças, como a PS também falou, que a gente possa construir sim, um perfil melhor, um local de trabalho melhor, uma assistência melhor, porque aí vai fazer sentido, realmente o nosso fazer lá dentro (PL – Encontro de Restituição).

[...] Eu acho que é muito relevante e com essa proposta de jogar uma luz dentro do setor que a gente está trabalhando 12 horas e que vai mesmo trazer uma luz, eu penso uma melhoria, uma nova visão no fazer (PL).

A psiquiatria se apresenta como unidade assistencial, inserida nesse estabelecimento hospitalar, com características específicas próprias, que diferem das demais unidades do hospital e que, no processo de reconhecimento das demandas apresentadas pelos profissionais, se revelam com uma intenção de promover o conhecimento dessa unidade enquanto espaço físico e o que ela produz enquanto assistência à saúde prestada aos pacientes. Entretanto, cabe considerar a concepção de psiquiatria, à luz do referencial teórico metodológico da AI. Nesse sentido, toma-se a psiquiatria, enquanto instituição em um contexto social, decorrente das relações sociais e normas, em uma visão mais abstrata e não somente do aspecto clínico. Retomando o conceito de instituição a partir da AI pode-se dizer que:

[...] o institucionalismo faz uma distinção entre instituição, organização e estabelecimento. As instituições seriam de ordem mais abstrata, com o intuito de regular as atividades humanas, com base em uma função oficial, que justifica e legitima a existência de um determinado sistema social. Para operar concretamente sua função oficial, as instituições materializam-se sob formas sociais de organizações e estabelecimentos. As organizações materializam, em conjuntos de forma materiais, o que as instituições enunciam. Os estabelecimentos, por outro lado, são unidades menores que integram as organizações, podendo ser de vários tipos e ter características muito diversas (Monceau, 2015, p. 197).

Para Lourau (2004), as instituições não são somente os objetos ou as regras visíveis na superfície das relações e normas sociais. Referem-se à articulação entre a ação de indivíduos, grupos e normas sociais existentes, atravessando os níveis dos conjuntos humanos, fazendo parte da estrutura simbólica do grupo, indivíduo e na organização. Nessa direção, a instituição psiquiatria, em um contexto social não só da própria unidade e do hospital, mas, de modo geral na sociedade, ainda tem uma representação de medo e exclusão social, que se estende aos pacientes ali internados, além da pouca visibilidade dos trabalhadores.

Achei que é uma oportunidade igual você falou de sua intenção de aprofundar mais no conhecimento, talvez até da instituição mesmo sobre a psiquiatria, porque nós estamos ali isolados. Um hospital dentro de um hospital, porque o nosso ambiente é totalmente diferente de qualquer uma das alas do hospital. E o pessoal tem uma visão da psiquiatria de fora que não condiz com nada do que é lá dentro e até tem medo. Eu já tive medo da psiquiatria antes de eu conhecer a psiquiatria, mas não precisa disso. Mas é um assunto relevante, eu acho (PM).

Sobre a visão que os demais profissionais, externos à unidade em análise, e a própria direção do hospital possuem da psiquiatria, a demanda da equipe pesquisada traduziu claramente a relevância desta pesquisa-intervenção, visto ser essa uma das possibilidades para se compreender melhor o trabalho realizado e se obter estratégias coletivas para aproximar essas pessoas do processo de trabalho e valorizar os profissionais que atuam nesse setor, o qual demanda um olhar cuidadoso para os processos organizacionais, para o paciente e a equipe.

[...] eu acho que trazer a pesquisa especificamente para o nosso setor, ela vai até ampliar a visão que a gente tem para o hospital e para as demais áreas, também. É um movimento de valorização, não é?! (PEA)

[...] Espero que esse trabalho da Sandra consiga isso, dar uma cutucada, a psiquiatria está lá, precisa ir lá conhecer, precisa olhar, saber o que está acontecendo ali dentro, porque nós estamos ali a parte, nós somos uma parte do hospital. (PM – Encontro de Restituição)

[...] Então acho que a ideia do trabalho é um pouco essa. Que a gente possa, eu acho que as mudanças também não ocorrem da noite para o dia, não é essa a perspectiva da pesquisa da Sandra. É uma perspectiva mais da construção

coletiva e de tentar olhar coletivamente para os fatores que atravessam todos os dias a nossa prática profissional. (Orientadora – Encontro de Restituição)

[...] Só que não é só a equipe de enfermagem, e querendo ou não, quem realmente pode fazer alguma coisa dentro da psiquiatria, de mudanças grandes, são eles e também o objetivo que a Sandra falou de trazer o olhar da instituição para dentro do setor, porque o hospital não conhece a psiquiatria, o hospital tem medo de olhar para psiquiatria. Então assim, os administradores, os chefões, nunca entraram ali dentro. Então não sabe da demanda do setor e para a gente conseguir mudar grandes coisas, eles têm que olhar para lá. (PM – Encontro de Restituição)

Prado, Sá e Miranda (2015), ao analisarem a experiência da loucura, historicamente entendida como um fenômeno que transgride as leis da sociedade, mostram que essa, ainda, é vista como algo estranho, que afasta o ‘sujeito de si e do mundo’, enfraquecendo extremamente o desenvolvimento de processos de identificação positivos por parte dos trabalhadores da saúde para com os pacientes, o que pode afetar fortemente a produção do cuidado.

Nesse contexto, as autoras supracitadas, mencionam que a presença de pacientes internados pela psiquiatria ainda causa estranhamento por parte dos profissionais das outras unidades, que se percebem em novo universo onde os termos perigoso, violento e imprevisível são aplicados a esses pacientes. Para além da criação de leitos de atenção integral, nos hospitais gerais a pacientes com transtorno mental, há de se promover espaços de elaboração das representações negativas sociais associadas à instituição psiquiatria (Prado; Sá; Miranda, 2015).

Portanto, leitos psiquiátricos inseridos em hospitais gerais podem ter algumas vantagens e benefícios para os pacientes como: acesso integrado a outras especialidades médicas e recursos diagnósticos e terapêuticos; maior transparência na prática psiquiátrica por estarem menos isolados e diminuição do estigma da doença mental, uma vez que o paciente passaria a ser visto como um doente semelhante aos outros (Botega, 2012).

Essas contradições existentes nas relações sociais e nas instituições, segundo Fortuna; et al. (2017), apresentam-se com formas próprias de organização e regras, as quais resultam do movimento dialético entre forças de imobilidade e permanência (instituído) e forças de transformação, mobilidade e criação (instituintes). O instituído e o instituinte, em uma relação de disputa, compõem um terceiro momento, o processo de institucionalização das instituições, como é o caso da Reforma Psiquiátrica, por exemplo, que vai institucionalizar novas formas de cuidar do paciente inclusive no hospital geral.

No entanto, na unidade psiquiátrica em análise, o modelo de tratamento medicamentoso, pautado no modelo biomédico e a gestão do serviço de enfermagem ainda são fortemente instituídos. O perfil da equipe, suas habilidades e competências e algumas rotinas que são

implantadas relacionadas, principalmente ao trabalho da enfermagem, da equipe médica e o serviço de farmácia, muitas vezes, apresentam-se como forças instituintes que confrontam o que já está instituído, produzindo processos de institucionalização da prática profissional e que vão repercutir no processo de administração de medicamentos e nas demais necessidades dos pacientes, que foram analisadas pelos participantes da pesquisa.

5.2 Participação dos sujeitos no dispositivo

A participação dos sujeitos nesta pesquisa foi verificada em todas as etapas de produção dos dados, iniciando com a aceitação do convite nos encontros socioclínicos e no de restituição. A equipe era composta por 29 profissionais de enfermagem, foi enviado um convite impresso a cada participante, após contato individual e com as equipes durante o horário de trabalho no próprio setor. Houve um retorno positivo dos profissionais demonstrando interesse em participar, com a devolução de 22 termos de consentimento assinados e a participação de 19 profissionais na produção dos dados, 03 profissionais assinaram o TCLE, porém não participaram.

A média de idade dos profissionais mostra-se próxima, sendo maior entre os técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Quadro 3 – Média de idade dos profissionais da enfermagem da unidade psiquiátrica

Categoria Profissional	Média de Idade
Enfermeiros	45 anos
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	52 anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

A análise do tempo de atuação na enfermagem, tempo de trabalho no hospital e na unidade psiquiátrica, demonstrou que os técnicos e auxiliares de enfermagem também possuem um maior tempo nesses aspectos levantados, quando comparados aos enfermeiros. Esses técnicos e auxiliares de enfermagem são profissionais que, além de terem experiência na unidade psiquiátrica, também possuem uma vivência em outros setores do hospital, devido a seu tempo atuação na enfermagem e de trabalho na organização.

Quadro 4 – Tempo médio de atuação na enfermagem, trabalho na instituição e na unidade psiquiátrica

Categoria Profissional	Média do tempo de atuação na enfermagem	Média do tempo de trabalho na instituição	Média do tempo de trabalho na unidade psiquiátrica
Enfermeiros	15,4 anos	14,4 anos	6,6 anos
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	24,4 anos	19,7 anos	10,2 anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Os profissionais da enfermagem da unidade psiquiátrica manifestaram o seu interesse na temática, considerando a pesquisa como uma oportunidade de crescimento pessoal e de contribuição para a coesão do grupo, em um processo de mudanças para a melhoria dos processos de trabalho. Segundo Monceau (2005), para se obter transformações na realidade social é necessário ter a participação dos sujeitos no processo de mudança, por meio de discussões coletivas centradas no problema a resolver e na análise de implicações.

Solicitei que dissessem o motivo do aceite para participar da pesquisa, percebi em todos uma grata satisfação por terem sido envolvidos nesse processo e que valorizam muito o tema abordado. (Diário da Pesquisadora, 24/05/23)

Porque cada projeto que você participa você está aprendendo cada dia mais e às vezes vai ter alguma coisa que eu vou levar, não só vou deixar como também vou levar. (PO)

Eu gosto da medicação, se é para melhorar mesmo eu estando perto de aposentar, eu tive curiosidade para saber em que a gente pode melhorar. É um estudo que você está mostrando pra gente e a gente poder participar um pouquinho, saber o que a gente pode melhorar, sempre é bom. (PP)

O uso de um dispositivo, utilizando a técnica do GEASE de forma adaptada, favoreceu o envolvimento do grupo, o que possibilitou a análise de situações vivenciadas no ambiente de trabalho e oportunizou olhar, de forma crítica e reflexiva, para esses fatos relatados, em busca de melhor compreensão e ampliação dos conhecimentos.

Além disso, a forma como os grupos se organizaram para definir um relator e selecionar uma situação para análise no segundo encontro fez a pesquisadora refletir que de fato os participantes sentiram que tinham um papel ativo nesta pesquisa-intervenção, com

responsabilidade e em busca de mudanças na prática profissional, corroborando as suas inquietações e os seus objetivos de pesquisa.

Os enfermeiros se organizaram previamente para discutirem qual situação seria apresentada ao grupo para análise, mostraram-se envolvidos e dispostos a atender a proposta do encontro. (Diário da Pesquisadora, 05/06/2023)

Nessa direção, a técnica do GEASE adaptada possibilitou tanto a equipe quanto a pesquisadora a refletirem coletivamente sobre diversos aspectos da prática profissional. Isso, talvez tenha sido facilitado devido às origens e premissas teóricas dessa técnica de análise da prática profissional. De acordo Spagnol *et al.* (2019) e Carstens *et al.* (2020), o GEASE teve sua origem em duas correntes teóricas: os trabalhos de Michaël Balint, que tinham a intenção de melhorar a relação médico-paciente, a partir da análise de situações reais e a abordagem reflexiva de Donald Schön, que desenvolveu o conceito de profissional reflexivo, em que este busca entender sua prática, marcada pela incerteza, por conflitos éticos e pela complexidade, para reconstruir os problemas, a partir do movimento dialético entre ação-reflexão-ação.

Na pesquisa-intervenção, a relação do pesquisador com o objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da investigação, sendo uma produção coletiva do grupo envolvido (Aguiar; Rocha, 1997). Assim, o desenvolvimento desta pesquisa realizada de forma coletiva, a partir da realidade da própria unidade em que trabalha, trouxe uma perspectiva para a equipe de enfermagem da psiquiatria de troca de experiências sobre o objeto de estudo e possibilidade de estarem juntos olhando para as questões que surgiram relacionadas ao processo de trabalho, mas que tem atravessado a prática profissional, e que, no caso desta investigação, foi além do processo de administração de medicamentos.

Olha, essa questão de estudos, eu sempre achei interessante, explorar novos caminhos e esse trabalho, com certeza vai trazer benefícios para o hospital, para a ciência, para a enfermagem em si e poder participar é a primeira coisa que me chamou a atenção e paralelamente a isso, é claro, estar contribuindo para uma colega de trabalho no estudo que você está desempenhando. (PJ)

Acho que vai ser um ganho o que vai ser discutido aqui, vai ser algo que vai trazer pra gente, conversar um pouco, vai ser realmente uma troca, não só uma troca de gentileza mas experiência, entendeu?! (PEF)

O reconhecimento da importância do processo de administração de medicamentos, que se constitui como o eixo principal desta pesquisa, configurou-se como central no contexto da prática profissional da unidade psiquiátrica, enquanto parte essencial no tratamento dos pacientes. Isso, também sustentou a expressiva participação do grupo na produção dos dados desta pesquisa.

Eu acho a medicação assim um espaço importante, porque é praticamente a base do tratamento do paciente psiquiátrico. Acho que a melhora do paciente está totalmente direcionada à questão do medicamento. Eu nunca tive traumas sobre questões de medicamentos. Para mim é muito tranquila a questão da medicação. (PH)

Há muitos anos eu tive uma coordenadora que falava assim e eu guardo isso comigo até hoje: paciente não vai morrer se não tomar banho, mas se não tomar o antibiótico ele vai morrer. O médico estuda para fazer o diagnóstico e prescrever, o farmacêutico para fazer o remédio e distribuir e, a enfermagem é o principal, porque se ela não der o remédio ao paciente, ele vai morrer. Uma das partes principais para o paciente é a medicação. Todas as coisas fazem parte do tratamento, mas o principal é a medicação. (PR)

É bem importante dar a medicação, porque o paciente psiquiátrico precisa ser medicado, eu acho que é uma das funções mais importantes, você tem que ter muita atenção, jogo de cintura pra fazer, você tem que ter manejo pra conseguir fazer e você tem que fazer, é uma parte bem complexa e bem importante. (PP)

Dessa forma, a participação dos sujeitos, enquanto característica da Socioclínica Institucional, evidencia um movimento de análise em que os profissionais fazem uma reflexão sobre os processos instituídos, admitem suas dúvidas e fragilidades e compartilham seus conhecimentos à medida que a pesquisa-intervenção se desenvolve.

5.3 Trabalho das implicações primárias e secundárias da pesquisadora e dos participantes

Para Monceau (2008), o conceito de implicação refere-se à relação que os indivíduos desenvolvem com as instituições e mesmo que não queiram, são tomados por ela. A análise de implicações é um trabalho coletivo e podem ser primárias, que se referem às nossas implicações dentro da própria situação de análise e secundárias que são as implicações do pesquisador com seu objeto de estudo, ou seja, com tudo que diz respeito à instituição científica. Dessa forma, as implicações primárias se traduzem pelas relações com as pessoas envolvidas na intervenção no lugar da situação de análise e as implicações secundárias podem estar em outro lugar.

Para análise das implicações secundárias, a pesquisadora usou o diário para registrar diversos momentos e situações, o que favoreceu uma ampliação de sua visão sobre seu objeto de pesquisa e maior proximidade com o referencial teórico da AI, na vertente Socioclínica Institucional. O exercício da escrita no diário, enquanto oportunidade de registro de suas impressões sobre as condições que se apresentavam ao longo do mestrado, desde a construção do seu projeto de pesquisa, até nos encontros ocasionais com a equipe, revelaram suas implicações secundárias e que também foram analisadas.

Para Pezzato e L'Abbate (2011), o diário é uma ferramenta que permite ao pesquisador “fazer ver” situações conflituosas e complexas no cenário das organizações onde ocorrem as intervenções ou a pesquisa-intervenção, o que pode amenizar possíveis sobreimplicações.

A sobreimplicação é descrita por Monceau (2008, p 23-24.), como “uma impossibilidade de analisar a implicação, e essa sobreimplicação do profissional lhe conduz a aceitar práticas que ele também recusa”.

As aulas com a professora Carla poderiam ser diárias [...] com certeza eu estaria bem melhor [...] foi difícil organizar as ideias que ainda estão amadurecendo diante de um referencial teórico tão complexo e novo para mim [...]. Sair do final e ir para o começo: esse é o caminho que estou fazendo. Saindo do pensamento de que o mais importante era analisar o desfecho assistencial clínico dos pacientes potencialmente expostos a eventos/incidentes relacionados a administração de medicamentos, para me aproximar dos atores que executam essa técnica. (Diário da Pesquisadora, 09/06/22)

Quero que a equipe de enfermagem da psiquiatria tenha a oportunidade de expressar seu potencial através do propósito dessa pesquisa. Existem muitos saberes em cada profissional que ali se encontra reunido, em uma ala fechada, sob uma coordenação, sob uma supervisão direta e diante dos pacientes. (Diário da Pesquisadora, 09/06/22)

Dessa forma, as reuniões com a orientadora, permitiram à pesquisadora o reconhecimento de suas implicações, reveladas principalmente após alguns encontros em que as questões e temáticas tratadas, despertavam sentimentos diversos e causavam inquietação por fazerem perceber o quanto o distanciamento da pesquisadora era difícil frente ao que se apresentava nas vivências e nos discursos dos participantes.

O longo tempo de trabalho no hospital, favoreceu o relacionamento existente da pesquisadora com grande parte da equipe, considerando que alguns profissionais possuíam o mesmo tempo de trabalho que ela na instituição. Esse conhecimento de características e perfil de trabalho de alguns profissionais reflete as implicações afetivas que estão presentes quando são considerados os aspectos profissional e pessoal estabelecidos nas relações.

O perfil de pacientes da psiquiatria também se constitui em um fator de análise para a pesquisadora, visto que se trata de uma escolha profissional por afinidade e satisfação pessoal em ter sido uma enfermeira desse setor, mas, também é um fator importante para alguns participantes da pesquisa. Para os analistas institucionais a implicação refere-se ao nosso envolvimento sempre presente e até de natureza inconsciente com tudo aquilo que fazemos.

Tenho uma relação profunda com a equipe da psiquiatria do hospital. Conheço todos, profissionalmente pela rotina de trabalho juntos [...]. Isso me faz pensar no quanto sou e estou envolvida com esse setor, com esses colegas de profissão, com essa temática que tanto me agrada e com o paciente que é tão importante para mim [...]. (Diário da Pesquisadora, 09/06/2023)

[...] Enfim, aprendi a estar junto a equipe, fazer parte [...] enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem são melhores quando estão juntos. A assistência não pode ser fragmentada, isolada e o conhecimento do enfermeiro deve amparar também a rotina de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem. A melhor sala para o enfermeiro é o Posto de Enfermagem. (Diário da Pesquisadora, 09/06/2022)

É traumático pra gente e para o paciente. Porque assim, a gente como ser tem essa sensibilidade, é um momento que o paciente está entregue. Ele está inconsciente, precisa de alguém pra alimentá-lo, precisa de alguém pra fazer tudo por ele. Ele está entregue a nós, à equipe. (PR)

Barbier (1985) definiu três dimensões da implicação: afetivo-libidinal, existencial e estruturo-profissional. Ou seja, somos o tempo todo movidos pelas nossas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais, em relação à nossa prática de pesquisa e/ou de intervenção, com as instituições às quais pertencemos, com nosso campo teórico-metodológico e com a sociedade da qual fazemos parte.

A partir desses conceitos, pode-se dizer que havia na equipe, de certa forma, um envolvimento com a pesquisadora, uma vez que esta havia trabalhado na unidade psiquiátrica em estudo, mas, também se interessou em analisar o objeto de estudo e vivenciou, de maneira coletiva, o momento de produção dos dados da pesquisa. Isso se traduz em momentos de reflexões, mas, sobretudo de análise das implicações dos participantes e da pesquisadora, trazendo afetos, sentimentos e, principalmente, as angústias relacionadas à rotina do trabalho.

As características do paciente psiquiátrico e toda sua fragilidade, despertaram sentimentos na equipe e promoveram um repensar sobre a vulnerabilidade, na qual os pacientes estão expostos.

O transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras importantes, conforme pontuado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2014).

O contato com o paciente psiquiátrico e suas manifestações pode ser de difícil manejo para equipe de enfermagem, gerando um comportamento negativo e de distanciamento do

paciente com consequências sobre a assistência prestada e a integralidade do cuidado (Prado; Sá; Miranda, 2015).

Em artigo de revisão, as características atribuídas aos pacientes com transtorno mental foram descritas pelos enfermeiros como sendo pacientes difíceis e problemáticos, perturbadores, mais complexos e imprevisíveis, associando a essas características os sentimentos de angústia, medo e ansiedade, colocando os profissionais no lugar de impotência e gerando frustração (Prado; Sá; Miranda, 2015). Um dos participantes da pesquisa autoanalisou-se e se percebeu como um ser humano que cuida de outro ser humano, por isso é necessário ter habilidade e sensibilidade para lidar com a complexidade que é cuidar do paciente com transtorno mental.

É traumático pra gente e para o paciente. Porque assim, a gente como ser humano, ver um ser humano naquela situação. É traumático, a gente é humano e tem essa sensibilidade, é um momento que o paciente está entregue. (PR)

Outro ponto que foi analisado foram as práticas instituídas para medicar o paciente quando este se recusa a tomar o medicamento. De modo geral, a administração de medicamentos pela equipe de enfermagem ocorre como a última etapa do processo de administração de medicamentos e sempre em cumprimento a uma prescrição, como sequência do tratamento ou em caráter de urgência para controle de alguma condição que leve a instabilidade do paciente. A recusa na aceitação de algum medicamento pode acontecer por motivos diversos e, diante disso, o paciente com transtorno mental, assim como qualquer paciente de outra clínica, com a sua autonomia pode manifestar o desejo contrário à administração de determinado medicamento.

Para Mendonça (2019), o doente acometido por distúrbio psíquico tem os mesmos direitos fundamentais que qualquer outro membro da comunidade, mas apresenta particularidades em relação às necessidades inerentes à vulnerabilidade e fragilidade associadas à sua condição.

A partir de uma análise de suas implicações ideológicas, alguns profissionais da equipe de enfermagem analisaram que a abordagem ao paciente, diante da recusa de medicamentos por via oral, instituída na unidade psiquiátrica até então, é inadequada por não respeitar a vontade do paciente, exceto aqueles que estão em pleno surto. Essa forma de abordagem imposta aos pacientes, confrontou os valores de alguns trabalhadores e os remeteram à prática profissional realizada aos moldes daquela instituída nos manicômios antes da Reforma Psiquiátrica.

Ressalta-se que alguns profissionais foram taxativos em dizer que não coadunam ou participam de práticas que desrespeitam a autonomia dos pacientes e que não querem utilizar da força para poder medicar aqueles que recusam a medicação. Eles acreditam que existem outras formas e outras vias de administração para os medicamentos, que podem ser utilizadas para poder resolver essas situações existentes na unidade em análise.

Isso já determinei para mim mesmo, eu não participo porque isso me incomoda. (PN)

Eu levantei esse assunto no primeiro encontro, eu não concordo com isso não [...]. É agressivo, traumático demais, tanto pra eles quanto pra gente, parece cena de tortura. Isso é uma coisa que tem como mudar. (PR)

A farmácia hospitalar neste estudo foi considerada um analisador e vai ser melhor discutido no próximo tópico. No entanto, as questões institucionais que permearam as relações da enfermagem com a farmácia, principalmente, após a implementação de nova rotina para o processo de dispensação e preparo dos medicamentos controlados de uso coletivo para administração por via oral, que passaram a ser realizados por trabalhadores administrativos, atravessou de forma significativa a prática, levando a equipe de enfermagem a analisar suas implicações profissionais com essa instituição - a farmácia.

Com a imposição dessa nova rotina no hospital em estudo, os profissionais da enfermagem puderam analisar seus sentimentos, desconfortos e indignação, ao sentirem que foram “substituídos” por profissionais que não têm formação para realizarem uma atividade que historicamente sempre foi realizada pela enfermagem - a administração de medicamentos.

Eu me sinto constrangido de ir na farmácia e aqueles meninos (funcionários da farmácia) que não tem formação nenhuma ter que pingar as gotinhas pra mim. (PR)

[...] Então ficou um sentimento muito ruim. (PEA)

Com relação ao modelo de gestão instituído no hospital, em que grande parte das decisões é centralizada na alta direção e que se reproduz na unidade psiquiátrica, alguns trabalhadores ao analisarem suas implicações com as instituições hospital, enfermagem e psiquiatria, mostraram a sua frustração no trabalho, mediante a falta de apoio e de governabilidade para a resolução de problemas do cotidiano. Nesse contexto, um dos participantes apontou que a solução natural para aqueles que não querem aceitar as mudanças é a saída do setor como forma de possivelmente obter outro olhar para as normas impostas pela diretoria, tanto para as lideranças intermediárias, quanto para os demais trabalhadores.

[...] E é isso que frustra, porque é coisa que não depende da gente enfermagem fazer. Depende de quem está acima, mas quem está acima não está olhando para isso [...] (PM)

Mas às vezes tem que mudar as pessoas também, as pessoas cansadas têm que sair, sabe?! Às vezes, os cansados têm que entender que chegou o fim deles. Às vezes, tem que pensar num novo horizonte, e isso passa por mim. São situações que precisam ocorrer, que vão ocorrer, e mudança pode ser uma troca de camisa, uma troca de pessoa. (PEB – Encontro de Restituição)

O processo de análise de implicações levou o grupo a um mergulho em sentimentos e sensações experienciados durante o ato de cuidar. Sentimentos de medo, frustração, constrangimento, situações traumáticas e incômodos se revelaram em contextos relacionados à prática profissional e que emergiram ao longo dos encontros. Olhando para a prática profissional, a partir da análise das implicações, os trabalhadores da enfermagem questionaram sua atuação profissional, os seus valores e afetos, além dos seus limites como seres humanos.

5.4 Trabalho dos analisadores

Os analisadores se referem a fatos e situações que surgem de forma imprevista ou que simplesmente se revelam no processo de intervenção e que permitem identificar aspectos contraditórios e ocultos do grupo e da organização, na qual os indivíduos se inserem (L'Abbate, 2012).

Ao analisar, principalmente, o processo de dispensação de medicamentos pela farmácia do hospital em estudo e o modelo de gestão do cuidado instituído na unidade psiquiátrica, os participantes ficaram incitados a analisar diversos aspectos relacionados à estrutura organizacional, os processos e às relações de trabalho hierárquicas, aos quais a equipe, muitas vezes, estão submetidas. Dessa forma, analisar o processo de administração de medicamentos nos encontros socioclínicos possibilitou identificar dois potenciais analisadores: **Farmácia Hospitalar** e o **Modelo de Gestão**, os quais revelaram diversos aspectos que estavam entrelaçados à prática profissional da equipe, mas, que iam além da realização desse procedimento.

5.4.1 O analisador “Farmácia Hospitalar” e seus processos

A Farmácia Hospitalar é um serviço terceirizado, fornecedor de insumos e pessoal, com alguns processos internos próprios, que impactam e comprometem o fazer da enfermagem e que marcam uma relação de poder e distanciamento, conforme os apontamentos dos profissionais, compartilhados nos encontros socioclínicos. O analisador “Farmácia Hospitalar”

e seus processos revelou alguns aspectos relacionados às etapas de dispensação e preparo, que compõem o sistema de medicação, os quais se articulam com a administração de medicamentos realizada na prática profissional da enfermagem.

Alguns trabalhadores da enfermagem da unidade em estudo, apontaram pontos positivos relacionados à dispensação e guarda de medicamentos, que contribuem para um maior controle e o não armazenamento em excesso de drogas farmacêuticas na unidade, conferindo segurança e organização ao processo, por exemplo, o armazenamento no “carro *locker*”. Esse equipamento possui gavetas identificadas para cada leito e tem a finalidade de armazenar os medicamentos dos pacientes à medida em que são dispensados pela farmácia.

A dose individualizada para 24 horas, tendo a sua dispensação realizada a cada 12 horas é outro ponto positivo, que reduz o volume de itens na unidade, proporcionando maior controle dos produtos dispensados. Mas, esses aspectos, para outros profissionais despertaram também reflexões desfavoráveis, à medida que questionaram principalmente a conferência dos medicamentos que são entregues na unidade, os quais são recebidos por trabalhadores de um turno, mas, que também serão utilizados pela equipe do outro turno. E no caso de falta de algum medicamento, os profissionais não conseguem identificar se a falha foi da farmácia ou da equipe de enfermagem que recebeu e que vai utilizar os medicamentos no outro turno. São olhares diferentes, sobre o mesmo processo de trabalho que foram compartilhados e analisados nos encontros.

A dispensação das medicações é até interessante, a gente já chega e as medicações já estão lá conferidas e assinadas pelo plantão anterior e a gente vai conferir para o próximo plantão. Então, eu acho que essa dinâmica é favorável, imagina se eu chegasse e tivesse que ir lá na farmácia como era antigamente. Antes a gente tinha que conferir medicação por medicação, depois levar para o andar para fazer ainda, a separação. (PJ)

E a gente tem que ver a logística aqui da administração. A nossa farmácia é terceirizada. E aí existe um padrão de horário em que a prescrição tem que ser feita, tem que ser entregue na farmácia para a montagem das medicações para o próximo plantão. E o que ocorre, por exemplo, que é uma coisa que a maioria não vê com muito bons olhos, que eu acho que é um dificultador, que é a questão de um plantão receber para o próximo [...]. A gente não sabe se a conferência veio errada, se foi da farmácia, se foi da enfermagem e aí a gente tem que resolver o problema, porque tem que medicar e aí na hora de resolver esse problema, a gente tem um conflito muito grande com a farmácia. Porque a farmácia sempre coloca alguma coisa que a enfermagem não conferiu certo [...]. Mas assim, é uma logística do hospital e aí a gente tem que ir se ajustando nesse fluxo [...] às vezes acontece também, por exemplo, de uma medicação vir violada da farmácia. E aí, por estar violada, a gente, por segurança, não administra. Mas, na hora de devolver ela (farmácia) fala que tinha que ter visto na conferência, e aí já passou despercebido pelo outro plantão. Então assim,

são umas coisinhas meio burocráticas que às vezes atrasa, gera um estresse assim entre farmácia e enfermagem e a gente tem que lidar com isso. (PEA)

A conferência dos medicamentos entregues, antes de serem colocados pela equipe da farmácia nas gavetas destinadas a cada paciente é um processo compartilhado, que envolve uma dupla checagem, em que a farmácia informa o que foi dispensado e a enfermagem verifica e valida a entrega. A execução dessa conferência conjunta pode ser influenciada quando uma das partes avalia não ser possível realizar a entrega, ou seja, quando o funcionário da farmácia não vai ao setor, devido às alterações no quadro clínico do paciente (agressividade, surto, delírios, etc.) ou quando os profissionais da enfermagem estão envolvidos em questões relacionadas à assistência aos pacientes e não conseguem ir ao posto de enfermagem para acompanharem de fato mais essa atividade. O déficit de pessoal é um outro fator que interfere nessa atividade tão importante para garantir a segurança na administração do medicamento.

[...] às vezes acontece também, por exemplo, da enfermagem estar muito agitada, principalmente a ala masculina, com pacientes até um pouco mais agressivos. E aí, nesse momento, os funcionários da farmácia não entram por insegurança, medo mesmo e até para evitar conflito com eles, então eles entregam o pacote e nessa entrega não tem conferência [...] às vezes, é o horário também que eles vêm, eles têm um horário padrão, que é da farmácia de vir colocar esse remédio, mas nem sempre é o melhor horário conveniente para enfermagem. Então, às vezes, por conta disso, está um pouco mais apertado, não sei se fazem uma conferência mais superficial, e pode passar alguma coisa despercebida, não é? (PEA)

O sistema de guarda de medicamentos no “carro *locker*” possui controle eletrônico e, no período da produção dos dados desta pesquisa, estava temporariamente desativado em virtude de dano no leitor de identificação para abertura, mas, é considerado como um fator importante de segurança e organização para alguns profissionais e, para outros, há a impressão de ser um equipamento que dificulta o trabalho da enfermagem, pela necessidade de identificação a cada abertura de gaveta, tornando para alguns o trabalho moroso.

Quando tinha as gavetinhas estava mais seguro. (PP)

Cada paciente você tem que colocar o MASP e a senha, se nosso acesso fosse igual ao da farmácia seria mais fácil. (PO)

A farmácia ser no 4º andar facilitou muito para o atendimento às urgências, mesmo tendo que passar crachá, abrir porta, fechar porta [...]. (PP)

Antes tinha kit, tinha uma caixinha de urgência, o enfermeiro ficava com uma chave e quando precisava pegava e fazia. Não temos uma seringa, uma agulha, uma gazinha. (PQ)

O fato de haver uma farmácia satélite no andar da unidade psiquiátrica, surgiu nos grupos como um fator benéfico e que contribui para o trabalho da enfermagem. Mas, ainda assim, há um apontamento em relação a inexistência de materiais para atendimento a situações de urgências psiquiátricas dentro do setor, sendo que o deslocamento até a farmácia é um complicador, pelo perfil dos pacientes e necessidade de que toda a equipe esteja unida no atendimento. (Diário da Pesquisadora)

A dispensação e preparo dos medicamentos com controle especial, em embalagens para múltiplas doses, para administração por via oral, foi outro ponto polêmico que emergiu nos grupos, a partir das discussões relacionadas a uma nova rotina para essas etapas do sistema de medicação. A direção do hospital realizou uma mudança no fluxo dessa dispensação para todas as unidades, com repercussões principalmente para a prática da enfermagem na unidade psiquiátrica, que possui significativo volume desses medicamentos controlados. Essas repercussões foram tanto do ponto de vista histórico-social quanto dos aspectos éticos-legais da profissão, além de trazerem sentimentos de desvalorização, incapacidade e angústia para os profissionais da enfermagem da unidade de psiquiatria, visto que o preparo dos medicamentos de uso coletivo controlados, administrados por via oral deixou de ser realizado pela enfermagem e passou a ser realizado pelos funcionários administrativos da farmácia.

Para os participantes da pesquisa, a justificativa da Farmácia Hospitalar para esse novo fluxo do preparo desses medicamentos, ocorreu a partir de uma análise dos gastos dessas drogas farmacêuticas no hospital, alegando que a quantidade utilizada na administração de medicamento realizada pela enfermagem era superior a estimada nas prescrições médicas.

Diante dessa justificativa, instituiu-se no hospital em estudo, um “método de controle” em que caberiam aos funcionários da farmácia, entregar à enfermagem os medicamentos preparados nos copinhos para administrar aos pacientes. A enfermagem deixou de preparar esses medicamentos controlados de uso coletivo, para agora somente acompanhar, por detrás de um balcão e de um vidro, esse preparo sendo feito por um funcionário da farmácia, sem necessariamente ter formação para realizar essa atividade, que requer critérios para garantir a segurança do paciente.

Esse foi um fato que se constituiu como analisador nos encontros socioclínicos, visto que depois de algum tempo, voltou a ser discutido pelos profissionais que manifestaram seus questionamentos, inquietudes e sentimento de tristeza, humilhação e desrespeito com a profissão de enfermagem. Mas, também foram explicitadas as relações de poder entre os setores, entre a direção e os trabalhadores, além da fragilidade de mobilização das categorias da enfermagem para pautarem os problemas relacionados a essa mudança na prática profissional.

Eu fiquei muito indignada e continuo com a indignação até hoje. [...] Tirou da Enfermagem uma competência técnica, da noite pro dia e passou pra pessoas que a gente não sabe o grau de formação e que a gente está sendo obrigada a submeter a isso e ir lá e pegar na mão dessa pessoa, uma função que seria nossa [...]. Eu nem sei se houve alguma luta pra não perder, porque foi imposto e foi acatado por quem é de autoridade e acima de nós técnicos, porque acatou, eu não vi ninguém acima de nós de competência fazer alguma coisa, só comunicaram. Considero o mais agravante de tudo o que nós perdemos, foi tirado de nós. (PQ)

Pune uma equipe toda, como incompetente e irresponsável, por às vezes um problema de um ou dois [...]. Eu me sinto constrangido de ir na farmácia e aqueles meninos (funcionários da farmácia) que não tem formação nenhuma ter que pingar as gotinhas pra mim. (PR)

A gente entende que assim, é uma situação até constrangedora para a enfermagem, você pensar que uma pessoa que trabalha dentro da farmácia, que nem é necessariamente um técnico de saúde, técnico de enfermagem, técnico de farmácia, muito menos um Farmacêutico, ele é apenas um funcionário contratado pela farmácia. Ele não tem formação em saúde, ter que pingar a gota que você vai administrar, não é? Então isso trouxe, assim, um sentimento de revolta muito grande para a equipe de um modo geral no hospital. Mas o motivo era o que é? A prescrição não batia com o tempo de medicamento, então assim o frasco estava acabando muito antes e, se estava acabando antes, é porque estava pingando a mais e quem pegava era enfermagem. Então ficou um sentimento muito ruim, mesmo se a enfermagem tivesse pingando a mais, não é? E o frasco está acabando por causa disso, então eles optaram por isso. (PEA)

No processo de institucionalização da nova rotina de preparo dos medicamentos controlados multidoses, o que estava instituído entra em confronto com o instituinte, ou seja, uma prática realizada há anos pela enfermagem passa ser agora realizada pelos funcionários da farmácia.

Ressalta-se que o serviço da Farmácia Hospitalar é terceirizado e possui farmacêuticos para gerenciarem esse serviço e os seus processos no hospital. Assim, em uma conversa da pesquisadora com a coordenadora do Departamento de Assistência Farmacêutica do hospital em estudo, o poder das normas (instituído) foi explicitado, visto que a demanda para o controle desses medicamentos surgiu a partir de uma vistoria da Vigilância Sanitária, a qual estabeleceu que o hospital deveria implantar medidas de controle de dispensação para essas drogas farmacêuticas. A coordenação desse departamento do hospital afirmou que houve melhor controle de gastos e a alteração conferiu mais segurança ao paciente, pois o processo está integralmente sob a responsabilidade da farmácia. Essa é uma visão unilateral que reproduz o modelo de gestão centralizado que está instituído no hospital, em que um fluxo e uma rotina de trabalho foram modificados, sem uma discussão mais coletiva com os profissionais que irão

executá-los, principalmente os da enfermagem que seriam os mais atingidos com modificações diretas na sua prática profissional.

Não sentaram com a gente, não conversaram. Porque quem está lá, o atendente de farmácia, não sei o nome que dá àquele profissional que me entrega a medicação, não sei qual o grau de instrução dele, mas quem administra a medicação, a gente faz um curso e entende um pouco de administração de medicação, de preparo, é a enfermagem. Não senti que houve um envolvimento dos nossos superiores, quem deveria estar junto com a gente, que abraçasse essa causa, que discutisse e nos trouxesse uma explicação plausível pra que a gente continuasse aceitando. Simplesmente foi imposto, foi nos tirado uma competência nossa e a gente teve que acatar. (PQ)

Quem manda aqui é a Farmácia. (PH)

Qualquer problema que exista, que já existiu e que estão prevendo que possa existir com essa conduta, não justifica o atendente de farmácia pingar pra gente. Acho que tinha que ser conversado o problema, discutido a situação, o problema de gotas, de menos ou mais, conversar com quem é de direito pra corrigir. (PR)

Então, às vezes a gente vê umas tomadas de decisões assim, do hospital, da farmácia e que a gente tem que aceitar do jeito que eles colocam e foi algo repentino, né?! (PEA)

Para grande parte dos profissionais da enfermagem pesquisados, esse modo instituinte, de preparo da medicação controlada de uso coletivo, trouxe aspectos negativos, tanto para a equipe quanto para a sua prática profissional, o que pode ser diferenciado de outras estratégias instituintes que foram implementadas em diversas organizações de saúde, que trouxeram benefícios para o processo de trabalho e para a segurança do paciente, por exemplo a dispensação unitária.

Segundo Franco *et al.* (2010), a dose unitária consiste em dispensar os medicamentos em embalagens prontas para administração, por paciente e para um período de 24 horas. O SDMDU (Sistema de Distribuição de Medicamentos em Dose Unitária) descreve que, nesse modo de trabalho, a medicação é preparada em dose e concentração determinadas na prescrição médica, sendo administrada ao paciente diretamente de sua embalagem “unitarizada”, cujo envase deve permitir administrar o medicamento diretamente ao paciente (Brasil, 2007). Instituir esse sistema de dispensação exigiria uma estrutura que o hospital em estudo não dispunha e esse tipo de serviço não constou do contrato estabelecido com a empresa terceirizada. O que se tem implantado, atualmente, é o sistema de distribuição individualizada, em que a dispensação é realizada por paciente, para 24 horas, sendo as entregas fracionadas a cada 12 horas.

Mas, no que diz respeito aos medicamentos controlados de uso coletivo e que são muito utilizados no setor da psiquiatria em estudo, há um sentimento da equipe de enfermagem de perda da sua autonomia no preparo desse medicamento. Essa indignação e até uma revolta estão pautadas no fato de a enfermagem ser a profissão que historicamente sempre preparou seus profissionais para realizar a administração de medicamentos de forma segura e livre de riscos para o paciente e para os trabalhadores. O processo de institucionalização dessa nova rotina de preparo e administração de medicamento mostrou a dinamicidade que há entre as instituições enfermagem, farmácia e gestão hospitalar presentes na prática profissional do hospital em estudo.

Tem coisa que acontece aqui no hospital que só acontece aqui, exclusivo do hospital. Nós tivemos um curso de administração de medicação e eu falei, que uma vez que você prepara, você administra, está no código de ética da enfermagem. E uma pessoa que não tem curso é que prepara, eu achei uma afronta. Ninguém nunca vai me convencer, nunca vai tirar essa mágoa que está em mim. Pra mim é uma transgressão da lei, do nosso código. A menina (funcionária da farmácia) pinga as gotas, você tem que atravessar toda uma ala, pra chegar até o paciente. (PH)

Isso é da nossa competência, preparar medicação. Isso em qualquer livrinho do Coren tá escrito, compete ao técnico de enfermagem preparar e administrar, medicação certa, paciente certo [...] (PR)

Perdeu a importância, a valorização [...] (PQ)

De modo geral, essa discussão sobre a administração de medicamento ser feita por uma pessoa, mas que foi preparado por outra pessoa, está respaldada no parecer 013/2015 da Câmara Técnica COFEN, emitido para atender a um questionamento do COREN- DF, com o tema: “Preparo de medicamentos por um profissional de enfermagem e a respectiva administração de medicamento por outro”, em que se pode destacar os seguintes trechos:

9. Quanto à administração de uma medicação (preparado/diluído) por outro profissional da área da saúde, a mesma pode ocorrer após a certificação de que no recipiente em questão encontra-se uma etiqueta de identificação contendo o nome do paciente, dose/dosagem, princípio ativo e solução utilizada para a diluição do medicamento, horário e a identificação do profissional (nome e inscrição no respectivo Conselho). Ressalta-se que, antes da administração, checar a integridade da embalagem, a coloração da droga, e a possível presença de corpos estranhos bem como o prazo de validade do medicamento.

10. Em relação ao preparo e a administração de medicamentos, os profissionais envolvidos nesta tarefa, compartilham da responsabilidade do cuidado, sendo que a recusa na administração poderá ocorrer caso o profissional não encontre todas as informações necessárias para a garantia de uma prática segura, para si e para o paciente.

11. Por fim, todas as ações descritas devem ser fomentadas pela efetivação plena da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) prevista na Resolução COFEN 358/09, e subsidiada pela elaboração de protocolo institucional, que padronize os cuidados prestados desde a dispensação até a administração dos medicamentos, a fim de garantir assistência segura, isenta de negligência, imperícia ou imprudência (COFEN, 2017a).

Em observação ao determinado pelo COFEN, depreende-se que a administração de medicamentos preparados por outras pessoas pode ser considerada, observando-se os critérios estabelecidos principalmente no item 9, conforme exposto acima, que poderia corresponder a um sistema de dispensação por dose unitária, capaz de assegurar, com um compartilhamento de responsabilidades, um processo de administração de medicamentos seguro.

No entanto, não é isso que se observa no atual processo de dispensação dos medicamentos em frascos multidoses do hospital, uma vez que não são observados os requisitos determinados na Resolução-RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007, Anexo IV, que dispõe sobre o preparo de dose unitária nos serviços de saúde, quais sejam, ambiente adequado para preparo, embalagens para acondicionamento, profissional responsável pelo fracionamento dos medicamentos acompanhado pelo farmacêutico (Brasil, 2007).

O analisador “Farmácia Hospitalar” e seus processos revelou contradições institucionais no processo de dispensação de medicamentos, relações de poder e sensação de perda de autonomia, colocando em cena os sentimentos da equipe de enfermagem, em virtude das relações de poder, do modo centralizado de gestão, da falta de comunicação efetiva e de mobilização das categorias da enfermagem para lutarem pelos seus direitos e valorização da profissão. Esses são aspectos que permeiam a prática profissional e que neste estudo foram considerados “não ditos organizacionais”, que foram revelados e explicitados a partir de uma análise coletiva da equipe de enfermagem possibilitada pela realização dos encontros socioclínicos.

5.4.2 Modelo de Gestão do Cuidado instituído na unidade

A unidade psiquiátrica em estudo possui uma coordenação médica e uma coordenação de enfermagem, sem relação hierárquica entre elas e que respondem e gerenciam a assistência ofertada aos pacientes. A esses coordenadores estão vinculados os médicos preceptores e residentes e os profissionais da enfermagem, que deveriam desenvolver o trabalho a partir da interprofissionalidade. No entanto, alguns trabalhadores da enfermagem, participantes da pesquisa, mencionaram que há um distanciamento entre essas equipes, refletindo diretamente nos processos de trabalho e trazendo um sentimento de isolamento e desvalorização da

enfermagem, visto que não se sentem colaborativos e participativos na construção da proposta terapêutica dos pacientes, a qual é definida basicamente pela conduta médica e pela fragmentação do trabalho.

O poder da instituição medicina perpassa as relações profissionais e determina o modelo assistencial, ainda centrado na terapia medicamentosa, mas, também traz sentimento de impotência e de desvalorização para os profissionais da enfermagem, que sentem não ter governabilidade para intervir na prática profissional e também na participação e discussão para pensar e implementar outras formas de cuidado aos pacientes internados.

Eles falam, nós somos uma equipe, uma equipe aonde, se a cobrança só cai nas nossas costas, uma equipe que trabalha isoladamente, não está nem aí para o que você fala [...]. Mesmo se a gente fizer alguma proposta também Sandra, não tem sequência, não tem ninguém que queira escutar: vamos fazer uma coisa diferente? [...] Dá a impressão que a gente não tem voz, fala uma coisa e é a mesma coisa que nada, lógico que não são todos [...]. O médico não está lá pra poder escutar a gente, porque tem muita coisa que o olhar é nosso, e eles não vão lá. Não tem, não tem interação com nada. Mas eles podiam escutar a gente, estamos aqui há 20 anos, eles chegaram agora. (PL)

Ali dentro do setor é totalmente separado médico e enfermagem. (PM)

Alguns participantes da pesquisa relataram que os enfermeiros, responsáveis pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem, durante seu turno de trabalho, têm pouca participação e envolvimento nas tomadas de decisões relacionadas ao processo de trabalho da unidade psiquiátrica em análise, restringindo a comunicação e as suas condutas às informações que são repassadas pelo coordenador de enfermagem, vindas da direção do hospital. Isso, muitas vezes, impossibilitam que esses profissionais possuam argumentos e justificativas perante a equipe de enfermagem, além de terem pouca autonomia quando se deparam com problemas para serem resolvidos relacionados principalmente à assistência prestada.

Algumas situações participam, mas assim, particularmente, por exemplo, a gente, enquanto supervisão, não. Às vezes há uma comunicação com o coordenador, mas muitas dessas coisas igual, por exemplo, a mudança de corte da prescrição. Foi uma coisa também que chegou até nós, que antes era 22 horas e passou para 17 horas [...]. Então, assim que essas mudanças chegam até nós. Eu não sei como o coordenador recebe. (PEA)

Os enfermeiros poderem analisar as suas próprias condutas e liderança na equipe de enfermagem, nos encontros socioclínicos, foi um momento importante de análise de suas implicações. E quando essa questão novamente apareceu no encontro de restituição, os técnicos e auxiliares de enfermagem trouxeram à tona lembranças de enfermeiros que tinham outro perfil de liderança e que contribuíam mais na tomada de decisão e no gerenciamento do cuidado. No

momento desse encontro entre as categorias profissionais da enfermagem, essa ponderação não foi tomada pelos enfermeiros como uma crítica negativa, ao contrário, foi uma reflexão que necessitava ser realizada de forma mais ampla e coletiva, a fim de revelar não somente essa fragilidade, mas, outras a exemplo das contradições, na estrutura e no modelo de gestão do cuidado, vivenciadas na unidade psiquiátrica no contexto atual. Neste sentido, o encontro de restituição foi um autêntico espaço coletivo, para que a equipe de enfermagem participante da pesquisa pudesse, mais uma vez, fazer análise das suas implicações.

[...] A psiquiatria funcionava lá, no 11º andar, por causa da equipe, por causa do gestor, a gestora na época, porque ela realmente cuidava da psiquiatria e dos pacientes. Era uma profissional humanizada. Então, a psiquiatria tinha espaço, tinha profissionais para atender as demandas dos pacientes, era uma beleza. Hoje em dia nós não temos nada. Nós não temos um gestor que olha pra psiquiatria, infelizmente, eu acho que isso é o problema mais grave, porque se o maior de lá, não olha para lá, ninguém mais vai olhar. (PM – Encontro de Restituição)

Ressalta-se que o papel da coordenação de enfermagem, em alguns momentos, entra em contradição quando diz respeito ao modelo de gestão implementado no hospital. Por um lado, nota-se que há um discurso de que o instituído é duro e difícil de ser rompido, em que as decisões e as normas devem simplesmente serem cumpridas e, por outro lado, há uma defesa de um modelo de gestão instituinte, dizendo que as decisões são tomadas de forma compartilhada e participativa. Nesse jogo institucional, o instituinte enfrenta o tempo todo o instituído, que, nesse caso, no entendimento dos participantes da pesquisa, é o que tem mais força e prevalece nos processos institucionais. Com isso, os profissionais ora assumem o papel de sujeitos, ora de sujeitados no contexto organizacional e, por isso, necessitam analisar suas implicações constantemente, evitando inclusive a sobreimplicação.

Não, nós coordenadores não temos ação, estamos mais para obedecer do que exercer comando, ele não é nosso. Ele vem da Diretoria e da Gerência Técnica. Que seria importante dar ouvido a quem tem poder. Isso precisa mudar. Mas, tem algumas coisas que frustram, né? E acaba a equipe recebendo um impacto grande ou pequeno, mas acaba impactando. (PEB)

Houve várias discussões sobre isso (sobre a dispensação e preparo do medicamento controlado multidose). Não foi algo que nasceu num dia e começou no outro. Houve reuniões técnicas, a nível de diretoria, médicos e coordenação de enfermagem com seus gerentes, e todos os outros fatores. Não foi nada que nasceu de um, todos aceitaram. Quando chegou na enfermagem dos que estão ali no frente de batalha, dá-se a entender às vezes que foi imposto, mas não foi. (PEB)

Nessa direção, L'Abbate (2012) menciona que a intenção de toda análise é contribuir para a mudança de sujeitado em sujeito, sendo tal transformação possível à medida em que o

grupo analisa suas implicações e os seus pertencimentos institucionais, que podem ser ordem vertical estabelecidas nos organogramas, mas, também horizontal presentes nas relações mais informais.

Do ponto de vista dos modelos de gestão, segundo Dussault (2012), as organizações de saúde públicas podem apresentar dois tipos de gestão, o consensual/colegiado e o autoritário. O primeiro reconhece o papel central dos profissionais e tem mecanismos para evitar o corporativismo, enfatizando o envolvimento das equipes desde a formulação dos objetivos e orientações à avaliação dos resultados. É uma gestão em que os profissionais trabalham por responsabilidade e não por receberem ordens, sendo envolvidos e integrados ao processo de produção de serviços. No modelo autoritário, além de ser centralizado na direção há a possibilidade da politização da gestão, condição em que os dirigentes são nomeados por critérios políticos e não por competência gerencial.

No contexto organizacional da unidade psiquiátrica em estudo, observou-se que o modelo de gestão compartilhado, a tomada de decisão coletiva e uma comunicação mais efetiva entre todas as equipes, inclusive entre as lideranças e a equipe de enfermagem são instituintes que necessitam ser conhecidos e implementados, institucionalizando novas formas para se gerir o cuidado e as relações interprofissionais.

5.5 Atenção ao contexto e interferências institucionais

Os encontros socioclínicos, além de revelarem questões diversas, trazidas pela equipe de enfermagem, também provocaram novas reflexões sobre o contexto hospitalar em que a unidade psiquiátrica está inserida e às interferências institucionais a que o trabalho está exposto, o que também contribuiu para responder à questão norteadora desta pesquisa: “Quais fatores contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos?”

O perfil dos profissionais foi um ponto importante destacado pelos participantes como um fator que interfere nas relações da equipe com o seu trabalho na psiquiatria. A idade da maioria dos trabalhadores e o tempo de atuação na enfermagem mostra certo cansaço de alguns profissionais não somente pela faixa etária em que estão, mas, também em relação à forma em que está organizado o processo de trabalho na unidade, que, muitas vezes, tem levado ao adoecimento do trabalhador. Por outro lado, ao longo do tempo, alguns profissionais ficaram mais resistentes em aceitar mudanças e cumprirem as normas e rotinas impostas no hospital e na própria unidade psiquiátrica.

Nós estamos em fim de carreira, e eu me incluo nisso, mas eu ainda consigo ouvir, mas concordo que estou ficando saturada aqui, porque não é fácil ficar ouvindo paciente psiquiátrico plantão após plantão. (PK)

E aí, você tem um outro fator que é a idade. Então eu já sei fazer, agora não tem que chamar mais minha atenção, eu estou com 50 anos, então tudo isso é complexo não é? E aí você está agora com a saúde mental, tem a saúde mental do trabalhador. É o adoecimento mesmo, porque todos nós temos vida fora do trabalho. (PEB)

Não aceitação de alguma mudança, às vezes a pessoa não entende, já adquiriu uma forma de trabalho, leva pro lado pessoal, quando vai corrigir leva para o outro lado. Isso faz parte, né, da saúde mental. Na verdade, é a dificuldade da pessoa não entender, né a mudança. Acaba que fica uma relação mais difícil com a pessoa. Às vezes é preciso mudar, você fica ali 30 anos, fazendo assim. E aí a pessoa acha ruim estar mudando (...) (PEC)

Nós convivemos com pessoas mais doentes do que o paciente, a pessoa é doente. A gente lida com profissionais de todo tipo. (PH)

Na perspectiva da AI, a resistência é um conceito que pode expor movimentos de contradição e, com isso, alimentar diversas análises. Para a dialética, as contradições sempre são fontes para se entender os movimentos institucionais. Assim, as resistências podem ser

[...] movimentos de comodismo ou retaliação, mas podem ser movimentos de sustentação de boas práticas em conjunturas de precarização. Para que as resistências possam sair da paralisia e adquirir movimento, elas devem ser analisadas em coletivo incluindo às dimensões institucionais que as permeiam (...) (Dóbies e L'Abbate, 2016).

Portanto, no referencial teórico da AI, as resistências nem sempre são consideradas negativas e, nos encontros socioclínicos realizados neste estudo, foi possível identificar que, em alguns momentos, elas puderam abrir espaços para importantes reflexões da equipe de enfermagem que colocou em evidência os instituídos presentes. Esses são traduzidos nas relações fortemente hierarquizadas, no descaso com o trabalhador, na desmotivação no trabalho, no modelo biomédico preconizado na unidade, entre outros fatores que interferem na prática profissional.

O déficit de pessoal crescente, decorrente de uma realidade de longo período sem realização de concurso e contratações por meio de credenciamento de trabalhadores temporários, é um outro ponto que para os participantes interferiram de forma significativa no dimensionamento da equipe e, conseqüentemente no trabalho realizado, retratando uma prática profissional pouco atrativa, com processos burocráticos e lentos.

[...] Problema de pessoal, a questão do concurso, demora na contratação, é um gargalo do hospital. Então, sim, é uma realidade que o hospital vem vivenciando nesses últimos anos, né? Nesse ano, a coisa está um pouco mais pesada, né? E isso tem refletido no exercício da profissão, não só na psiquiatria, mas em todos os setores. É um impacto indireto, estou falando de situação de pessoal mesmo. Servidores efetivos, muitos anos sem concurso. Tem a forma de contratação que não é atrativa, credenciamento temporário. E agora estamos tendo o término de muitos contratos de enfermeiros, técnicos e médicos, tem muitos médicos credenciados. Essa é a conjuntura do hospital. (PEB)

As características da estrutura física da unidade psiquiátrica em estudo foi outro ponto de interferência na prática profissional. A atual área física é pequena, desprovida de espaços abertos e ambientes adequados para o paciente, que favoreçam o desenvolvimento de terapias complementares, como psicologia, terapia ocupacional, entre outras. Alguns participantes lembraram, de forma saudosista da estrutura física que já existiu anteriormente, em outros espaços do hospital e que eram ambientes mais terapêuticos para os pacientes psiquiátricos, seguindo os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

[...] Antigamente, há 20 anos atrás, tinha uma outra parte, que humanizou muito, tinha terapia, tinha psicologia, tinha serviço social, tinha essa parte boa, tinha o momento que abria as alas para os pacientes interagirem, eles iam para os outros espaços para passar o dia lá. (PR)

A parte de acomodação do paciente está pior, muito pouco espaço, paciente fica muito tempo ocioso [...] a Terapia Ocupacional para o paciente internado é fundamental [...]. A psiquiatria é um hospital dentro de um outro hospital. (PR)

A psiquiatria não tem muito tempo, aquele andar todo foi reformado, tudo novinho, mas você vê que hoje está tudo deteriorado, é uma porta, às vezes é uma maçaneta. Não sei o quê, mas, eu penso assim que ela tinha que evoluir na questão do preparo para receber aquele cliente [...] (PJ)

[...] dentro de um hospital geral, acaba que ela (a unidade psiquiátrica) fica um pouquinho esquecida assim, porque é muita coisa no hospital que acontece, né?! E a gente é só um setor. (PEA)

Destaca-se o relato de um dos participantes que comparou a atual área física, da unidade psiquiátrica em estudo, aos “presídios”, visto que a assistência fica restrita basicamente à terapia medicamentosa. Além disso, a visão que os trabalhadores dos demais setores do hospital têm dessa unidade, devido ao desconhecimento das suas características e do processo de trabalho, levam a maioria das pessoas a sentirem medo e a ter uma imagem distorcida do setor. Novamente é a força do instituído interferindo na prática profissional da enfermagem, trazendo indignação e desmotivação com a assistência prestada.

Quando eu desci para a psiquiatria, eu estava vindo da clínica médica, eu achei um mundo de diferença aqui dentro do hospital [...]. O espaço é muito pequeno, só tem um corredor e uma televisão, é um presídio, chamado de hospital [...] (PK)

[...] Um hospital dentro de um hospital, porque o nosso ambiente é totalmente diferente de qualquer uma das alas do hospital [...]. E o pessoal tem uma visão da psiquiatria de fora que não condiz com nada do que é lá dentro e até tem medo. Eu já tive medo da psiquiatria antes de eu conhecer a psiquiatria, mas não precisa disso [...] (PM).

As características físicas da unidade e o perfil do paciente despertaram, na equipe de enfermagem, reflexões sobre o tratamento oferecido, no que se refere à proposta terapêutica e à assistência prestada. Alguns profissionais reconheceram que o tratamento medicamentoso é predominante na unidade psiquiátrica, o que causa inquietude nos profissionais pesquisados, pela indisponibilidade de associar essa forma de tratamento com outras terapias de maneira mais sistematizada.

Os pacientes não vão melhorar nunca só com esse tipo de tratamento, a saúde mental, o tratamento é para além de tomar remédio, tinha que ter outro olhar. (PN)

Eles (pacientes psiquiátricos) não têm ocupação, alguém deveria atentar pra isso. (PK)

O paciente só tem isso ali, remédios e comida, não tem mais nada para oferecer. Para mim não é tratamento psiquiátrico, é medicamentoso só [...] (PQ)

O tratamento medicamentoso entra no tratamento do paciente com o peso todo, ele é a base do tratamento do paciente. Eu acho que o tratamento da Psiquiatria do hospital podia ser mais robusto. O paciente demora muito tempo pra recuperar [...] (PH)

A importância da medicação para o paciente é 100%. (PP)

A medicação é a base de tudo. (PG)

A doença psiquiátrica o paciente tem que tomar medicação para o resto da vida. (PO)

Tem paciente que é nosso, ele vai, mas a gente sabe que ele vai voltar ou pelo grau de dependência dele, dos médicos, das medicações dele ou de dar uma interrupção das medicações em casa e eles voltam de novo. (PF)

O paciente dependente químico é mais perigoso, exige mais atenção da nossa parte. Ele impõe certas ameaças pra gente. O drogadito pensa e faz. (PS)

A impessoalidade nas relações de trabalho e a comunicação ineficiente entre os médicos e a equipe de enfermagem na unidade psiquiátrica são fatores mencionados de forma recorrente nos encontros socioclínicos, os quais se constituem em interferências diretas na prática profissional, produzindo distanciamentos e a fragmentação da assistência. A equipe de enfermagem expressou claramente a dificuldade em estabelecer contato com os médicos, em especial com o coordenador médico da clínica psiquiátrica e os residentes, estes possuem alta rotatividade pela própria dinâmica do programa. Isso dificulta a integralidade da assistência prestada e restringe as oportunidades de se obterem melhorias nos processos de trabalho de forma mais compartilhada.

Dá a impressão que a gente não tem voz, fala uma coisa e é a mesma coisa de nada, lógico que não são todos. (PL)

Tem residente que entrega a prescrição para o Enfermeiro, que não conversa com o técnico de enfermagem, entregam para o enfermeiro para entregar pra gente. Ai você não vai ter liberdade de falar também, porque faz parte, a gente está no dia a da ali, a gente vê a melhora do paciente ou a piora. [...] Colocaram um muro. (PG)

Infelizmente, os médicos, a gente sabe, que eles não valorizam, não dão muita importância, muitas vezes, para o que a gente fala. Isso é muito triste, porque a gente está há vários anos lá convivendo, sabendo dos problemas, não é? Sabe o que está acontecendo. E às vezes o médico simplesmente ignora [...] (PEE)

[...] Eu observo muito a barreira nossa com o médico, porque às vezes, nós não temos aquela liberdade [...] às vezes a gente passa pra supervisão (enfermeiro do turno) estar reportando pra eles. Porque às vezes, a gente sente uma barreira de estar passando o caso [...] (PG – Encontro de Restituição)

Os participantes consideram que a ausência do plantonista médico dentro da unidade psiquiátrica é um fator dificultador. Eles se sentem incomodados por, muitas vezes, não saberem quem está de plantão; pelo plantonista comparecer ao setor apenas se demandado, ou por solicitarem que eles busquem a prescrição na sala dos médicos. Entendem que, enquanto equipe multiprofissional, isso acaba aumentando o distanciamento entre os profissionais e os técnicos/auxiliares de enfermagem acabam fazendo tarefas que não estão na sua responsabilidade.

Os médicos não vêm por si só, alguns vão cumprimentam, falam que se precisar está disponível, mas tem uma rotatividade tão grande né? Normalmente eles não vão à ala se não chamar. A maioria só vai lá, diz que está de plantão e vai embora. (PG)

Porque a gente, da noite, convive só com residentes, porque os preceptores só vão durante o dia, de manhã, chegam depois das 8 horas. Nós não temos contato nenhum com eles. Tem gente que não conhece, nem sabe quem que é.

Eu conheço de antes, porque eu trabalhava de dia diretamente com eles. Mas tem gente que se eu falar, o nome do médico não sabe quem é. Isso é grave, a meu ver. (PM)

Tem oito anos que eu estou à noite e não sei quem é quem lá. (PL)

Dr. XX não fala com a gente, passa pela gente e não fala, se a gente quiser falar a gente tem que parar ele e falar [...]. Dr. WW conversa com a gente, é acessível, deixa a gente à vontade. Os residentes já chegam olhando a gente por baixo, isso é um fator que dificulta. Não tem diálogo, chega e coloca a prescrição lá. (PP)

O quarto de plantão é fora da ala, o que eu não concordo, tinha que ser dentro, porque está de plantão junto com a gente. Eu vou ficando indignada [...]. Às vezes, a gente liga, passa a queixa do paciente, ele fala que vai fazer a prescrição e diz pra pegar a prescrição debaixo da porta, nem entra na ala. Mas, o paciente quer ver o médico. Tem essa distância também. (PQ)

A residência médica foi citada como um dificultador em alguns momentos, principalmente pelo tempo que os residentes passam sozinhos na unidade e precisam tomar decisões imediatas e que muitas vezes se mostram inseguros em algum ajuste medicamentoso por demandas dos pacientes. (Diário da Pesquisadora, 24/05/23)

Essa “ausência” da equipe médica e o distanciamento com a equipe de enfermagem, na unidade psiquiátrica, estende-se também aos pacientes que demandam pela presença do médico, pois, necessitam ser avaliados com mais frequência e não apenas para terem uma prescrição de medicamento.

Às vezes o paciente não quer só o remédio, às vezes ele quer ver o cuidador e aí eu chego lá com a medicação e ele fala que não quer porque não viu o médico, tem uns que não aceitam. (PQ)

Acho estranho, pois o paciente sobe pra internação e o residente não vai lá ver. Ele precisa ser admitido no setor, deveria ir lá, conversar, conversar com o familiar, não é só ver o que o médico do pronto socorro escreveu. (PL)

Em contraponto, um relacionamento mais próximo e uma comunicação mais eficiente com alguns médicos são percebidos pontualmente por alguns profissionais da enfermagem, e quando isso ocorre favorece o trabalho e traz benefícios ao paciente.

Há residentes solícitos, fazem uma corrida de leitos, esses são poucos, mas há [...] (PG)

Teve um residente que ficou quase 1 hora conversando com a gente sobre o paciente, ela ficou sabendo de coisas que ela não aprendeu no banco da faculdade. [...]. Tem residente que tem o interesse mesmo na Psiquiatria, está aqui porque gosta, puxa da enfermagem como é que é. (PI)

Em uma reflexão sobre a residência médica e sua interface com o trabalho da enfermagem, destacam-se pontos específicos no contexto do processo de administração de medicamentos, envolvendo a etapa de prescrição, podendo a equipe de enfermagem incorrer em um erro de omissão de dose, que se refere a não administração do medicamento prescrito para administração imediata. Além disso, o sistema eletrônico de prescrição, adotado no hospital, favorece a repetição de itens, comprometendo o ajuste diário necessário de acordo com a evolução do paciente. Dessa forma, medicamentos e procedimentos desnecessários podem ser administrados e realizados sem benefício para o paciente.

Então, a gente precisa muito de ter essa comunicação também com a equipe médica, para eles avisarem que tem uma medicação agora, uma medicação para iniciar 14h ou 16h e às vezes isso não acontece. Então quando a gente olha, gera um atraso por conta disso, porque às vezes, com a demanda da enfermagem, a gente não consegue pegar as prescrições novas antes de 17h. E se eles não avisam que teoricamente a gente entende que não teria nada mais, porque a gente usa ainda a de ontem [...]. Tem que criar o hábito neles de comunicar com a gente. (PEA)

Os residentes vão no automático e copiam e colam e tem uma medicação para iniciar desde quinta-feira e parece que ela está em falta, então todo plantão ela está para iniciar. (PQ)

As prescrições são “copia e cola”, não muda. Paciente tem uma hipoglicemia, pede uma glicemia de 6 em 6 horas e fica sempre furando o dedo dele e ele não é diabético. (PR)

A administração de medicamentos em psiquiatria, muitas vezes, exige um manejo verbal intenso da enfermagem junto aos pacientes para que estes aceitem a medicação prescrita. Dessa forma, especialmente no plantão noturno, a equipe percebe como fator dificultador para o processo de administração na “hora certa”, princípio previsto nas boas práticas de administração de medicamentos, o ajuste de horários mais efetivos para reduzir o número de abordagens ao paciente.

Uma coisa que eu tenho dificuldade são medicações em vários horários, o ideal seria juntar tudo em um horário só, seria mais prático, porque para tomar uma vez já é difícil [...], por exemplo 21 horas, facilitaria pra farmácia, para os médicos e para nós. [...] A maioria dos pacientes não gostam de tomar medicação e aí você vai às 20 horas, às 21, às 22h, porque não pode fazer em um horário só? (PR)

Eu faço as medicações no horário certinho, mas tem pacientes que eu sei do caso deles e eu vou fazer num horário ‘meio termo’, já converso com a médica e falo, vou fazer tudo às 09 horas, porque depois ele não vai aceitar. (PF)

Outro ponto de interferência, mas, que já foi abordado anteriormente, refere-se à administração de medicamentos de maneira contrária à vontade do paciente, especialmente por via oral, em um contexto em que há a recusa do paciente.

O manual de cuidados aos psicopatas, publicado em 1930, escrito por Antônio Carlos Pacheco e Silva, diretor do hospital do Juquery, estabelecimento considerado como espaço manicomial de excelência no Brasil e na América Latina, trazia orientações para a enfermagem a serem observadas e cumpridas no processo de administração de medicamentos em casos de recusa do paciente (Polubriaginof; Campos, 2016). Segundo os autores supracitados,

o enfermeiro deverá dissolver o medicamento em um pouco de água e pedir auxílio de um companheiro, para tapar as narinas do doente, que se verá forçado a abrir a boca para respirar, engolindo assim o líquido com o medicamento (Pacheco e Silva, 1930, p. 44 *apud* Polubriaginof; Campos, 2016).

A administração de medicamentos de forma contrária à vontade do paciente repercute na prática profissional, principalmente pela ausência de parâmetros institucionais que possam orientar o comportamento da equipe de enfermagem diante de uma recusa do paciente psiquiátrico. Diante disso, há posicionamentos diversos na equipe, uns que reconhecem a necessidade de administração do medicamento com o uso da força, em virtude da não alteração da via de administração pelos médicos e para outros o reconhecimento de que não cabe à enfermagem exercer essa prática.

Nesse momento, o profissional D iniciou dizendo: “[...] Sandra, tem uma coisa que eu não gosto, administrar medicação quando o paciente não quer.” Manifestou então sua insatisfação, dizendo “[...] isso acaba comigo [...]”. Comparou os pacientes da Psiquiatria a qualquer paciente de outra clínica que não tem sua vontade desconsiderada quando recusam algum medicamento, questiona o motivo de não circularmos apenas o medicamento, anotar e informar ao plantão sobre a recusa do paciente. Demonstrou com as mãos como acontece a abordagem por todos da equipe, no intuito de administrar a medicação por via oral. (Diário da Pesquisadora, 26/05/23)

Uma coisa que eu não concordo é diluir a medicação, colocar na seringa e administrar, isso eu não faço [...]. Eu estou ali para interpretar a prescrição e administrar de acordo com a via, não sou eu que tenho que fazer a força. (PQ)

Eu acho que estou violando o direito dele. Porque as pessoas têm o momento deles de lucidez, não ficam 24 horas delirando. Às vezes ele não sabe expressar o que a medicação está causando nele. (PR)

As vezes tem que dar (o medicamento) a força, porque o médico fala que não vai mudar a via e ele tem que tomar [...]. Eles ficam falando pra gente insistir, vocês têm que manejar. (PM)

Os trabalhadores da enfermagem reconhecem que há diversas tentativas de manejo junto ao paciente, para que este aceite as medicações, e identificam a falta de informação relacionada ao tratamento e finalidade dos medicamentos, como uma realidade que sustenta a recusa pelos pacientes. Nesses casos, torna-se imprescindível analisar a inadequação da via de administração prescrita em relação às condições do paciente, tornando a via oral inadequada diante de quadros de agitação ou recusa do paciente.

Muitos (pacientes psiquiátricos) são resistentes a tomar por falta de informação. Não é porque são psiquiátricos que eles são ignorantes, eles não são informados, e é um direito deles enquanto pacientes [...]. A maioria pergunta, pra que eu estou tomando isso aqui? E eu sempre oriento e falo pra quando o médico passar perguntar por que eu está tomando e em que isso vai ajudar, porque eu não posso falar porque ele que sabe porque está dando isso. (PM)

Alguns (pacientes psiquiátricos) querem saber que remédio é aquele, qual o efeito e é direito dele saber. (PR)

A grande questão é a via medicamentosa. Porque quando você não está alimentando você não está tendo a coordenação motora para poder engolir, porque o paciente não está em sua condição legal. E aí o médico insiste para você dar o medicamento nesse paciente mesmo assim, isso acontece muito, porque na Psiquiatria o médico insiste em dar um medicamento via oral para o paciente mesmo ele estando agitado. Isso acontece porque infelizmente o preceptor não acompanha o paciente, o residente tem medo de dar e sedar o paciente e com isso sofre toda a enfermagem, sofre o paciente porque a medicação não vai atingir o objetivo, porque ele prescreveu via oral e o paciente não vai tomar [...] há outras vias possíveis para você tratar o quadro do paciente, nessas questões a gente fica frustrado com a psiquiatria e com o corpo médico. [...] Você tenta várias técnicas que não convêm né, pra diminuir aquela ansiedade do paciente, diminuir o sofrimento do paciente, pra ele tomar o medicamento mas que não tinha necessidade, há outras condutas de vias de medicamentos, não precisava fazer todo esse esforço físico, traumático pro paciente. (PH)

Para o grupo, alterar a via de administração e não insistir com os pacientes é a forma mais correta e segura para o paciente. (Diário da Pesquisadora, 26/05/23)

Em decorrência da administração de medicamentos contrária à vontade do paciente, a sua segurança surge nas reflexões dos grupos pesquisados, analisando os riscos para todos os envolvidos e os potenciais danos ao paciente. Nesses casos, para a equipe de enfermagem, a administração de medicamentos por via intramuscular parece ser mais segura no processo de administração de medicamentos, quando estiver adequada ao quadro clínico do paciente.

No momento da agitação, que entrou em atrito com outros pacientes, com o plantão lá dentro, é injetável, se não foi pelas vias normais, vamos conter e fazer, sem sofrimento nenhum, o médico está lá e eu estou concordando com o contexto, eu vi a situação acontecendo. (PQ)

Agora um injetável é diferente, parece que dá um impacto menor na gente, IM [Intramuscular] é tranquilo. [...] Se tem opções que a gente pode fazer, já que não tem realmente condições do paciente aceitar por via oral, vamos passar por outra forma: IM, pela sonda, não precisa dessa insistência de ser somente oral, eu acho que poderia usar as outras vias também, seria menos traumático. [...] Isso compromete até mesmo as regras do nosso código, porque o certo é você dar o comprimido para o paciente e ele engolir. Mas no caso de prescrição via oral e o paciente que não tem condições de deglutir, eu acho que é traumático. A gente está fazendo porque tem aquela necessidade de fazer o que é melhor para o paciente. Mas às vezes, com isso aí a gente está tomando uma postura, indo por um caminho que não é o correto, você está indo por outro caminho que não é o que a técnica permite. [...] Há o risco do paciente engasgar, de você não dar a dose toda ou machucar ele. (PR)

Compromete os Certos ainda, a dose certa, a medicação certa. Agora se você pega uma ampola e faz no paciente, você tem certeza que fez 1 ampola, agora se você pega um comprimido e ele cospe, você não vai saber a dose que ele tomou. (PF)

O PNSP determina ações e estratégias para a segurança do paciente, dentre elas orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada e os Núcleos de Segurança do Paciente, instituídos pela RDC 36/2013, possuem como prática obrigatória disseminar sistematicamente a cultura de segurança. Tais princípios se encontram na necessidade de acesso à informação do paciente acerca do seu tratamento, ao conhecimento e aceitação dos medicamentos que serão administrados (Oliveira *et al.*, 2021).

Outro ponto que interfere diretamente na prática profissional é a organização do trabalho da enfermagem na unidade psiquiátrica que segue a divisão de tarefas, definida pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, e acatada pelos enfermeiros que realizam a supervisão nesse processo de trabalho. Essa forma de organização do trabalho não prioriza a integralidade da assistência prestada, mas, sim as habilidades e os desejos dos profissionais. Nesse contexto, a administração de medicamentos é uma tarefa fragmentada dos demais cuidados a serem prestados aos pacientes psiquiátricos.

Cada um tem uma habilidade, eu gosto de ficar nos cuidados também. (PO)

Então quem administra medicação é porque já gosta de administrar, já se dá melhor naquilo. Já tem os processos mais estabelecidos, né?! É bem característico também, isso no nosso setor. (PEE)

Eles preferem trabalhar geralmente assim, a gente já propôs rodízio até pra não sobrecarregar, é mais por afinidade. Tem funcionário que prefere o cuidado mais direto, tem um outro que prefere mais uma medicação e como

eles se dão bem naquela tarefa a gente deixou. Todas às vezes que a gente propôs fazer rodízio ou tentar fazer uma escala, eles mesmo preferem manter do jeito que eles gostam de trabalhar. (PEA)

Todos os enfermeiros afirmam ser uma forma organizada de trabalho e que respeita a afinidade em relação às tarefas, a serem feitas por cada um da equipe. (Diário da Pesquisadora, 23/05/23)

Neste sentido, organizam-se entre administração de medicamentos e demais cuidados, sendo um responsável pela administração aos 9 pacientes da ala masculina e outro profissional responsável pelas 11 pacientes da ala feminina. Não reconhecem sobrecarga nessa forma de organização e identificam o trabalho em equipe como um facilitador para obter ajuda, quando necessário. Consideram também, que dessa forma, toda a atenção do profissional fica voltada para a administração de medicamentos.

Não tem sobrecarga, porque quando tem mais demanda, eu aciono minhas colegas. (PO)

Eu sei que estou na medicação, mas eu não estou sozinha. (PP)

É consenso de cada um, eu estou na medicação e você nos cuidados. E você acaba tendo uma atenção única para a medicação até o final do plantão. [...] Se você não é sobrecarregado com outras funções, você está na medicação, você não pode acompanhar o laboratório, não posso olhar a roupa [...] mas se você está só na medicação a situação que faz pesar não é a medicação mas são as outras coisas que você está fazendo que te tira sua atenção no que você está fazendo. [...] A divisão que a gente tem lá em cima é diferente dos outros andares, não sei se pela quantidade de leitos, mas um fica na medicação, outro nos cuidados, é diferente. Raramente tem endovenoso, a maioria é via oral ou intramuscular. (PS)

As características dos pacientes e a predominância de medicamentos por via oral são as principais justificativas dos profissionais pesquisados para sustentarem a divisão de tarefas como forma de organização do trabalho, combinando com o método de equipe; o que acontece de maneira diferente em outros setores do hospital que utilizam o método de cuidados integrais.

O modelo de cuidado integral prevê um trabalhador de enfermagem para realizar todos os cuidados de sua competência profissional para um sujeito, ou grupo de sujeitos hospitalizados em seu turno de trabalho. Contrapõe-se ao modelo fragmentado, em que um trabalhador presta um conjunto de cuidados a todos os sujeitos hospitalizados em uma unidade de internação (Oro; Matos, 2013).

Eu acho que não sobrecarrega por causa da via de administração da maioria dos medicamentos, via oral. Se fosse como na clínica médica com muitos antibióticos, pegar acesso [...]. Nas outras clínicas você fica com uma média de 6 pacientes, alguém vai ter que esperar pra fazer alguma coisa, porque aí você tem que puncionar, trocar a fralda, olhar os dados. (PH)

As tarefas são divididas. Então, se a gente divide um número fixo de pacientes por funcionário, quem pegou esse paciente agitado por exemplo, ele não vai dar conta desse paciente sozinho numa hora de fazer uma contenção ou de um banho, por exemplo. Vai precisar da equipe inteira, então, por conta disso, a distribuição fica mais nesse sentido de os cuidados direto, ou a medicação, alimentação. E aí tem essa divisão, mas quando tem algo mais específico, vai a equipe inteira [...] por exemplo, o paciente muito demandante, a gente não fala, fulano é o seu paciente, não: todo mundo atende ele, porque senão fica injusto, tem paciente que não sai da cama e tem paciente que não sai da porta do posto em extrema mania. E aí a gente não divide número de pacientes por funcionário, a gente faz mais uma divisão de atribuições. (PEA)

A equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica, em análise, é composta por cinco técnicos de enfermagem para cada um dos plantões, diurno e noturno. Na escala diária, ficam dois profissionais responsáveis pela administração de medicamentos e três para os demais cuidados. Os profissionais que ficam escalados na administração de medicamentos sofrem interferências diretas relacionadas à estrutura física e ao ambiente da unidade psiquiátrica, também considerados fatores que dificultam a prática profissional, mais especificamente a etapa de preparo dos medicamentos, comprometendo a segurança no processo, uma vez que não há um ambiente que permita a concentração e sem interrupções para essa atividade.

Esses fatores ambientais, em alguma medida, podem contribuir para a ocorrência de erros no processo de administração de medicamentos, em que os princípios de boas práticas, dose certa, medicamento certo e horário certo são comprometidos. Assim, as condições do ambiente que favorecem o desvio da atenção são destacadas como interferências na execução desse cuidado.

Se você não prestar atenção, era pra dar um e você deu dois, isso acontece, porque é muito barulho, por isso que tem que ser um de cada vez no posto. Isso propicia demais o erro. [...] Quando têm nomes parecidos, não é desculpa, mas com aquele fluxo de pessoas, favorece o erro [...] Às vezes conversa, reuniões, tudo pode ser um fator que piora a situação, que atrapalha [...] A gente faz o possível, o máximo de atenção possível, mas tem coisas adversas, que se você realmente não parar [...]. [...] Uma vez chamaram a atenção da gente de que não era pra trazer as pacientes para o posto, que era pra levar a medicação no leito, mas não dá certo, porque todas querem ao mesmo tempo. No posto você consegue uma de cada vez, fica uma pessoa na porta e elas esperam. Ir na enfermaria você não consegue, porque você está tentando fazer a prioridade e você não pode errar. (PS)

Se você chegar no Posto de Enfermagem da Clínica Médica, só está a equipe de enfermagem, um silêncio [...] chega na Psiquiatria o paciente chama, você não concentra, toda hora te interrompe, é campainha, é paciente, é telefone e se tiver uma intercorrência tem que largar e ir. [...] Mas têm muitas coisas que dificultam, que induzem ao erro. Muito fluxo de pessoas, o posto de enfermagem ser para a ala masculina e feminina ao mesmo tempo. (PH)

Na Clínica Médica a gente faz medicação igual como aprendemos na escola, na psiquiatria a gente adapta. (PR)

[...] Eu já esqueci de fazer medicação de horário, cheguei para a supervisão e falei que esqueci, pra tentar amenizar para o paciente e não é uma questão minha se eu vou ser punido. Porque de todo jeito eu errei. Eu assumi meu erro falei, o que a gente pode fazer? A medicação com atraso de 1 a 2 horas mas foi corrigido a tempo. Acho que a nossa supervisão é muito boa. Eu me sinto bem recebido, muito acolhido, sempre desde o começo. (PF- Encontro de Restituição)

Novas tecnologias e novos medicamentos também são fatores que podem causar dúvidas no momento do preparo e da administração de medicamentos. Em um contexto de hospital geral, estando o paciente em tratamento psiquiátrico e que necessita de medicamentos não apenas para o seu tratamento de seu sofrimento mental, mas também para outras comorbidades, estes se encontram na prescrição dos médicos da unidade estudada.

E sendo que sempre surgem dúvidas também, uma medicação nova. O médico prescreveu, eu não sei como fazer. A gente não é obrigado a saber tudo [...] Eu sempre pergunto, dúvida, eu não seguro ela não. Com medo de cometer um erro, eu corro atrás para saber. Aí depois eu vou na internet estudar um pouco da medicação pra saber o que é, do por que dar ela para aquele paciente. (PF)

Os profissionais pesquisados consideram também dúvidas geradas pela leitura da prescrição, em que entendem como necessário compreender antes de fazer. Essa é uma das premissas que constam no Código de Ética da Enfermagem em seu Art. 46, § 1º, onde dúvidas na interpretação devem ser esclarecidas com o prescritor ou outro profissional (COFEN, 2017b).

Dessa forma, surge, novamente, a relação com os médicos residentes, responsáveis essencialmente pelas prescrições, que podem apresentar erros e itens de interpretação duvidosa.

Quanto mais tempo na enfermagem mais a gente aprende essas questões, às vezes a gente chega e pergunta: Dr. é isso mesmo que você quer? Isso é uma coisa que acontece não é só na Psiquiatria não, é uma realidade de todos os setores. O erro está suscetível a todos lugares. [...] A gente olha nas prescrições anteriores pra ver como era, pra ver se modificou e aí tem que perguntar se vai fazer mesmo, porque se for pra fazer tem que ter certeza. A gente pergunta pro próprio médico, mas a gente discute muito entre a gente também, mostra pro colega, sempre quando tem alguma coisa diferente um chama o outro. (PO)

A gente olha bastante, a medicação certinha, a quantidade certinha, a dosagem certinha, porque às vezes tem caso de medicação prescrita dobrada, erro de prescrição mesmo. Hoje mesmo teve, mas como a gente já está acostumado, a farmácia mandou porque estava com os dois horários. Teve que conversar com o médico pra saber se ele queria em dois horários mesmo, aquela dosagem toda e ele falou que foi erro de prescrição mesmo. [...] Como é uma área de

residentes e eles trocam muito rápido pode acontecer sempre como está acontecendo né, de erro de prescrição e aí a gente tem que ter muita atenção. (PP)

Medicamentos de uso domiciliar, que devem ser mantidos durante a internação, mas não são padronizados no hospital, são apontados também como passíveis de erro de omissão de dose, pois, não são armazenados junto aos demais medicamentos do paciente, podendo não terem sido entregues pela família do paciente, por falta de atenção da equipe ou por não terem sido identificados na prescrição. Uma estratégia para prevenção de erros de medicação, causados por discrepâncias entre os medicamentos de uso habitual no domicílio e medicamentos prescritos em uma internação e nas transições de cuidados podem ser a conciliação medicamentosa.

A conciliação medicamentosa é uma estratégia que observa princípios, em um processo formal, detalhado e contínuo, envolvendo profissionais treinados e pacientes/familiares para obter uma lista atualizada e precisa de medicamentos do paciente, com o objetivo de garantir uma prescrição segura (ISMP, 2019b).

O farmacêutico, enquanto profissional participativo na equipe multidisciplinar, pode atuar inserindo o serviço de conciliação medicamentosa nos momentos de transição do cuidado nas internações ou nos momentos de alta hospitalar, buscando a diminuição de erros e discrepâncias no processo de cuidado que comprometam a saúde do paciente (Lira; Oliveira, 2021).

A prescrição com medicações ‘do paciente’, se você não conferir, (re) conferir, você não vai perceber que a medicação está lá naquele armário. Isso aí é uma coisa que se tivesse um escaninho para cada um ficar com o seu ali, né? (PQ)

A medicação ‘do paciente’ fica muito solta. [...] A medicação do paciente, o hospital é responsável pelo tratamento do paciente, mas virou rotina não ter. O médico escreve: medicação do paciente, aí a família não compra, e se a família não tiver condição financeira? É muito complicado isso. (PR)

Pode ser o esquecimento mesmo, passa em branco, tem alguns medicamentos que o paciente traz de casa e eles ficam em uma caixinha no Posto separado e pode ser que ele não verificou, não separou [...] (PED)

Aliado à estratégia da conciliação medicamentosa, têm-se ferramentas relacionadas à comunicação entre os profissionais e possibilidades de apontamentos relacionados à terapia medicamentosa e à cultura de segurança, que colaboram com a equipe na redução de erros. Retomando as seis metas de segurança previstas na PNSP, melhorar a comunicação entre os

profissionais de saúde e melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, inter-relacionam-se nesse contexto (Brasil, 2013c).

De acordo com os relatos, a equipe de enfermagem reconhece e aplica, em sua prática, a observação de alguns dos princípios relacionados às boas práticas para administração de medicamentos, os certos da administração, como meio de prevenção de erros e falhas no processo, destacando-se medicamento certo e dose certa.

A medicação, você lê, confere, eu confiro umas três, quatro vezes, presto bastante atenção, pra não fazer nenhuma coisa errada. (PO)

A gente tem que ter consciência da leitura da prescrição, dos 9 ou 13 certos, da conferência da administração da medicação, isso não é suficiente porque às vezes o olhar do outro é importante. (PQ)

No começo, eu tinha medo de errar e eu lembro de uma professora falando pra gente conferir pelo menos 3 vezes antes de administrar. Você pode errar porque a farmácia errou, você conferiu errado e fez errado, são 3 vezes. Aí eu comecei a fazer isso. Eu tinha medo de errar, era muita responsabilidade e eu fiquei com isso. Aí quando eu comecei a trabalhar e percebi que poderia ser grave um erro, eu fiquei com muito medo no começo, mas eu falei, vou enfrentar o medo e devagarzinho, sempre conferindo no mínimo 3 vezes. Hoje, mesmo conhecendo os pacientes, até mais do que isso eu faço às vezes. Confiro, sei exatamente o que eu estou fazendo e vou muito tranquilo. (PF)

Sobre o paciente certo, item de verificação previsto nos princípios de boas práticas, percebe-se, na unidade psiquiátrica, a pouca adesão dos pacientes no uso da pulseira de identificação. De acordo com Miasso e Cassiani (2000), a manutenção da pulseira implica um manejo constante da equipe, a partir do próprio reconhecimento de ser essa uma medida essencial para procedimentos seguros nos pacientes. As autoras realizaram um estudo para verificar a identificação no leito e no antebraço de pacientes internados em uma instituição hospitalar, observou-se que a clínica psiquiátrica não identificava seus pacientes por meio da pulseira e retirava esta do antebraço do paciente por ocasião de sua internação.

Ressalta-se que, para a equipe de enfermeiros pesquisada, o erro no processo de administração de medicamentos na unidade psiquiátrica pode ser considerado como pontual e sem repercussões diretas ao paciente, compreendido como falha do profissional e é tratado como questão a ser resolvida internamente, atribuído como descumprimento de regras estabelecidas.

Não, às vezes assim acontece alguma coisa, mas é eventual. A gente nem poderia pontuar assim que o motivo do erro é uma coisa pontual, que a gente trata com eles ali e melhora não chega a trazer um erro na administração. Um atraso mas não chega a ser um erro [...]. O erro, ele é erro mesmo, falha do profissional mesmo. Geralmente eles identificam todas as questões que a

gente citou. Geralmente todos eles identificam, a gente identifica e resolve. Pode atrasar e tal pode dar alguma intercorrência ali, mas só que resolve. (PEE)

Quando é, falha é o processo deles. Às vezes é pelo horário de descanso, quem ficou não medicou. Aí eu voltei de descanso, que era o horário da medicação e achei que o outro fez. E aí quando a gente vai ver, ninguém fez, que acontece, não é? (PED)

E as pessoas que são os trabalhadores, técnicos muitas vezes fragilizam nessas regras. Por questões diversas: já conheço o ambiente, já conheço o paciente, não tem essa complexidade, vou dar na hora que ele estiver mais calmo e aí esquece passa 1 hora, 2 horas, 3 horas [...]. Que é “muito comum”, entre aspas, né? Vou colocar aspas, o comum. E isso vai sendo perpetuado e isso é ruim, traz dissabores complicados para a gestão do trabalho, tanto para o supervisor quanto para quem coordena. (PEB)

O erro de medicação apareceu em uma fala como sendo um “erro”, sem maiores repercussões e não decorrente de fatores externos, mas sim da prática de cada profissional. (Dário da Pesquisadora, 23/05/23)

A equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem expressou que a comunicação de erros e falhas no processo de administração de medicamentos pode ficar comprometida, tendo em vista o medo de punição e de medidas que os comprometam profissionalmente, sem uma perspectiva de apoio e suporte aos envolvidos. Dessa forma, identifica-se também uma fragilidade na relação dos técnicos e auxiliares de enfermagem com os enfermeiros que fazem a supervisão do trabalho e até mesmo com a coordenação de enfermagem.

O medo em comunicar eventuais falhas e erros na administração de medicamentos reflete uma expectativa de relação entre a chefia e os trabalhadores, em que o foco para se atingir os objetivos e a atenção ao cumprimento de regras torna-se o único propósito do trabalho e que se sobrepõem ao reconhecimento das vulnerabilidades e dúvidas da equipe no cotidiano organizacional.

Porque se você trabalhou a vida inteira, fez tudo certinho, aí você teve um erro, infelizmente o que vai prevalecer é aquele erro. [...] Não será chamar e conversar, te acompanhar, observar, eles vão te punir de alguma forma por causa daquele erro que você teve, que não poderia ter feito, é uma coisa grave, mas aconteceu. (PS)

A enfermagem não pode ser 99 por cento, ela tem que ser 100 por cento. O dia que ela for 99, ela não presta. O dia que você cometer um erro, você pode ter certeza que algo vai acontecer com você, em se tratando de Coren ou do próprio superior. (PH)

Durante os encontros, a equipe de enfermagem considerou temas presentes em sua rotina de trabalho, que permeiam toda a assistência prestada, focalizando na segurança do processo de administração de medicamentos.

Neste estudo, buscou-se ampliar o conceito de segurança. No dicionário, esse termo segurança significa: “estado do que se acha seguro ou firme; estabilidade, solidez. Condição marcada por uma sensação de paz e tranquilidade. Condição ou estado do que está livre de danos ou riscos” (Segurança, 2023). Assim, a segurança do paciente deve estar pautada em diversos fatores e condições que interferem no modo de fazer, no cuidado ofertado, na saúde do profissional e na satisfação com o trabalho.

Portanto, para que a equipe de enfermagem possa desenvolver uma prática profissional segura, no que diz respeito à administração de medicamentos foi importante conhecer as interferências e o contextos institucionais, para delinear objetivos que busquem uma construção coletiva, a partir da integração entre as equipes, que participaram dos encontros socioclínicos, mas, também de outras, tendo em vista a interprofissionalidade no trabalho e a prestação de uma assistência integral e livre de riscos.

5.6 Análise das transformações à medida que o trabalho avança

Ao longo dos encontros socioclínicos, nota-se que a própria visão do grupo foi se transformando e os participantes entenderam que é possível encontrar outras formas de se fazer a prática profissional na unidade psiquiátrica. Principalmente no encontro de restituição, onde os participantes tiveram a oportunidade de conhecer o conteúdo das discussões de cada grupo específico, isso permitiu novas descobertas, a partir do discurso do outro e até de outra categoria profissional, visto que o grupo dos enfermeiros foi separado do grupo dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Esse momento de restituição foi crucial, permitindo maior aproximação dos participantes da pesquisa, o que gerou novas reflexões e contribuiu para a busca de alternativas conjuntas para a resolução dos problemas e das questões levantadas no processo de produção dos dados. Por haver transformações e interações entre os sujeitos da pesquisa é que a compreensão das pessoas progride (Monceau, 2005).

[...] mas entendo que cada um tem que assumir o seu papel, tanto quem está falando quanto os que estão ouvindo, tem que assumir seus papéis, fazer o seu melhor, atender, atentar para aquilo que está falho, naquilo que eu falho tentar consertar. Naquilo que eu não consigo consertar eu tenho que ter um ouvido para aprender e às vezes tem até que ter ouvido para sair. Então acho que são situações reais e precisam ser tratadas, com o devido cuidado e respeito e buscando sempre essa qualidade para todos que executam o trabalho e aqueles que eles recebem. (PEB – Encontro de Restituição)

Em um movimento de reflexão sobre a prática profissional, a profissional - PS identificou nesta pesquisa-intervenção, uma oportunidade de ampliação e compartilhamento de novos saberes produzidos pelo grupo, enquanto conhecimento coletivo, como oportunidade de possíveis mudanças na prática profissional. Foi a partir dos relatos das situações e das análises realizadas nos encontros socioclínicos que a profissional PS encontrou nova forma para administrar o medicamento de forma segura, fazendo a identificação e a abertura da embalagem do medicamento no momento da administração junto ao paciente, pois, isso configura nova conferência do que será administrado, seguindo a regra dos certos: medicamento certo, dose certa, via certa e paciente certo.

Antigamente eu abria todos os medicamentos e o paciente perguntava o que é isso e eu dizia, não sei, já abri. E a Rosa (nome fictício) não, ela abre na hora para os pacientes e diz o que o paciente está tomando, mesmo que o paciente seja psiquiátrico, então eu mudei, faço como ela agora. (PS)

[...] Essa pesquisa ela faz com que, por exemplo, assim, é bom dar continuidade, porque de repente você está acostumado aqui no, medicar, fazer isso, fazer aquilo, aí vem uma pesquisa e você, não só abre o leque, mas pelo menos você parar para pensar: olhe eu posso mudar isso. Olhe, eu estava acostumada a fazer isso, mas o que que eu posso fazer para melhorar, eu sei que não vou mudar lá de cima. O que que eu posso fazer dentro do meu mundo? Vou escutar melhor, vou ter um tempo para escutar o paciente, escutar o meu colega [...] você dá aquela parada agora e fala eu posso repensar isso aqui. Porque eu já falei que eu ia mudar, ainda não mudei totalmente, mas [...] eu sou ser humano. (PS – Encontro de Restituição)

A análise da prática profissional da enfermagem em relação à administração de medicamentos, proposta nesta pesquisa, permitiu, ao longo do processo, construir respostas ou alternativas às situações do trabalho que permeiam o cuidado da enfermagem na unidade psiquiátrica.

A construção de um dispositivo para análise da prática profissional, que em uma das suas etapas utilizou a técnica do GEASE adaptada, produziu ressonâncias na medida em que os profissionais relataram situações reais vivenciadas por eles na unidade psiquiátrica. Pode-se dizer que os profissionais que participaram da pesquisa serviram de “espelho” uns para os outros. Para Spagnol *et al.*, (2019), um dos objetivos do GEASE é exatamente esse, a partir da vivência de situações compartilhadas, fazer eco nas vivências individuais, permitindo assim, construir a identidade profissional e formar profissionais críticos e reflexivos.

A perspectiva processual de transformações mencionadas ao longo do desenvolvimento da pesquisa-intervenção, para se obter mudanças na prática profissional da equipe de enfermagem, pode abrir possibilidades para as lideranças da unidade junto às equipes para

buscarem melhores condições de trabalho, com acolhimento aos profissionais e qualidade nos processos de trabalho, garantindo um cuidado cada vez mais seguro.

[...] Sim, eu acho que, na verdade, todo esse quadro é possível mudar, sabe? É claro que não é fácil, porque senão, não chegaria a esse ponto, mas eu acho que é possível porque volta naquilo que a gente ouve: barreira, muita coisa poderia ser feita mas quem tinha que tomar providência não estava presente [...] eu acho que a gente não muda isso rápido, não é da noite pro dia, é um processo [...] (PEA – Encontro de Restituição).

Dessa forma, a Socioclínica Institucional permite evidenciar como as instituições atravessam as práticas a partir do movimento constante entre o instituído e o instituinte, em que os processos podem permanecer em suas conformações iniciais ou apresentarem mudanças (Fortuna, *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, que este estudo foi produzido, buscando não somente, a partir da pesquisa, intervir na unidade psiquiátrica, mas, também na intenção de produzir conhecimentos de forma gradual, analítica e coletiva.

5.7 Intenção de produzir conhecimentos

Ao longo dos encontros socioclínicos e no encontro de restituição, ideias e propostas surgiram como produtos de um processo de análise e de reflexão de questões que envolvem a prática profissional da enfermagem, não apenas relacionadas ao ato de medicar, mas também relacionados a outros aspectos que interferem nas condições do ambiente, nas condutas da equipe multiprofissional, no perfil dos pacientes e dos profissionais que executam o cuidado.

A intenção de produção de conhecimento revelou-se, ao longo da investigação, a partir da expectativa do grupo em participar desta pesquisa-intervenção, na busca de se obterem novos conhecimentos para qualificar a prática profissional.

Um aprendizado e reciclagem. Medicamentos por exemplo eu trabalho de uma maneira que talvez não esteja correto, a tendência é melhorar. (PI)

Então, tentar melhorar, o que é bom, ficar melhor ainda. Essa questão mesmo de aprendizado, novidades. (PK)

Após as discussões nos grupos, uma proposta, que foi sugerida para a dispensação e o preparo de medicamentos controlados multidoses, foi realizar a dupla checagem, mas, de maneira contrária a que se apresenta atualmente. O funcionário da farmácia separa o medicamento prescrito, entrega o frasco ao profissional da enfermagem que confere e prepara o medicamento, pingando as gotas no copinho, com o funcionário da farmácia acompanhando

esse preparo. Assim, mantém essa atividade - administração de medicamentos - com a etapa do preparo sendo realizada por quem irá executá-la.

Deveria ser você da enfermagem a pingar e a farmácia olhar, seria a dupla checagem, o correto seria isso. Eu que tinha que fazer isso. (PH)

Outro ponto importante é a valorização da comunicação efetiva, por meio do diálogo coletivo e dos registros em prontuário, acerca das condições clínicas do paciente. Dessa forma, as equipes podem buscar estratégias como discussão de casos clínicos, instrumentos para direcionar a passagem de plantão, entre outras que possam articular as equipes de forma interprofissional e possibilitar uma assistência integral ao paciente.

Como no caso daquela paciente, chamou o plantão, o plantão não deu voz pro Técnico de Enfermagem, a paciente caiu e quebrou um dente. O médico ignorou o pedido do Técnico e a paciente caiu da própria altura e quebrou um dente. (PG)

Nós temos um paciente que está há quase um mês internado, que não toma remédio pra dormir e não precisa mesmo, e está lá na prescrição e eu escrevo todo plantão: paciente relata que não precisa de medicação para dormir. E ela dorme. Ela não incomoda os outros, ela tem um ritual dela, ela acorda 5 horas da manhã, vai pra janela fazer as orações dela e não é possível que, com quase um mês ninguém viu. (PL)

Se tivesse uma conversa, se incluísse a gente nessa programação, se houvesse discussão de caso, se contar pra gente a gente vai tentar fazer uma manejo maior antes até de chamar pra talvez dar mais medicação, mas se não conta e eu não sei eu tenho que chamar e vai prescrever para resolver o momento do plantão e a paciente vai sendo prejudicada. Então eu acho que se a gente fosse incluído, se a gente participasse efetivamente dessa programação medicamentosa, do que eles estão pretendendo, em quanto tempo pode aparecer um efeito, a gente seria mais efetivo nessa observação. Porque é a gente que fica mais horas ali. (PQ)

O relato desse grupo me fez pensar em parâmetros de segurança além das normas e boas práticas instituídas. O acesso à informação e comunicação efetiva pode contribuir para uma administração mais consciente e proporcionalmente segura. (Diário da Pesquisadora, 31/05/2023)

A construção de uma passagem de plantão foi considerada, no encontro de restituição, como instrumento de comunicação e de integração da equipe e uma proposta que pode promover a valorização dos cuidados prestados e estimular o comprometimento de todos da equipe.

A construção de uma passagem de plantão, a construção de oficinas, de assembleias com os pacientes que estão mais organizados, que dão conta de falar, assembleias com os funcionários, interagindo todo mundo. Sabe é uma construção nós temos muita rotatividade, mas acho que mesmo com

rotatividade dá para construir um olhar mais humanizado, um novo cuidado.
(PL – Encontro de Restituição)

Essa proposta da passagem de plantão vai ao encontro do que está previsto no artigo 38 da Resolução COFEN 564/2017, que prevê: “prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente” (COFEN, 2017b). Além disso, o parecer de Câmara Técnica do COFEN nº 0001/2021 aponta que utilizar esse instrumento é um direito e dever dos profissionais de enfermagem para a gestão do trabalho, que favorece a continuidade da assistência pela sistematização e organização das informações a serem transmitidas entre os plantões. Esse parecer conclui que a passagem de plantão deve acontecer entre as equipes ao trocarem de turno, tanto pelos enfermeiros quanto pelo nível médio da enfermagem, de modo a garantir a assistência continuada, ofertando informações necessárias ao efetivo cuidado integral do paciente (COFEN, 2021).

Outra proposta interessante sugerida foi a realização de assembleias com a participação dos profissionais da unidade e dos pacientes, a fim de integrar a equipe e humanizar o cuidado na psiquiatria, discutindo coletivamente os problemas circunscritos à prática assistencial.

Na AI, o dispositivo do tipo “Assembleia Geral” foi amplamente utilizado nos anos de 1960 por Lourau e Lapassade em suas intervenções socioanalíticas. Esse dispositivo é definido por Lourau (1993, p. 30), como um momento “[...] onde todas as pessoas envolvidas no processo de intervenção possam estar presentes. Todas as pessoas envolvidas, juntas num único lugar, onde iremos intervir”.

Segundo o autor supracitado, neste tipo de dispositivo o que se propõe é a análise da relação entre as pessoas participantes, a partir de uma discussão coletiva e que, na maioria das vezes, é difícil de realizar esse formato de discussão, visto que há resistências a esse tipo de análise, tanto do grupo-cliente quanto da equipe que fez a encomenda de análise (Lourau, 1993).

Atualmente, a assembleia é um dispositivo previsto pelo Ministério da Saúde, utilizado nos CAPS, que permite a participação de profissionais e dos usuários, nas decisões do seu tratamento, buscando resgatar a autonomia e o protagonismo dos pacientes psiquiátricos (Brasil, 2004). Essa foi uma proposta realizada por uma das técnicas de enfermagem, que tem uma experiência de trabalho com pacientes psiquiátricos atendidos no CAPS, considerada instituinte para a unidade psiquiátrica que está inserida no modo de gestão de um hospital geral. A referida proposta busca transpor para o hospital esse modo de cuidar compartilhado e que foi aceito pelos demais integrantes da equipe de enfermagem que participaram do encontro de restituição.

[...] Se tivesse essa interação entre a equipe médica da Psiquiatria e a equipe de enfermagem, em algum momento não precisa ser todo dia, não, como PL está falando que no CERSAM (é o mesmo que CAPS) tem a reunião onde todo mundo tem direito de expor, a sua opinião tem a mesma importância que a minha, todo mundo vai ouvir para o bem maior do setor [...] (PM – Encontro de Restituição)

[...] [eu] acho que o que falta é a equipe realmente interagir, dos médicos até o pessoal da limpeza, que também faz parte desse cuidado. Eles não têm menos ou mais importância, não tem ninguém mais ou menos importante ali dentro, é uma equipe. Todos têm a sua importância e o seu lugar ali (PL – Encontro de Restituição)

A apresentação dos resultados desta pesquisa-intervenção para a direção do hospital e para a coordenação médica da psiquiatria surgiu como possibilidade de compartilhamento desta produção coletiva dos participantes da investigação, para que essas lideranças possam ter conhecimento das demandas da unidade psiquiátrica e da realidade vivenciada pela equipe de enfermagem deste setor.

[...] eu penso, até que poderia ser feito uma dinâmica melhor até com a gerência, mostrar para eles a realidade do setor, daquilo que foi colhido. Acho que seria interessante também, para trazer para dentro da realidade do hospital um outro hospital, que é o psiquiátrico com suas complexidades. (PEB – Encontro de Restituição)

[...] é o que eu tinha falado com a Sandra desde a primeira reunião, espero que ela consiga isso, torço muito que ela consiga, depois que ela fizer o trabalho dela, defender que virá uma coisa linda que ela traga isso para a reunião da psiquiatria, porque os médicos fazem a reunião deles toda quarta-feira, e eu acho que é um tema assim importantíssimo, necessário. Ela fez o trabalho dentro da psiquiatria do hospital, então ela tem que trazer isso para eles, porque aqui entre nós, nós participamos, nós estamos aqui mostrando os resultados. (PM – Encontro de Restituição)

A pesquisa será concluída, mas a equipe sugeriu dar continuidade ao trabalho de intervenção, buscando ampliar os benefícios para a unidade psiquiátrica e para os profissionais que atuam nesse setor, pois, trouxe uma oportunidade de realizar um estudo essencialmente dedicado ao trabalho da equipe de enfermagem, com uma metodologia que permitiu o envolvimento e participação de grande parte dos profissionais. A continuidade da pesquisa também busca valorizar ainda mais cada profissional envolvido na assistência ao paciente, tendo em vista a integração entre os profissionais, principalmente os médicos e a equipe de enfermagem, vislumbrando ser um serviço de excelência que proporciona o crescimento pessoal e profissional e as melhores práticas de cuidado.

[...] eu acho que seria muito interessante se, é claro, a pesquisa foi o objeto principal, mas assim, a partir disso se a gente conseguisse continuar, sabe, trazer melhoria para o setor ia ser legal demais assim, e acho que ia trazer um resultado para nós que ia ficar marcado na psiquiatria. (PEA – Encontro de Restituição)

[...] é um conjunto de saberes, é uma construção de todos, todo mundo olhando para o mesmo alvo, vamos fazer disso aqui a referência da psiquiatria no Brasil. Eles falam que a nossa psiquiatria, das residências é a mais concorrida, porque não a assistência de enfermagem também não ser a melhor? É a construção de saberes, e não é da noite pro dia. É todo mundo olhando pro mesmo lugar e por mais que a equipe de enfermagem é a mais numerosa, com as suas especificidades, ela que está ali 12 horas. (PL – Encontro de Restituição).

Essas propostas, a princípio ousadas ou sonhadoras, tornaram-se ideias concretas ao serem pensadas coletivamente no encontro de restituição. Essa etapa da Socioclínica Institucional foi importante, visto que estiveram presentes parte da equipe da unidade psiquiátrica, o coordenador de enfermagem, alguns enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, sendo esse um primeiro passo para continuar a promover transformações possíveis na prática profissional.

5.8 Aplicação das Modalidades de Restituição

Monceau (2015) destaca que a restituição não deve ocorrer apenas ao final da pesquisa, como uma prestação de contas do pesquisador para os participantes, mas ser entendida como componente metodológico a se considerar em toda duração do trabalho Socioclínico Institucional.

Nessa perspectiva, a cada primeiro encontro socioclínico era realizada a restituição deste no segundo encontro, a fim de envolver todo o grupo e retomar o que já havia sido abordado pelos participantes.

A restituição se apresentou também como uma necessidade pessoal da pesquisadora, percebida à medida que o trabalho avançava, enquanto possibilidade de compartilhamento do que estava sendo construído pelo grupo e como potente instrumento de transformação pessoal e profissional.

Início retomando do encontro anterior, pontos destacados por eles em relação às condições e características apontadas por eles em relação ao trabalho na Psiquiatria e que, nesse encontro, a partir dos princípios que apresentei no encontro anterior: confidencialidade, não julgamento e implicações de todos em relação ao tema, setor e relações, iríamos analisar alguma situação/fato ocorrido que tenha impactado na prática profissional, que a solução para essa questão não tenha sido satisfatória, ou mesmo se foi resolvido e ficou tudo bem. (Diário da Pesquisadora, 02/06/2023)

[...] não sou a mesma e a cada dia eu mudo e melhoro mais, preciso restituir ao grupo o que está sendo construído coletivamente. (Diário da Pesquisadora, 05/06/2023)

O encontro de restituição foi preparado em uma perspectiva de aproximar os participantes da pesquisa ao que foi produzido de forma coletiva nos encontros socioclínicos e também para se constituir em novo momento de análise e reflexão da prática profissional, mas agora em uma única reunião entre coordenador de enfermagem, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

Para tal, foi criado o dispositivo denominado “Mural de Reflexões” (Figura 03), organizado com recortes de falas dos profissionais, produzidas a partir da análise da prática profissional realizada durante os encontros socioclínicos, o que permitiu ao grupo construir associações entre temas que foram debatidos por todos os presentes, ocorrendo maior interação entre os membros da equipe, além de possibilitar a análise das implicações dos participantes e da pesquisadora.

Gente, eu achei muito interessante esse quadro e essas falas. Eu acho que deve ter sido muito difícil mesmo selecionar. E eu relatei algumas aqui, até difícil escolher, porque eu acho que muitas têm ligação uma com a outra [...] (PEA – Encontro de Restituição)

Ao analisar o envolvimento e a participação da equipe nas discussões, observou-se que a presença de uma pessoa externa (a orientadora da pesquisa como socioanalista que conduziu o grupo) ao hospital e a “regra do tudo dizer”, princípios da AI, foram referendados e importantes nesse encontro de restituição, criando certa liberdade dentro do grupo para produzir e compartilhar reflexões, sem julgamentos, em um ambiente protegido pelo sigilo acordado entre todos. Um dos enfermeiros enfatizou que esse modo coletivo de analisar a prática profissional foi mais efetivo que as reuniões de equipe. De acordo com a referida enfermeira, nessas reuniões, os técnicos/auxiliares de enfermagem têm dificuldade para expor suas necessidades e questões relacionadas ao trabalho, o que não foi observado no encontro de restituição.

Eu só tenho a agradecer, gostei de ter participado, falei o que eu tinha que falar mesmo, falo com o chefe, médico, falo com os colegas [...]. (PM – Encontro de Restituição)

[...] talvez pelo fato de vocês serem pessoas neutras (orientadora da pesquisa e a pesquisadora), eles (técnicos e auxiliares de enfermagem) ficaram mais à vontade para expor, porque às vezes a gente até tenta falar, puxar alguma coisa, fazer alguma reunião, mas não sai dessa forma. (PEA – Encontro de Restituição)

Dessa forma, os participantes ao lerem os trechos que constam do Apêndice D, selecionaram aqueles que consideraram relevantes e que gostariam de abordar, aprofundando mais sobre o tema escolhido.

Uma das questões trazidas para o debate foi a importância de o profissional saber ouvir, como característica necessária para o trabalho em psiquiatria, mas, na unidade em estudo a equipe está preocupada em apenas administrar medicações prescritas, o que causa frustração para alguns trabalhadores da enfermagem, pois, acreditam que poderiam prestar um cuidado mais humanizado, levando em consideração outras necessidades dos pacientes.

[...] A gente vê que, talvez, pelo adoecimento, a equipe está agindo mais tecnicamente, então eu tenho que medicar, medicar. Eu tenho que trocar vou trocar, dar banho, vou dar banho, pronto, acabei meu serviço. Só que, às vezes isso entra em coisas que a gente vai perdendo a humanização do paciente, o esgotamento da equipe e essa questão da gente colocar na nossa cabeça e que a nossa atuação é a medicação, às vezes chega nesse ponto de achar que tem que fazer a força com o paciente querendo ou não querendo [...] (PEA, Encontro de Restituição)

A administração de medicamentos, atividade essencial da enfermagem, aparece como um dos únicos cuidados a serem ofertados aos pacientes na unidade psiquiátrica. Os profissionais se percebem inseridos em um processo mecânico, sem considerar outras possibilidades de interação com o paciente e oferta de um cuidado humanizado dentro de uma visão holística do paciente, mediante a escassez de profissionais da enfermagem e de outras áreas como psicologia e terapia ocupacional.

O saber, enquanto característica e componente de um perfil para o profissional de enfermagem na unidade psiquiátrica, é referenciado em outros momentos nos encontros socioclínicos, enquanto habilidade presente em alguns profissionais, ausente em outros e revelando talvez um despreparo da equipe para estabelecer uma escuta qualificada aos pacientes.

Aliado à terapia medicamentosa com psicofármacos, abordagens de acolhimento e escuta terapêutica podem auxiliar na redução do sofrimento dos pacientes. A escuta terapêutica é um recurso que envolve não apenas o ouvir, mas uma forma de produzir sentido ao que é expresso pelo paciente em uma perspectiva de minimizar sintomas como ansiedade, pensamentos suicidas e outros (Lima; Vieira; Silveira, 2015). Nesse contexto, torna-se necessário valorizar os diversos olhares da equipe interprofissional como um dos caminhos para um cuidado integral e mais humanizado ao paciente.

Os participantes trouxeram a necessidade de saber ouvir o paciente, mas, também de serem escutados nas suas necessidades enquanto trabalhadores daquela unidade específica,

tanto pelos gestores quanto pela equipe médica. Isso, muitas vezes, os levam a ter um sentimento de frustração e insatisfação com o trabalho, tendo em vista que, na maioria das vezes, não têm apoio e suporte dos gestores da organização para terem melhores condições de trabalho e uma melhor assistência prestada aos pacientes.

Além disso, os participantes debateram sobre a questão do esgotamento e do adoecimento da equipe de enfermagem, devido à sobrecarga de trabalho, em que há excesso de plantões, muitas vezes, para atender ao déficit de pessoal existente no setor. Nessa perspectiva, a escala é organizada para manter o mínimo de profissionais necessários para atendimento aos pacientes, que associado ao perfil e às condições clínicas destes, aumenta ainda mais o cansaço dos profissionais. Os trabalhadores da enfermagem cuidam dos pacientes, mas, na rotina da prática profissional esquecem-se de se cuidar.

A equipe está adoecendo, ela está esgotada, a gente vê isso a cada dia, em grande parte dos funcionários, principalmente quando eles vão dobrando o plantão, trabalhando todo dia, tem época que a enfermagem, está muito cansativa mesmo, paciente muito agitado e isso esgota os outros pacientes internados e esgota a equipe também, que precisa ter uma atuação direta com eles. [...] a equipe está adoecendo, está esgotando e a gente tem que tomar cuidado com isso, porque se a gente perder esses funcionários, não é só trocar por outro, porque se não sempre vai chegar uma hora que vai esgotar. [...] Então, chegar na chefia, às vezes, até para admitir algum erro, e isso é importante para nós, porque por exemplo, se eu mediquei errado, se eu mediquei o paciente errado, qualquer coisa que eu tenha feito anotação, qualquer coisa tem que ser corrigido. Eu tenho que passar para os meu superior e eu tenho que ter o meu superior como uma pessoa sensível (PEA – Encontro de Restituição)

A realização de capacitações específicas para a equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica foi outro tema trazido para o debate no encontro de restituição, mas, também nos demais encontros socioclínicos, principalmente no que diz respeito à contenção de pacientes, procedimento que, muitas vezes, se associa à administração de medicamentos para aqueles que estão em estado de agitação e comportamento agressivo.

Pra mim é complemento da medicação, porque às vezes a gente medica com um HF⁴ [...], e ele fica resistindo ao sono, cambaleando e quando a gente contém ele, ele apaga e daqui a pouco ele está bem, não é punição de forma alguma. E sem a contenção ele pode cair, pode ter um traumatismo, pode quebrar alguma coisa, uma mão, um braço, muitas coisas podem acarretar bem graves e que podem ser evitadas por uma contenção, pra ajudar a medicação fazer efeito. (PS)

⁴ Trata-se de uma associação de medicamentos de uso habitual em Psiquiatria – Haloperidol+Prometazina (Fenergan).

O setor de Educação Permanente do hospital oferta capacitações obrigatórias, instituídas para todo o corpo de enfermagem da instituição. No entanto, a equipe de enfermagem da psiquiatria apresenta como demanda capacitações específicas para a própria unidade, a fim de qualificar o cuidado prestado e valorizar os profissionais da enfermagem.

E o que a gente já cansou de pedir, de demandar é um treinamento de contenção, a gente usa isso praticamente todo dia. E cada um faz do seu jeito, não tem um padrão, não tem um protocolo [...]. É um setor totalmente ignorado, de todos os jeitos, internamente e externamente. (PM)

Não temos treinamento específico, porque é um setor específico. A gente fica fazendo esses treinamentos que nem se aplicam ao que a gente faz dentro do setor e é obrigatório fazer, pra nós isso é irrelevante, se eu for para um outro setor pode até ser que se aplique, mas aqui pra nós não e fica aquela coisa repetitiva. (PH)

Eu vejo muita gente despreparado numa contenção rápida, num preparo sabe aquele negócio, gente, quem já vai para os braços, quem já vai para as pernas [...] (PJ)

E essa dinâmica de como eu faço é que é o problema. Então, aí entra a situação das pessoas, não é? As pessoas, cada um tem o seu fazer. E esse fazer às vezes é diferente da regra. (PEB)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída em 2004, traz o conceito de educação permanente como processo de aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações, e ao processo de trabalho (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação de Saúde, 2019).

Para Duarte *et al.* (2015), a educação permanente permite uma reflexão acerca das práticas assistenciais e gerenciamento de riscos, tornando os profissionais sujeitos ativos na busca de soluções para as problemáticas existentes.

Outro tema que foi trazido na restituição dos encontros socioclínicos foi a instituição religião que também atravessa a prática profissional na unidade psiquiátrica. Alguns pacientes apresentam demandas relacionadas as práticas religiosas e a enfermagem do setor acaba dividindo opiniões e condutas, a partir das próprias crenças e práticas individuais.

Há aqueles que reconhecem a religiosidade como necessidade importante ao paciente em uma dimensão terapêutica e que deve ser considerada; e aqueles que não conseguem lidar com essa questão, criando uma lacuna entre a demanda apresentada e o acolhimento a essa necessidade na vida dos pacientes.

Eu faço papoterapia, reza, louvor, oração. (PQ)

Tem muita coisa que não é questão de medicamento, eu tenho a minha convicção, não sei das outras pessoas, tem muitas coisas que é familiar, religiosa, que a gente vê que é extra ciência. São coisas que nem o cérebro ali traz aquele comportamento pra ele, é do além. (PH)

O que eu falo além do que eu penso? O que eu vou conversar com o paciente quando ele me fala de Cristo, onde eu posso ir? A gente não tem esse preparo. (PN)

Há 22 anos está na Psiquiatria, nunca trabalhou em outro setor, possui muita habilidade com os pacientes, especialmente na enfermagem feminina. Posso dizer que de fato, ela tem uma visão completa do paciente, preocupando-se com todos os aspectos que se relacionam ao estado de saúde deles, isso inclui até o conforto espiritual, preocupa-se e se dispõe sempre a levar os pacientes a missa, celebrada aos domingos pela manhã. (Diário da Pesquisadora 20/05/2022)

A organização do apoio espiritualista em organizações de saúde é de grande importância visto que alguns pacientes frequentemente associam suas crenças religiosas ao contexto de suas doenças, e a equipe de saúde, mesmo não partilhando da mesma religião, deve considerar respeitá-las, apoiando as crenças do paciente que possam ajudá-lo a lidar com a doença. (Murakami; Campos, 2012).

Nesse contexto de análise das necessidades apresentadas pelos pacientes, alguns profissionais estão implicados com a sua própria religiosidade e crenças, em que não é possível ter uma posição de neutralidade e afastamento. Ao analisar suas implicações, alguns profissionais se colocaram diante de suas próprias questões instituídas que trazem dentro de si, para um processo de análise coletiva. Há a necessidade de discussões ampliadas dessas questões, para melhor compreensão da contribuição terapêutica da religiosidade aos pacientes e de preparo dos profissionais para promoção de uma assistência integrada.

Assim, pode-se dizer que os momentos de restituição e o dispositivo utilizado, especificamente no encontro de restituição, para analisar coletivamente a prática profissional da enfermagem foi uma inovação na unidade psiquiátrica e até no hospital em estudo, que foi avaliado de forma positiva pelos participantes, sugerindo a continuidade dos encontros socioclínicos, mesmo após o término da pesquisa.

Portanto, conforme dito, o produto técnico desta investigação se constituiu na própria pesquisa-intervenção, a partir dos conhecimentos produzidos coletivamente com a equipe de enfermagem, enquanto possibilidade de transformação da realidade na busca de um cuidado seguro para os pacientes. Além disso, apresenta-se no próximo tópico, uma **Ficha Técnica de Propostas para Intervenção**, como outro produto para subsidiar a direção do hospital, a

coordenação e os enfermeiros da unidade na compreensão e análise dos resultados obtidos, destacando as demandas apresentadas pela equipe de enfermagem e as propostas produzidas coletivamente com a pesquisadora.

6 PRODUTO TÉCNICO

A partir dos resultados desta dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, na linha de pesquisa Tecnologias Gerenciais em Saúde, orientada pela Profa. Dra. Carla Aparecida Spagnol, foi elaborada uma **“Ficha Técnica de Propostas para Intervenção”** na unidade de psiquiatria de um hospital geral de Minas Gerais.

A dissertação teve como objetivo geral analisar a prática profissional da equipe de enfermagem relacionada à administração de medicamentos na unidade psiquiátrica de um hospital público e geral de Belo Horizonte, Minas Gerais. Como objetivos específicos teve: conhecer a visão da equipe de enfermagem acerca do processo de administração de medicamentos na unidade psiquiátrica; identificar quais fatores contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos, na unidade psiquiátrica e, propiciar um espaço de análise e reflexão para a equipe de enfermagem sobre o processo de administração de medicamentos estabelecido na unidade psiquiátrica.

Os encontros socioclínicos realizados com os profissionais de enfermagem, durante o desenvolvimento da pesquisa, produziram conhecimentos, a partir de informações relevantes levantadas pela equipe, em forma de demandas e propostas para que sejam, possivelmente, implementadas na prática profissional.

Dessa forma, a **“Ficha Técnica de Propostas para Intervenção”** foi organizada em três eixos, conforme descritos a seguir: as demandas e propostas apresentadas pelos profissionais e as propostas sugeridas pela própria pesquisadora, que se considera uma profissional implicada nesse processo de análise coletiva das questões abordadas pelos grupos.

Processo de administração de medicamentos		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Conduta padronizada em casos de recusa de medicamentos prescritos por via oral pelos pacientes.	Orientar todos os profissionais sobre o manejo desses pacientes nessa condição de recusa.	Discutir em conjunto com a equipe médica sobre o manejo para esses pacientes e análise da possibilidade de alteração da via de administração dos medicamentos.
Fluxo e rotina para melhor armazenamento de medicamentos de uso domiciliar, alerta para administração.		Melhorar a visualização e identificação desses medicamentos no Posto de Enfermagem e na prescrição médica. Solicitar suporte sistemática do serviço de Farmácia para a conciliação medicamentosa. Incluir ponto de atenção e comunicação para os enfermeiros na verificação diária das prescrições e passagem de plantão da equipe.

Processo de prescrição médica		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Melhor comunicação dos médicos com a enfermagem para alterações na prescrição de medicamentos a serem iniciados, erros de prescrição decorrentes de “copiar e colar”, horários próximos e variados para administração de medicamentos.		<p>Estabelecer fluxo de prescrição em PRS compartilhado com a equipe médica.</p> <p>Apresentar processo de dispensação da farmácia e rotina de trabalho da enfermagem.</p> <p>Analisar junto à gestão do sistema prescriptor a possibilidade de inclusão de marcadores/alertas na prescrição eletrônica para medicamentos a serem “iniciados”.</p> <p>Apresentar à equipe médica as dificuldades no manejo frequente junto aos pacientes para a administração de medicamentos em horários variados e próximos.</p>

Processo de preparo de medicamentos		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
<p>Suporte para esclarecimento de dúvidas no momento do preparo e da administração de novos medicamentos e novas tecnologias</p>		<p>Estabelecer um acompanhamento diário pelos enfermeiros da unidade das prescrições a fim de identificar itens que possam gerar dúvidas ou que não sejam habituais da unidade e do conhecimento da equipe técnica.</p> <p>Demandar suporte aos farmacêuticos estabelecendo parcerias para o processo educativo da equipe.</p>
Processo de dispensação de medicamentos		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
<p>Instituição de conferência dos medicamentos no ato da entrega pela farmácia junto a enfermagem.</p>		<p>Organizar fluxo de recebimento dos medicamentos junto à farmácia, instituindo sistematicamente a dupla conferência.</p> <p>Acompanhar processo de reparo/ reativação do carro <i>locker</i> para guarda dos medicamentos.</p>

Fluxo de entrega de medicamentos com controle especial, para administração por via oral, em frascos multidose pela farmácia	Implantar a dupla conferência entre enfermagem e farmácia. Entrega do frasco multidose para a enfermagem proceder ao preparo (gotejamento das gotas) nos copinhos descartáveis, sob acompanhamento da farmácia.	Ampliar a discussão sobre o processo de preparo e administração de medicamentos controlados em frascos multidoses, considerando a prática da enfermagem, autonomia dos profissionais e implicações éticas desse processo junto aos responsáveis pela farmácia e responsável técnico de enfermagem do hospital.
Comunicação e interação da enfermagem com equipe médica		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Acesso a informações e participação na construção da proposta terapêutica dos pacientes		Fazer a integração da enfermagem à equipe médica nas reuniões semanais que acontecem com o coordenador médico da clínica e os residentes.
Maior proximidade entre enfermagem e os residentes para facilitar a comunicação e o desenvolvimento da assistência;		Apresentar a enfermagem em acolhimento aos novos residentes a cada ciclo de entrada, com a finalidade de apresentação da equipe, estrutura e rotinas básicas do setor e aproximação entre as equipes.

Conhecer e participar das discussões clínicas dos pacientes feitas pela equipe médica	Participar das reuniões periódicas feitas pelos médicos para melhor entendimento da proposta terapêutica.	Organizar com os enfermeiros plantonistas e diarista a participação sistemática nas reuniões junto a equipe técnica.
Construção de uma rotina para passagem de plantão para toda equipe (médicos e enfermagem)	Adaptar o modelo existente em outros serviços, como exemplo os Centros de Referência a Saúde Mental-CERSAM.	Promover discussão do tema com todos os profissionais para análise, construção e implementação da rotina. Considerar a aplicabilidade da ferramenta SBAR, como orientação da construção de um modelo eficaz de comunicação para a passagem de plantão.
Comunicação e interação dos enfermeiros supervisores com a coordenação de enfermagem		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Participação nas alterações de rotinas previamente à implantação; e participação nas análises e mudanças de processos para tomada de decisões.		Adotar um modelo de gestão colaborativa e participativa, com envolvimento de todos os enfermeiros que exercem a supervisão de enfermagem, no processo de análise de problemas e propostas de soluções. Instituir reuniões regulares com os enfermeiros, com possibilidade de encontros periódicos remotos, para

		discussão de problemas, atualização de fluxos e processos, apresentação de demandas e acompanhamento da equipe.
Perfil da equipe de Enfermagem		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Cansaço com o setor, adoecimento, dificuldades em aceitar mudanças e cumprimento de normas e rotinas.	Acolher e escutar a equipe de enfermagem	Acolher cada servidor para identificar as possibilidades de auxílio em nível de coordenação e supervisão de enfermagem e, para demandas fora do campo de atuação desses, viabilizar apoio junto ao RH através do programa instituído no hospital PAS (Programa de Atenção à Saúde do Servidor) e junto ao Departamento de Saúde e Segurança do Trabalho-DESST.
Terapias complementares na Psiquiatria		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Implementação de propostas complementares ao tratamento oferecido atualmente aos pacientes; ampliação da oferta de serviços por equipe multiprofissional.	Analisar dentro da equipe os conhecimentos e habilidades dos servidores, enquanto oportunidade para compartilhamento de diversos saberes.	Integrar e compartilhar a demanda com a equipe médica, buscando análise e construção de um projeto terapêutico multidisciplinar para oferta de atividades terapêuticas possíveis dentro do setor, na área física disponível.

Promover a participação e integração do paciente no tratamento.	Criar assembleias com pacientes, como a prática instituída nos Centros de Referência a Saúde Mental.	Considerar abordagem de pacientes e familiares, para engajamento no tratamento através do acesso a informação. Propor construção de projeto sobre a adesão à terapia medicamentosa no domicílio, dentro dos princípios da GAM (Gestão Autônoma da Medicação).
Produção de conhecimento a partir dos resultados da pesquisa		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Apresentação dos resultados da pesquisa para a equipe médica e gerência hospitalar.		Organizar uma apresentação para divulgação dos resultados junto a coordenação de enfermagem da unidade e coordenador médico.
Educação Permanente		
Demanda dos profissionais	Propostas dos profissionais	Proposta da pesquisadora
Treinamentos específicos para a psiquiatria.		Identificar junto ao grupo de profissionais quais são as demandas específicas para treinamento. Estabelecer prioridades. Analisar em conjunto com a equipe da Educação Permanente do hospital.

Uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) é “melhorar a comunicação entre profissionais de saúde”, enquanto elemento essencial para a sustentação das ações para a segurança do paciente. Nesse sentido, a OMS considera o uso de tecnologias para otimizar esse processo, sendo a SBAR uma ferramenta para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde. Trata-se de um mnemônico para auxiliar os profissionais na transmissão de informações importantes na transição do cuidado do paciente e consiste em 4 sessões: S – *Situation*; B – *Background*, A – *Assessment* R – *Recommendations* (Pena; *et al.*, 2021).

Para a demanda, apresentada pelos profissionais, de construção de uma passagem de plantão sistemática, propõe-se uma adaptação dessa ferramenta às características da unidade, para definição das informações mais significativas a serem transmitidas na passagem de plantão, que contemplem: em “Situação - *situation*”, relato conciso da condição do paciente. Em “Breve história - *background*”, relatam-se as informações pertinentes do caso do paciente, como história prévia, hipótese diagnóstica, entre outros. Na “Avaliação - *assessment*” estratifica-se o caso clínico do paciente, fornecendo dados reais que suportem as tomadas de decisão. Por fim, em “Recomendação – *recommendation* -”, o enfermeiro recomenda ações à equipe de enfermagem mediante a análise das necessidades do paciente (Cornell *et al.*, 2014 *apud* Felipe *et al.*, 2022).

Quanto à demanda de promoção da participação e integração do paciente em seu tratamento, surge uma proposta pela pesquisadora de construção de um projeto para engajamento dos pacientes, por meio do acesso à informação, sendo a Gestão Autônoma da Medicação e seus princípios uma proposta para viabilizar e estimular o envolvimento do paciente no processo de cuidado.

Com origem em Quebec/Canadá, por alguns serviços alternativos de saúde mental, o Guia GAM - Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é um espaço para se dizer a respeito da medicação nos serviços e seu uso pelos pacientes. No Canadá, o objetivo central é o de diminuir o uso de psicotrópicos. No Brasil, aumentar o conhecimento das pessoas sobre estes medicamentos. É um processo de aprendizado que questiona, de forma respeitosa, as necessidades e vontades em relação aos medicamentos, preservando a autonomia dos pacientes no processo de tratamento. A intenção é apresentar os princípios da GAM aos profissionais, para coletivamente construir estratégias para preparar o paciente para a alta hospitalar e garantir

a adesão à terapia medicamentosa instituída, a partir do acesso a informação pelos pacientes (Guia da Gestão Autônoma da Medicação, 2012).

As propostas e estratégias apresentadas podem ser elementos importantes para a equipe de enfermagem, para a coordenação médica e de enfermagem da unidade psiquiátrica e para a alta direção do hospital, por trazerem possíveis benefícios para a prática profissional, especialmente, para o processo de administração de medicamentos, tendo em vista a segurança do paciente e dos trabalhadores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela compreensão de como ocorre o processo de administração de medicamentos no contexto da prática profissional da enfermagem na unidade psiquiátrica em um hospital geral, encomenda desta pesquisa, revelou importantes demandas para análise e nova perspectiva de ampliação para o conceito de segurança que permeia esse cuidado.

A articulação da instituição psiquiátrica com a prática profissional da equipe, enquanto determinante de comportamentos, sentimentos e interferências no processo de administração de medicamentos foi evidenciada ao longo dos encontros socioclínicos. Sentimentos diversos como angústia, exclusão e desvalorização profissional enquanto categoria, determinados pelo estigma fortemente presente no ambiente hospitalar e o pouco conhecimento que o hospital tem sobre os pacientes e profissionais da unidade psiquiátrica foram colocados pelos profissionais. Leitos psiquiátricos em um hospital geral atendem a um dos princípios da reforma psiquiátrica, mas é fato que ainda causam um estranhamento às demais equipes das outras clínicas.

O engajamento dos grupos no desenvolvimento da pesquisa, demonstra o movimento dos profissionais para se tornarem visíveis ao hospital e disponíveis para buscar alternativas e propostas para as questões levantadas coletivamente. A reflexão sobre a própria prática, a partir de um cuidado essencial da enfermagem, coloca em evidência um corpo de conhecimentos inerentes à formação profissional e às transformações possíveis no campo da administração de medicamentos, ao longo do trabalho nos encontros socioclínicos.

Sobre o processo de administração de medicamentos, a conduta da enfermagem em casos de recusa da medicação pelo paciente mostrou-se como um ponto frágil, pela ausência de protocolo e/ou orientação formal para toda a equipe. O esgotamento das possibilidades de manejo dos pacientes e a necessidade do cumprimento das prescrições fazem com que o comportamento e a prática de cada profissional, no processo de administração dos medicamentos por via oral, causem incômodo, insatisfação com a assistência prestada e questionamentos sobre desvios éticos. Reconhecem nessa conduta, quebra de princípios relacionados às boas práticas na administração de medicamentos, visto que se acentuam os riscos nesse modo de fazer. Identificam a mudança de via de administração como alternativa mais assertiva nessa situação e que demanda uma interação entre médicos e enfermagem de forma mais harmônica, dialógica e interativa.

O referencial teórico metodológico da AI permitiu a identificação de fatos, situações e aspectos que, por meio dos encontros socioclínicos, foram capazes de promover a fala e proporcionaram reflexões sobre a prática profissional, evidenciando os dois analisadores, os quais foram tratados como potentes temas que emergiram nos encontros.

O primeiro refere-se à Farmácia Hospitalar e seus processos, enquanto agente de interferência importante na prática profissional da equipe de enfermagem no processo de administração de medicamentos. A enfermagem se percebe impedida do exercício pleno de suas funções relacionadas à administração de medicamentos, pela perda de autonomia e desconfiança na retidão do cumprimento de suas tarefas, motivada por uma necessidade de controle no processo de preparo dos medicamentos em frascos multidoses para administração por via oral.

O segundo analisador refere-se ao modelo de gestão do cuidado instituído na unidade, em que se percebe dificuldades no processo de comunicação e o pouco envolvimento das equipes na capacidade de resolução de questões que surgiram como ponto de atenção e que repercutiram na prática da enfermagem. Trata-se de um modelo de gestão antigo, característico em serviços públicos e que remetem a um comportamento de autoridade formal, decorrente de nomeações por critérios políticos em detrimento a habilidades e competências necessárias para o cargo. A dificuldade em gerir a equipe de enfermagem se mostra presente e as normas impostas precisam ser obedecidas e conduzidas por orientações dos níveis hierárquicos superiores, apresentando-se como limites e dificuldades no cotidiano de trabalho. Há de se considerar a necessidade de formação de líderes para uma transição de modelo de gestão contemporânea e que possua atributos pessoais e técnicos que envolvam e acolham a equipe em outras demandas e necessidades.

O contexto hospitalar em que a unidade psiquiátrica está inserida e suas interferências sobre o trabalho da enfermagem revelaram-se como condições que contribuem para a possibilidade de erros e falhas no processo de administração de medicamentos. A segurança na administração de medicamentos relaciona-se não apenas ao cumprimento dos preceitos de boas práticas, conhecidos como “certos da administração de medicamentos”, mas por fatores diversos, apontados pelos profissionais, que interferem no modo de fazer, no cuidado prestado, na saúde do profissional e na satisfação com o trabalho.

O perfil da equipe, em que alguns profissionais se mostram cansados, refere-se a adoecimento, dificuldades em aceitar mudanças e cumprimento de normas e rotinas, refletem aspectos sobre as condições do grupo, enquanto equipe envolvida na assistência ao paciente.

As condições do hospital, no que se refere ao déficit de pessoal crescente, determina uma organização diária da escala para manutenção dos profissionais em um dimensionamento mínimo necessário para atendimento aos pacientes. As características do paciente, a complexidade variável de cuidados prestados e a estrutura física da unidade refletem a essência do tratamento oferecido em que a terapia medicamentosa se faz marcante na proposta terapêutica do paciente.

O relacionamento interpessoal e a comunicação entre médicos e enfermagem, constituem-se em componentes de interferência direta na prática profissional da equipe, em que se tornam visíveis o distanciamento entre os profissionais e a fragmentação da assistência. Entretanto, há indícios de comunicação eficiente e oportunidades de relacionamento próximo entre alguns profissionais, havendo benefício direto também no cuidado ao paciente. Os profissionais destacam a necessidade de valorização da fala, dos registros feitos pela enfermagem, enquanto compartilhamento de informações, pontos que podem ser articulados e melhorados na equipe. O processo de comunicação mais assertiva e comum às equipes pode ser um componente importante na interface entre médicos e enfermagem, enquanto possibilidade de prevenção de erros nas etapas de prescrição e administração de medicamentos.

Quanto às condições do ambiente de trabalho, o ruído e interrupções frequentes são presentes e não permitem a concentração durante o preparo dos medicamentos. A organização do trabalho da equipe obedece aos princípios do método funcional, com divisão das tarefas em que a medicação, em cada ala, fica sob a responsabilidade de um profissional apenas. Entendem como uma forma adequada, frente às características do setor em que o profissional responsável se dedica apenas a essa atividade, havendo, se necessário, colaboração dos demais colegas.

Medicamentos de uso domiciliar são apontados como fonte de possíveis erros de omissão de dose pela enfermagem, devido a forma de armazenamento em local separado dos demais, por não terem sido entregues pela família, falta de atenção ou por não terem sido identificados na prescrição. A conciliação medicamentosa, enquanto estratégia para diminuição de erros e maior segurança na transição de cuidados, pode ser uma proposta para atuação sistemática do farmacêutico hospitalar.

A equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem referenciam, como princípios presentes em sua prática na administração de medicamentos, especialmente: medicamento certo, paciente certo e dose certa, com destaque para a leitura da prescrição com foco na conferência mais de uma vez. Quanto ao paciente certo, que determina a identificação correta do paciente, tem-se uma dificuldade na manutenção da pulseira de identificação pelos pacientes da unidade, exigindo da equipe um manejo constante. Em contraponto, à medida que conhecem os princípios de boas práticas que podem contribuir para a prática segura de administração de medicamentos, identificam circunstâncias potenciais para erros nesse processo em que o desvio da atenção por condições do ambiente pode interferir nesse cuidado.

A cultura de segurança mostra-se frágil entre os profissionais, na medida em que os enfermeiros, responsáveis pela equipe técnica de enfermagem, entendem os erros como falhas dos profissionais por descumprimento de regras estabelecidas devendo ser tratados internamente. Para os técnicos e auxiliares de enfermagem, o medo de punição e medidas que afetem a vida profissional são parâmetros para que não haja a cultura de comunicação e notificação de eventos adversos e incidentes relacionados à assistência.

A equipe apresenta demandas específicas de capacitações para subsidiar melhor prática de enfermagem, em consonância às especificidades da unidade e características dos pacientes. Demonstram interesse em ampliar conhecimentos e elevar a qualidade da assistência prestada aos pacientes para compor um serviço de referência e excelência. Dessa forma, a educação permanente instituída no hospital pode ter um papel de importante contribuição nesse processo, em um trabalho conjunto para atender às necessidades desses profissionais.

Os encontros socioclínicos com a utilização de um dispositivo para análise da prática profissional e o encontro de restituição permitiram à equipe reflexões sobre a prática profissional e oportunidades de análises de novas formas de fazer o trabalho, de contribuições para formulação de propostas e alternativas para questões levantadas pelos grupos relacionadas à administração de medicamentos e para outras questões que se correlacionam a esse cuidado.

A produção desta pesquisa-intervenção, amparada no referencial teórico da AI, na vertente Socioclínica Institucional, permitiu o conhecimento de uma realidade instituída na unidade psiquiátrica a partir de um movimento de transformação coletiva e compartilhamento de vários saberes. O sistema de administração de medicamentos e aspectos relacionados à

segurança do paciente nesse processo foi conhecido e ampliado a partir da análise da prática profissional da equipe de enfermagem.

A intenção de “levar uma luz” para a unidade psiquiátrica, por meio da fala dos profissionais da enfermagem, que promovem a assistência aos pacientes, revelou um cenário antes desconhecido, mas que a partir desta pesquisa, pode haver um caminho para o conhecimento e reconhecimento desse “hospital”, dentro de um hospital.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. **Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política**. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política, Niterói, n. 3/4, p. 87-102, 1997.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. (Coleção Temas em Saúde)

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 6, p. 1090-1107, 2018 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?format=pdf>> Acesso em: 04 jul. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>> Acesso em: 27 ago. 2023.

ANACLETO, T. A. *et al.* Erros de Medicação. **Pharmacia Brasileira**, p. 2 -24, Jan./Fev. 2010. Disponível em: <https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf> Acesso em: 25 jun. 22.

ARCURI, E. A. M. Reflexões sobre a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos. **Rev Esc Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p. 229-237, 1991.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras Correntes: Teoria e Prática**. 6. ed. Belo Horizonte: FGB/IFG, 2012.

BORGES, F. A. *et al.* A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3114.3189>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicações/item/seguranaprescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC. nº 36, de 25 jul. 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013> Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC N. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html> Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC N. 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0067_08_10_2007.html> Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013c. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 20 set. 2023.

CAMERINI, F. G. *et al.* Avaliação da administração de medicamentos: identificando riscos e implementando barreiras de segurança. **Journal of nursing and health**, Universidade Federal de Pelotas, v. 12, n. 01, 2022. Acesso em: 04 jul. 2022.

CARSTENS, L. A. *et al.* GEASE: dispositivo de análise de práticas profissionais na humanização do ensino e da assistência em saúde. **Research, Society And Development**, v. 9, n. 7, e292973792, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3792>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informações Objetivas de Qualidade: Boas Práticas para a Qualidade dos Serviços de Saúde**. Ceará: Secretaria da Saúde, [s.n.], 2021. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2021/08/IOQN42021.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências**. D.O.U. 09 de agosto de 2002, Seção I, p. 185. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1640>. Acesso em: 20 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto nº 94.406/87**. 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 02 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Guia de Recomendações para registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de Enfermagem: **Resolução COFEN nº 514, de 5 de maio de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>. Acesso em: 19 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer De Câmara Técnica nº 0001/2021 CTLN/COFEN. Passagem de Plantão aos Profissionais de Nível Médio da Enfermagem**. 24 maio 2021. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-0001-2021-ctlm-cofen/>> Acesso em: 28 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer De Câmara Técnica nº 013/2015/CTLN/COFEN**. 22 ago. 2017a. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/parecer-no-0132015cofenctlm/>> Acesso em: 28 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen Nº 564/2017. Aprova novo Código De Ética Dos Profissionais De Enfermagem**. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html> Acesso em: 25 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016**. 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ (CREMEC). **Parecer CREMEC n ° 14/2021. 10/05/2021**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/CE/2021/14_2021.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

DIAS, I. K. S. *et al.* Uso de cetamina na depressão resistente ao tratamento: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 3, jul./ set. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/KXyvRwryMfHTVMRDHBMD7zN/?lang=pt#>> Acesso em: 25 jun. 2023.

DUARTE, S. da C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-154, jan. /fev. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/>> 13 set. 2023.

DÓBIES, D.V.; L'ABBATE S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 120–133, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611009>. Acesso em: 14 jun. 2022.

DÓBIES, D. V. Em busca de agentes inquietantes para os coletivos: uma revisão conceitual articulada à análise institucional. **Mnemosine**, v. 18, n. 01, p. 214-239, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/66396> Acesso em: 14 jun. 2022.

ECHEBARRENA, R. C.; SILVA, P. R. F. da. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, especial, p. 223-234, out. 2020.

FELIPE, T. R. L. *et al.* Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem SBAR (Situation-Background- Assessment-Recommendation): validação e aplicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 6, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/rK7G6VycSgQjmGQV77VfHPK/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 17 set. 2023.

FERREIRA, M. M. de M.; JACOBINA, F. M. B.; ALVES, F. da S. O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 1, p. 61-69, jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i1.208> Acesso em: 25 jun. 2023.

FINK, M. Psicobiologia do eletrochoque. In: LICÍNIO, J.; WONG, M. **Biologia da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 206-213.

FORTUNA, C. M. *et al.* A socioclínica institucional como referencial teórico e metodológico para a pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto e contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/KS6g7LfQqqQ88WtyRDJxSKN/abstract/?lang=pt#>> Acesso em 19 fev. 2023.

FRANCO, J. N. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 927-32, dez. 2010.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde)

GALIZA, D. D. F. de. *et al.* Preparo e administração de medicamentos: Erros cometidos pela equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 45-50, abril/junho 2014. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/v1/public/artigos/2014050205000528BR.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2022.

GALVÃO, E. F. C.; GALVÃO, J. B. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa. **Revista Ciências da Sociedade (RCS)**, v. 1, p. 54-67, Jan/Jun, 2017. Disponível em:

<<http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistacienciasdasociedade/article/view/373/292>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

GAMA, B. M. B. D. M. **Métodos de trabalho em Enfermagem**: Texto elaborado como Material Instrucional para a Disciplina Administração da Assistência de Enfermagem I. Curso de Graduação em Enfermagem: Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020.

GLUYAS, H.; MORRISON, P. Human factors and medication errors: a case study. *Art and Science. Nursing Standart*, v. 29, n. 15, p. 37-42, 2014.

GOMES, A. T. de L. *et al.* Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Natal, p. 01-11, jul./set. 2016.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 45 p.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.153-190. Disponível em:

<<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tpo=B>> Acesso em: 23 mar. 2021.

GUARDADO, R MA. *et al.* Medication errors in patients and their effects on the quality of medical care. **International Journal of Pharmaceutical Science Invention**, v. 6, n. 9, p. 56–62, Set. 2017. ISSN2319-6718. Disponível em:

<[http://www.ijpsi.org/Papers/Vol6\(9\)/J060905662.pdf](http://www.ijpsi.org/Papers/Vol6(9)/J060905662.pdf)> Acesso em: 22 fev. 2023.

GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Erotildes Leal; Analice Palombini; Octavio Serpa *et al.*

DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>> Acesso em: 17 set. 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*.

Washington, DC: The National Academies Press, 2000. Disponível em:

<<https://doi.org/10.17226/9728>> Acesso em: 19 fev. 2023.

ISMP Brasil. **Boletim**. v. 7, n. 1, p. 3-8, fevereiro 2018. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

ISMP Brasil. **Boletim**. v. 8, n. 1, p. 3-8, Fevereiro 2019a. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf>> Acesso em: 26 fev. 2023.

ISMP Brasil. **Boletim**. v. 8, n. 2, Março 2019b. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/04/boletim_ismp_30a_edicao.pdf> Acesso em: set. 2023.

KAVANAGH, C. Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. **British Journal Nursing**. v. 26, nº 3, p. 159-165, fev. 2017. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2017.26.3.159?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org>. Acesso em: 23 mar. 2021.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012. Acesso em: 25 jun. 22.

LIMA, D. W. da C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, jan. / mar. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/8YqJnqYJg69qRZc7pHZDHTs/?lang=pt#>> Acesso em: 13 set. 2023.

LIRA, C. B. C. de; OLIVEIRA, V. M. A importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 9, p. 89345-89355, set. 2021. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/35899/pdf>> Acesso em: 7 set. 2023.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. *et al.* Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, e2017 – 0029, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0029>>. Acesso em: 25 jun. 2022.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MARTINS, Á. K. L. *et al.* Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental. **Sanare**, Sobral, v. 10, n. 1, p. 28-34, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/140> Acesso em: 25 jun. 2022.

MATOS, A. *et al.* Assistência psiquiátrica prestada por técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 3, p. 618 – 625, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963 v12i3a25080p618-625-2018>>. Acesso em: 25 jun. 22.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/PdVp6pWJtfgXWnkg9HpDS3H/#>> Acesso em: 22 set. 2023.

MAURENTE, V. S.; TAKINADO, G. V. F.; MARASCHIN, C. Análise de Controvérsias no Campo da Saúde Mental a partir de uma Pesquisa-Intervenção: Para uma Política dos Fazeres em Campos de Saberes Heterogêneos. **Psico**, [S. l.], v. 45, n. 4, p. 568-577, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.17020> Acesso em: 25 jun. 2022.

MENDONÇA, S. M. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/RQDqMx5bgfkJNMp6vj75MBt/?format=pdf> Acesso em: 27 ago. 2023.

MIASSO, A. I. *et al.* O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, p. 354-363, maio de 2006.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. de B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 16-25, mar. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/mm3rP7kXngdSQMD7Fn67TJt/#> Acesso em: 13 ago. 2023.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação em saúde. *In.*: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONCEAU, G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, jan. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000100013 Acesso em: 25 jun. 2022.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/KvBdyhddzf6gkjWTZ5dTP6p/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 26 ago. 2023.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, mar. / abr. 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/tXdvKWGpyYDfKwCWMDHW3ZG/#> Acesso em: 13 set. 2023.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **HERE-História da Enfermagem: Revista Eletrônica**, p. 299-309, 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf. Acesso em: 21 fev. 2023.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RDWbWk4WjRFTqqX7Qgqjz5G/#> Acesso em: 22 set. 2023.

OLIVEIRA, D. C. A. N. de. *et al.* Boas Práticas para o cuidado e a segurança do paciente: Sistemas de Saúde seguros diminuem o risco de dano aos pacientes. *In*: CEARÁ. Secretaria da Saúde. Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde. **Informações Objetivas da Qualidade**, Fortaleza, n. 5, dez. 2021. [Documento técnico]. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2021/08/IOQ_5_BOAS_PRATICAS_PARA_O_CUIDADO_E_SEGURANCA_DO_PACIENTE_15.12.2021.pdf> Acesso em: 10 set. 2023.

OLIVEIRA, R. M. de; SIQUEIRA JÚNIOR, A. C.; FUREGATO, A. R. F. Cuidados de enfermagem ao paciente psiquiátrico e ao paciente de outras especialidades: percepção da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, abril 2019. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190046>> Acesso em: 25 jun. 22.

ORO, J.; MATOS, E. Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. **Texto e contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 500-508, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/qt9JzZ3crpZy94HCKSNwZ4D/?lang=pt#>> Acesso em: 13 ago. 2023.

PENA, M. M. *et al.* Emprego da ferramenta SBAR na transição do cuidado: uma técnica para a comunicação efetiva. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 11, dez. 2021. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3142>> Acesso em: 17 set. 2023.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, out./dez. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/cMmw8qyYBMKJBgJtrqv7CWh/?lang=pt>> Acesso em: 26 ago. 2023.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho e Educação em Saúde**, setembro 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200006>. Acesso em: 25 jun. 2022.

POLUBRIAGINOF, C.; CAMPOS, P. F. S. Enfermagem psiquiátrica: análise do Manual Cuidados aos Psicopatas. **Referência: Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 4, n. 9, p. 125-132, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388245833007.pdf>> Acesso em: 27 ago. 2023.

PRADO, M. F. do; SÁ, M. De C.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 320-337, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tBSnFh3BpD8xGZQH98zPb5M/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 27 ago. 2023.

RANG, H. P. *et al.* **Rang & Dale: farmacologia**. Tradução Gea Consultoria Editorial. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Disponível em: <<https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/2019/Abril/Farmacologia.pdf>> Acesso em: 26 fev. 2023.

ROMANI, M.R. ; MOURÃO, L.C.;ALMEIDA, A.C.V.; SANTOS, R.R.; BRAZOLINO, L.D.; LEITE, I.C.M.. A Prática Pedagógica do Enfermeiro na Emergência: Possibilidades e Desafios na Formação dos Futuros Profissionais. *Investigación Cualitativa en Salud*//Volume 2, ISBN: 978-972-8914-76-9. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/issue/view/20>. Acesso em 27 ago. 2023:

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa intervenção no Brasil. **Revista Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2014.

SALES, L. M. C. F.; ARAÚJO, B. R.; JESUS, E. H. de. Sistema de Medicação Hospitalar: análise do conceito. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, N. 36, p. 648-662, 2021.

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO DE SAÚDE (SGTES) (Brasil). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *In: GOV.BR.*, [s. l.], [2019?]. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pneps>> Acesso em: 13 set. 2023.

SEGURANÇA. *In: MICHAELLIS Dicionário brasileiro da língua portuguesa*. [S. l: s. n.], 2023. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/seguranca/>> Acesso em: 10 ago. 2023.

SILVA, P. R. F. da *et al.* Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n. 7, jul. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.19152015>> Acesso em: 27 ago. 2023.

SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-131, jan. 2002. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/download/4405/2342/14120>> Acesso em: 26 set. 2023.

SPAGNOL, C. A. *et al.* O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 02, jun. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JMhxphKkgwK8Pq3rsrQM4Sx/?lang=pt> Acesso em: 24 jun. 2022.

SPAGNOL, C. A. *et al.* Reflexões sobre um dispositivo de análise da prática profissional e sua possível utilização na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 53, e03434, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018004803434>. Acesso em: 25 jun. 2022.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, maio/ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012 Acesso em: 25 jun. 2022.

TESSER, C. D. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3jv43rc8SJQ88GpPrZR3q6t/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 03 jul. 2023.



VILELA, R. P. B.; JERICÓ, M. de C. Implantação de tecnologias para prevenção de erros de medicação em hospital de alta complexidade: análise de custos e resultados. **Einstein**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/56m5gPm38QwGPcNcJYkDcvD/?format=pdf&lang=pt.> Acesso em: 20 fev. 2023.

ZANETTI, A. C. G. *et al.* A medicação prescrita na interação hospitalar: o conhecimento do cliente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n. 6, p. 634-636, nov./dez. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600008> Acesso em: 03 jul. 2023.

APÊNDICE A

Convites Encontro Socioclínico e Encontro de Restituição

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

ENCONTROS PARA EQUIPE DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa: Em busca de um cuidado seguro na administração de medicamentos: análise institucional da prática profissional da equipe de enfermagem de uma unidade psiquiátrica

DATAS: 1º ENCONTRO 29/05/23
 2º ENCONTRO 06/06/23



HORÁRIO: 18 HORAS

LOCAL: AUDITÓRIO I DA EDUCAÇÃO PERMANENTE-MEZANINO

Orientadora: Prof. Dra Carla Aparecida Spagnol
 Mestranda: Enfª Sandra Rocha

Convite Encontro de Restituição

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

CONVITE

ENCONTRO DE RESTITUIÇÃO

(Devolutiva da coleta de dados da pesquisa)

Projeto de Pesquisa: Em busca de um cuidado seguro na administração de medicamentos: análise institucional da prática profissional da equipe de enfermagem de uma unidade psiquiátrica

TODA EQUIPE DE ENFERMAGEM

DATA: 27/06/23

HORÁRIO: 18 HORAS

LOCAL: AUDITÓRIO I EDUCAÇÃO PERMANENTE-MEZANINO

Orientadora: Prof. Dra Carla Aparecida Spagnol
 Mestranda: Enfª Sandra Rocha

APÊNDICE B

ROTEIRO ENCONTRO SOCIOCLÍNICO

1º Encontro

1. Apresentação da Pesquisa/Professora/Termo de Consentimento/Permissão para gravar/Dúvidas
2. Solicitar que todos façam uma breve apresentação (nome, a quanto tempo no hospital e na Psiquiatria)
3. Direcionar a pergunta ao grupo “Por que vocês aceitaram participar dessa pesquisa, estar aqui hoje...”
4. Solicitar que compartilhem “Como se dá a administração de medicamentos na unidade psiquiátrica na prática profissional de cada um...”
5. Encerrar com a informação da dinâmica do próximo encontro e a necessidade de algum voluntário para descrever uma situação real relacionada a administração de medicamentos na unidade psiquiátrica

2º Encontro

1. Iniciar com a restituição do encontro anterior, especialmente para novos participantes, se houver
2. Iniciar a condução do Grupo de Análise da Prática Profissional, inspirado nas premissas do GEASE – 4 etapas

Etapas:

- 1) Relato de situação: 15min
- 2) Perguntas para esclarecer a situação apresentada: 15min
- 3) Análise da situação pelo grupo: 45min
- 4) Avaliação do encontro: 15min

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ORGANIZAÇÃO E CONDUÇÃO DO ENCONTRO DE RESTITUIÇÃO

“Mural de Reflexões”

1. Seleção de trechos das falas dos participantes presentes nos encontros socioclínicos, identificados a partir da escuta dos áudios e que contenham reflexões que, para a pesquisadora, demandem mais aprofundamento por parte do grupo;
2. Organização dos trechos, considerados “verbetes” para apresentação impressos em folhas A3 numeradas;
3. Disposição dos verbetes impressos em um mural posicionado no centro da sala;
4. Solicitar a cada profissional que leia todos os verbetes expostos e escolha o que mais tenha lhe chamado a atenção, pedindo para que anote o número de identificação do escolhido;
5. Iniciar com um profissional por vez, solicitando que o mesmo diga o motivo da escolha do respectivo verbete e o que ele gostaria de aprofundar nesse tema;
6. Após todos se manifestarem, perguntar se mais alguém gostaria de complementar /compreender melhor alguma consideração feita por outro participante;
7. Agradecer a presença e participação de todos e encerrar o encontro

APÊNDICE D

TRECHOS SELECIONADOS PARA O ENCONTRO DE RESTITUIÇÃO

MURAL DE REFLEXÕES – EQUIPE DE ENFERMAGEM- PSIQUIATRIA	
1	<p align="center">“A psiquiatria é um hospital dentro de um outro hospital”.</p> <p align="center">“É um setor fechado, é um setor pesado, é um setor crítico.”</p> <p align="center">“A psiquiatria é um mundo completamente diferente de tudo que a gente já viu, mas o que a gente passou lá fora, a experiência que a gente tem conta muito.”</p>
2	<p align="center">“Não tem um funcionário ali, naquela psiquiatria que não esteja esgotado, porque a rotina está ali pra todo mundo e ultimamente ela tem sido pesada e ninguém está vendo isso. Muita coisa podia ser feita.”</p> <p align="center">“Nós convivemos com pessoas mais doentes do que o paciente, a pessoa é doente. A gente lida com profissionais de todo tipo.”</p>
3	<p align="center">“Não temos treinamento específico, porque é um setor específico. A gente fica fazendo esses treinamentos que nem se aplicam ao que a gente faz dentro do setor e é obrigatório fazer, pra nós isso é irrelevante, se eu for para um outro setor pode até ser que se aplique, mas aqui pra nós não e fica aquela coisa repetitiva.”</p>
4	<p align="center">“Deveria ser você da enfermagem a pingar e a farmácia olhar, seria a dupla checagem, o correto seria isso. Eu que tinha que fazer isso.”</p> <p align="center">“Tirou da Enfermagem uma competência técnica, da noite pro dia e passou pra pessoas que a gente não sabe o grau de formação e que a gente está sendo obrigado a submeter a isso e ir lá e pegar na mão dessa pessoa, uma função que seria nossa.”</p>

5	“O perfil para a psiquiatria: saber ouvir”.
6	“...sempre passei coisas que eu não concordava ou que não estava entendendo, as vezes eu mesmo ligo para o médico ou passo para a supervisão. Sinto muita liberdade com a supervisão, para questionar, para tirar dúvida, sou bem recebido.”
7	“Eu acho que a gente assume coisas que não está escrito em lugar nenhum que tem que fazer medicação à força. Parece que a gente tem que ser o herói, o paciente está ali, ele está na nossa mão e tem que tomar e não é assim.
8	“É um setor 100% medicação, é só medicação. Pronto, acabou. Não tem uma sequência, não tem uma interação, não tem um olhar mais humanizado para o paciente, não tem.”
9	“A gente não tem liberdade para falar disso, porque se você chegar nisso você vai ser punido. Se eu chegar na minha chefia, falar que eu fiz alguma coisa errada, eles podem até me suspender, me colocar à disposição ao invés de me ajudar. A própria folha de evento adverso, eles vão punir. A maioria das condutas são assim.”
10	“Passagem de plantão não tem. Eu acho super estranho, enfermeiro chega e vai lá para dentro receber o plantão. Por que essa equipe não está junta, entende?
11	“A gente não tem vontade de trabalhar, exatamente porque eu sinto que o que eu estou fazendo ali em muito pouco eu estou ajudando. Poderia fazer mais, mas estou batendo em uma barreira que não depende de mim. Não é só eu querer fazer, e quem pode fazer ou providenciar alguma coisa não está dando importância, nem presente está.”

APÊNDICE E

ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DE ACORDO COM AS 8 CARACTERÍSTICAS DA SOCIOCLÍNICA

CARACTERÍSTICA 1: ANÁLISE DA ENCOMENDA E DAS DEMANDAS

PG: O que me chamou a atenção, é porque a gente que trabalha na Psiquiatria, desde o momento que você conhece ou não o paciente, geralmente ele vem porque ele está em surto, não tem condições de estar no dia a dia dele, e a gente vê a dificuldade pra medicar. Às vezes o paciente chega tá alucinado, fica persecutório com a família, ali é um diálogo no dia a dia, é a equipe em volta pra tentar convencer o paciente a tomar medicação, que vai fazer bem pra ele.

PI: Um aprendizado e reciclagem. Medicamentos por exemplo eu trabalho de uma maneira que talvez não esteja correto, a tendência é melhorar.

PK: Então, tentar melhorar, o que é bom, ficar melhor ainda. Essa questão mesmo de aprendizado, novidades.

PEA: [...] eu acho que trazer a pesquisa especificamente para o nosso setor, ela vai até ampliar a visão que a gente tem para o hospital e para as demais áreas, também. É um movimento de valorização, não é?

PM: E o que a gente já cansou de pedir, de demandar é um treinamento de contenção, a gente usa isso praticamente todo dia. E cada um faz do seu jeito, não tem um padrão, não tem um protocolo... É um setor totalmente ignorado, de todos os jeitos, internamente e externamente.

DP: Não é comum trabalhar 12 horas, assistir 3 horas de aula e absorver um conteúdo que fez todo sentido pra mim. Tenho lido muito nos últimos dias sobre Análise Institucional e a cada texto, vídeo e explicação em aula fico mais propensa a enxergar meu projeto dentro dessa proposta teórica de abordagem qualitativa. Estou acreditando que vai dar certo. (03/05/22)

DP: [...] estou caminhando em direção contrária à proposta inicial do projeto. Buscava inicialmente analisar os eventos/incidentes relacionados a administração de medicamentos e os possíveis impactos no desfecho assistencial clínico dos pacientes. A mudança de olhar, sair do paciente e ir para quem executa o cuidado surgiu a partir dessa conversa inicial com a professora Carla Spagnol. Na ocasião, a mesma me deixou a vontade para não trabalhar com a Análise Institucional se eu não quisesse, mas hoje, durante a aula, pensei em várias possibilidades de ajustes para que eu possa usar essa metodologia. Transformar para conhecer... esse pode ser meu foco nesse projeto. (03/05/22)

DP: Preciso agendar um horário com a prof^a Carla, minha escolha está feita... daqui pra frente, agora que tenho claro que preciso entender a prática da equipe, envolver os enfermeiros do setor, para que possamos transformar o que está posto como realidade no campo da administração de medicamentos. Preciso que ela leia o que fiz nesses dias. Acredito que desde o início ela tinha certeza que seria esse caminho, esse referencial teórico que sustentaria a pesquisa [...] (09/05/22)

DP: O desafio agora é delinear um modelo de pesquisa que permita evidenciar a prática profissional de cada técnico de enfermagem em um contexto coletivo, bem como destacar a atuação dos enfermeiros que ali estão, desempenhando uma supervisão de enfermagem cujo modelo está estabelecido na instituição e que não assegura àquele grupo de pacientes e equipe de enfermagem, o suporte necessário. São movimentos que precisam acontecer e essa proximidade Enfermeiro – Técnico de Enfermagem, pode ser extremamente produtiva e sustentar uma prática segura no setor. (09/06/2022)

PEA: [...] Mas, o treinamento específico, que seria só da psiquiatria, realmente faz falta. Então, como conter um paciente? Como lidar com o paciente persecutório, o paciente que não quer tomar medicação, a gente vai fazer a força ou não, o manejo desse paciente, então, eu acho que o treinamento geral, ele é importante, essencial, a gente tem que participar, mas como a gente não tem um específico, dá aquela sensação de que a gente não está treinando para aquilo que precisava [...] (Encontro de Restituição)

ORIENTADORA: [...] Então acho que a ideia do trabalho é um pouco essa. Que a gente possa é, eu acho que as mudanças também não ocorrem da noite para o dia, não é essa a perspectiva da pesquisa da Sandra. É uma perspectiva mais da construção coletiva e de tentar olhar coletivamente para os fatores que atravessam todos os dias a nossa prática profissional. (Encontro de Restituição)

PM: [...] Só que não é só a equipe de enfermagem, e querendo ou não, quem realmente pode fazer alguma coisa dentro da psiquiatria, de mudanças grandes, são eles e também o objetivo que a Sandra falou de trazer o olhar da instituição para dentro do setor, porque o hospital não conhece a psiquiatria, o hospital tem medo de olhar para psiquiatria. Então assim, os administradores, os chefões, nunca entraram ali dentro. Então não sabem da demanda do setor e para a gente conseguir mudar grandes coisas, eles têm que olhar pra lá. (Encontro de Restituição)

PM: [...] Espero que esse trabalho da Sandra consiga isso, pra dar uma cutucada, a psiquiatria está lá, precisa ir lá conhecer, precisa olhar, saber o que está acontecendo ali dentro, porque nós estamos ali à parte, nós somos uma parte do hospital. (Encontro de Restituição)

PL: [...] para que o hospital entenda o que é uma psiquiatria, veja a psiquiatria. E que a partir de pequenas mudanças, como a PS também falou, que a gente possa construir sim, um perfil melhor, um local de trabalho melhor, uma assistência melhor, porque aí vai fazer sentido, realmente o nosso fazer lá dentro.(Encontro de Restituição)

CARACTERÍSTICA 2: PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS NO DISPOSITIVO

PL: Uma forma de cooperar com a sua pesquisa. Eu acho que é muito relevante e com essa proposta de jogar uma luz dentro do setor que a gente está trabalhando 12 horas e que vai mesmo trazer uma luz, eu penso em uma melhoria, uma nova visão no fazer.

PP: Eu gosto da medicação, se é para melhorar, mesmo eu estando perto de aposentar, eu tive curiosidade pra saber em que a gente pode melhorar. É um estudo que você está mostrando pra gente e a gente poder participar um pouquinho, saber o que a gente pode melhorar, sempre é bom.

PO: Porque cada projeto que você participa, você está aprendendo cada dia mais e as vezes vai ter alguma coisa que eu vou levar, não só vou deixar como também vou levar.

PN: Eu, por curiosidade.

PM: Eu achei interessante. Achei que é uma oportunidade igual você falou de sua intenção de aprofundar mais no conhecimento, talvez até da instituição mesmo sobre a psiquiatria, porque nós estamos ali isolados. Um hospital dentro de um hospital, porque o nosso ambiente é totalmente diferente de qualquer uma das alas do hospital. E o pessoal tem uma visão da psiquiatria de fora que não condiz com nada do que é lá dentro e até têm medo. Eu já tive medo da psiquiatria antes de eu conhecer a psiquiatria, mas não precisa disso... Mas é um assunto relevante, eu acho.

PH: Olha, eu acho esse assunto bem interessante, porque a medicação na Psiquiatria é bem mais complexo do que nas outras clínicas.

PJ: Olha, essa questão de estudos, eu sempre achei interessante, explorar novos caminhos e esse trabalho, com certeza vai trazer benefícios para o hospital, para a ciência, para a enfermagem em si e poder participar é a primeira coisa que me chamou a atenção e paralelamente a isso, é claro, estar contribuindo para uma colega de trabalho no estudo que você está desempenhando.

PEF: Acho que vai ser um ganho o que vai ser discutido aqui, vai ser algo que vai trazer pra gente também, né, conversando um pouco, vai ser realmente uma troca, não só uma troca de gentileza, mas experiência, entendeu?

PEE: [...] a pesquisa que você faz, depois tem um resultado e você consegue ver várias coisas com aquilo que você pesquisou, isso vai contribuir, pra quem está estudando, para quem foi o setor avaliado, então acho bem bacana.

PEA: Eu gosto também, principalmente quando você falou que queria fazer uma pesquisa lá, pra você que vem lá de dentro, né? Eu acho que para nós é um privilégio, porque a pesquisa ela traz pra nós, ideias novas e um norte também do que está acontecendo e possibilidade de mudança, porque às vezes a gente enxerga coisas que no dia a dia a gente às vezes até vê que não está legal, tem que ajustar alguma coisa. Mas quando você tem uma coleta de dados, uma análise científica dentro daquilo, isso facilita você ter uma visão crítica da situação e fazer uma mudança mais ativa, que vai trazer um benefício maior para o setor e em se tratando especificamente da psiquiatria [...]

PEA: “Nossa gente, dá vontade de comentar todos. Muito interessante, muito legal [...] (Encontro de Restituição)

PL: [...] o fazer mais, acho que implica em envolver vários saberes, uma interação bem homogênea, assim bem forte da equipe em todos os saberes. Acho que teria que pegar essa equipe, que é uma equipe boa, que é uma equipe que tem muita bagagem e fazer um apanhado disso tudo para que a gente pudesse abrir o leque para implementar novos saberes, implementar novas possibilidades de um acolhimento mais humanizado para esse paciente. (Encontro de Restituição)

PM: Não, eu só tenho a agradecer, gostei de ter participado, falei o que eu tinha que falar mesmo, falo com o chefe, médico, falo com os colegas [...] (Encontro de Restituição)

DP: Solicitei que dissessem o motivo do aceite para participar da pesquisa, percebi em todos uma grata satisfação por terem sido envolvidos nesse processo e que valorizam muito o tema abordado. (24/05/23)

DP: Os enfermeiros se organizaram para discutir qual situação seria apresentada ao grupo para análise previamente, mostraram-se envolvidos e dispostos a atender a proposta do encontro. Dessa forma optaram pela apresentação coletiva de uma situação ocorrida no hospital, a partir de uma demanda gerencial que envolvia o fluxo de medicamentos em frascos multidoses, incluindo diversos medicamentos e especialmente psicofármacos com administração por via oral. (05/06/2023)

CARACTERÍSTICA 3: TRABALHO DOS ANALISADORES

ANALISADOR FARMÁCIA HOSPITALAR E SEUS PROCESSOS

PK: [...] É um setor crítico porque a gente cumpre essa tarefa, mas muitas coisas interferem nisso, tipo, serviço de farmácia, prescrição feita às vezes de uma forma que não está fácil de entender ou a farmácia não entendeu e não dispensou, conforme tinha que ser, ou então a gente tem que logo procurar saber porque tipo assim, não tem uma continuidade do dia para a noite [...]

PJ: A dispensação das medicações é até interessante, a gente já chega e as medicações já estão lá conferidas e assinadas pelo plantão anterior e a gente vai conferir para o próximo plantão. Então, eu acho que essa dinâmica é favorável, imagina se eu chegasse e tivesse que ir lá na farmácia como era antigamente. A gente tinha que conferir medicação por medicação, depois levar para o andar, para fazer ainda a separação [...]

PH: [...] Quem manda aqui é a farmácia [...]

PP: Aquela dupla, pra checar duas vezes, no caso da farmácia passou direto, porque ele prescreveu a mesma medicação para as 08 e 10 horas e ela liberou e parou na minha mão.

PO: Tem gente que nem confere, pode colocar aí [...]

PP: Quando tinha as gavetinhas estava mais seguro.

PO: Cada paciente você tem que colocar o MASP e a senha, se nosso acesso fosse igual ao da farmácia seria mais fácil.

PQ: A farmácia ser no 4º andar facilitou muito para o atendimento às urgências, mesmo tendo que passar crachá, abrir porta, fechar porta [...]

PQ: [...] Nós não temos reserva nenhuma dentro da unidade [...]

PQ: Não sentaram com a gente, não conversaram. Porque quem está lá, o atendente de farmácia, não sei o nome que dá àquele profissional que me entrega a medicação, não sei qual o grau de instrução dele, mas quem administra a medicação, a gente que faz um curso e entende um pouco de administração de medicação, de preparo, é a enfermagem. E o outro, que está lá do outro lado do balcão, preparar, sem ter tido uma conversa do por quê? Eu fiquei muito indignada e continuo com a indignação até hoje.

PR: A instituição quando não acredita que aquele profissional que ela tem é capaz de pingar uma gota e administrar ao paciente, se eu não tenho condição de pingar eu não tenho condição de administrar, isso é quase suspeitando da competência, da ética da gente, eu penso assim.

PR: Qualquer problema que exista, que já existiu e que estão prevendo que possa existir com essa conduta, não justifica o atendente de farmácia pingar pra gente. Acho que tinha que ser conversado o problema, discutido a situação, o problema de gotas, de menos ou mais, conversar com quem é de direito pra corrigir.

PR: Por que eu não tenho competência para pegar um vidro e pingar um rivotril, mas posso pegar uma seringa, diluir um antibiótico perigoso e ir lá injetar na veia do paciente [...]

PR: [...] Eu me sinto constrangido de ir na farmácia e aqueles meninos que não tem formação nenhuma ter que pingar as gotinhas pra mim que já tenho não sei quantos anos, que já estudei, o que eu já fiz e não poder pingar as gotinhas, porque eu não tenho capacidade [...]

PQ: Tirou da Enfermagem uma competência técnica, da noite pro dia e passou pra pessoas que a gente não sabe o grau de formação e que a gente está sendo obrigada a submeter a isso e ir lá e pegar na mão dessa pessoa, uma função que seria nossa [...]

PQ: Eu nem sei se houve alguma luta pra não perder, porque foi imposto e foi acatado por quem é de autoridade acima de nós técnicos, porque acatou, eu não vi ninguém acima de nós em competência fazer alguma coisa, só comunicaram. Considero o mais agravante de tudo que nós perdemos, foi tirado.

PH: A competência na vigilância desse medicamento deveria ser da farmácia, ficar com eles, um serviço a menos pra enfermagem.

PS: Quem garante que agora a conta esteja certa, quem garante que alguém não esteja usando. E agora a conta está fechando?

PEA: [...] Então, acaba sendo uma imposição mesmo entre a farmácia pra gente fazer. E aí teve que ser feito e ficou, aí o tempo passou os ânimos se acalmaram, mas ficou desse jeito. Mas continua assim, a farmácia pinga, ele não é técnico, ele é um funcionário, não tem formação na saúde.

PEA: [...] E aí continua sendo assim, aí ele pinga na frente do técnico de enfermagem, anota lá na prescrição, anota o nome de quem pegou, o nome de quem foi buscar e aí foi assim que eles arrumaram esse jeito de fazer o controle, né?

PEA: A gente entende que assim, é uma situação até constrangedora para a enfermagem, você pensar que uma pessoa que trabalha dentro da farmácia, que nem é necessariamente um técnico de saúde, técnico, de enfermagem, técnico de farmácia, muito menos um Farmacêutico, ele é apenas um funcionário contratado pela farmácia. Ele não tem formação em saúde, ter que pingar a gota que você vai administrar, não é? Então isso trouxe assim um sentimento de revolta muito grande para a equipe de um modo geral no hospital. Mas o motivo era o que é? A prescrição não batia com o tempo de medicamento, então assim o frasco estava acabando muito antes e, se estava acabando antes, é porque estava pingando a mais e quem pegava era enfermagem. Então ficou um sentimento muito ruim, mesmo quando se a enfermagem tivesse pingando a mais, não é? E o frasco está acabando por causa disso, então eles optaram por isso.

ANALISADOR GESTÃO INSTITUÍDA NA UNIDADE

PM: Mas é coisa que não depende de mim movimentar nada pra isso acontecer, e quem depende não põe vista nisso não, infelizmente é isso acontece aqui. Os coordenadores, os médicos [...] o papel de médico ali se restringe a fazer uma prescrição.

PL: Eles falam, nós somos uma equipe, uma equipe aonde se a cobrança só cai nas nossas costas, uma equipe que trabalha isoladamente, não está nem aí para o que você fala.

PM: A gente não tem vontade de trabalhar, exatamente porque eu sinto que o que eu estou fazendo ali, muito pouco eu estou ajudando. Poderia fazer mais, mas estou batendo em uma barreira que não depende de mim. Não é eu querer fazer, e quem pode fazer ou providenciar alguma coisa não está dando importância, nem presente está.

PM: Mas assim, cheguei a ir no RH para conversar com aquela psicóloga para fazer o papel, aí está dependendo daquele coordenador de enfermagem geral que eu não sei como ele chama. Mas aí enquanto isso eu estou ficando.

PL: Mesmo se a gente fizer alguma proposta também Sandra, não tem sequência, não tem ninguém que queira escutar: vamos fazer uma coisa diferente?

PM: Não tem um funcionário ali, naquela psiquiatria que não esteja esgotado, porque a rotina está ali pra todo mundo e ultimamente ela tem sido pesada e ninguém está vendo isso. Muita coisa podia ser feita.

PM: [...] Só que a gente não está fazendo o que a gente podia fazer para contribuir com a melhora dele, não. Mas não porque a gente não quer fazer. Nós, infelizmente, somos os últimos da fila, porque a gente só recebe ordem.

PH: Você está num setor, aí você quer transferência para a psiquiatria, aí eles perguntam como você trabalha lá, se você é um bom profissional lá, aí você preenche uma folha, eles olham, mas você não vai conversar com o psicólogo pra saber se você tem perfil para trabalhar na psiquiatria, se você é uma pessoa que é portadora de algum problema, você não tem um exame psicotécnico para fazer, não exigem pré requisitos para a psiquiatria.

PH: Falta muita humanização no hospital, os funcionários adoecem, nós somos uma vida que cuida da vida. Mas para cuidar do outro você tem que estar bem. Tem muitas pessoas que não estão bem.

PH: Falta acompanhamento de psicólogo, a gente não tem Medicina do Trabalho, pra te acompanhar, pede consulta de rotina, exames laboratoriais, mas não é só laboratorial.

PH: Você é humano, você pode um dia adoecer. Eu acho que falta esse lado do reconhecimento do profissional, ver que o profissional adocece, que ele precisa de ajuda, não é um robô.

PQ: Perdeu a importância, a valorização [...]

PL: Mas o que precisava com urgência, para nós, para o hospital todo é cuidar de quem cuida. A gente não é cuidado, a gente não tem nada, o hospital, a instituição não oferece nada para você ser cuidado. O hospital não olha para quem faz, entende? Nós somos os que executam e nós não somos vistos. E, para quem trabalha na psiquiatria isso é mais pesado, a gente está vendo o adoecer de muitas pessoas ali, cada dia aumentando mais porque você não foi olhado, você não foi direcionado, você não se cuidou, não teve ninguém que te viu.

PL: É o olhar tinha que ser outro, precisa urgentemente fazer uma repaginada ali.

PQ: O mundo sabe quem é que faz, mas você fecha os olhos e põe uma situação pra todo mundo passar a vivenciar por não conseguir gerir aquele que fez.

PQ: Eu nem sei se houve alguma luta pra não perder, porque foi imposto e foi acatado por quem é de autoridade e acima de nós técnicos, porque acatou, eu não vi ninguém acima de nós de competência fazer alguma coisa, só comunicaram

PR: Pune uma equipe toda, como incompetente e irresponsável, por às vezes um problema de um ou dois.

PQ: Não senti que houve um envolvimento dos nossos superiores, quem deveria estar junto com a gente, que abraçasse essa causa, que discutisse e nos trouxesse uma explicação plausível pra que a gente continuasse aceitando. Simplesmente foi imposto, foi nos tirado uma competência nossa e a gente teve que acatar.

PM: Quantas e quantas vezes que ligam pra gente ou para o enfermeiro de plantão, que nem dá notícia das coisas, porque a maioria fica lá dentro da sala

PEA: Então, às vezes a gente vê umas tomadas de decisões assim, do hospital, da farmácia e que a gente tem que aceitar do jeito que eles colocam e foi algo repentino, né?

ORIENTADORA: Mas só pra entender um pouquinho essa questão da tomada de decisão. Vocês têm que aceitar como que é isso? Vocês não, não discutem, não tem um local onde vocês possam levar essas questões do processo de trabalho para discutir. Porque assim tem, tem que aceitar tudo que vem de cima pra baixo?

PEA: Algumas situações participam, mas assim, particularmente, por exemplo, a gente, enquanto supervisão, não. Às vezes há uma comunicação com o coordenador, mas muitas dessas coisas igual, por exemplo, é a mudança de corte da prescrição. Foi uma coisa também que chegou até nós, que antes era 22 horas e passou para 17. Não é? Quando era 22 horas, era o plantão noturno que trabalhava com 2 prescrições, e quando passou pras 17h, o plantão diurno. Então, assim que essas mudanças chegam até nós. Eu não sei se a coordenação recebe.

PEB: Houve várias discussões sobre isso. Não foi algo que nasceu num dia e começou no outro. Houve reuniões técnicas, a nível de diretoria, médicos e coordenação de enfermagem com seus gerentes, e todos os outros fatores. Não foi nada que nasceu de um, todos aceitaram. Quando chegou na enfermagem dos que estão ali no front de batalha, dá-se a entender às vezes que foi imposto, mas não foi.

PEB: Não, nós coordenadores não temos ação, estamos mais para obedecer do que exercer comando, ele não é nosso. Ele vem da Diretoria e da Gerência Técnica. Que seria importante dar ouvido a quem tem poder. Isso precisa mudar. Mas tem algumas coisas que frustram, né? E acaba a equipe recebendo um impacto grande ou pequeno, mas acaba impactando.

ORIENTADORA: Agora, eu acho que o PEB trouxe uma coisa importante, Sandra, que é aquilo que está instituído, o que é a norma? E aí ele fala assim, mas aí tem as pessoas. Uma coisa é aquilo que tem que cumprir, que está posto, que é a norma, não é? Mas aí tem as pessoas. Como assim, né? Explica um pouco melhor essa questão.

PEB: Gerir pessoas é complicado. Os supervisores, nós, fazemos gerência das pessoas. Por mais que a gente não queira estamos fazendo gerência delas. Então você observa a hora que ele chega, você observa a saída do setor, você observa se ele está atento aos horários daquelas ações que ele tem que ter junto ao paciente, você observa a atitude dele dentro das complexidades que aquele dia de trabalho vão oferecer, da agitação, da necessidade de estar fazendo parte daquele atendimento que não tem jeito às vezes de fazer sozinho. Por mais que você não esteja ligado na sua rotina, você está também ligado nessa rotina do outros. E aí vai entrar um segundo ato, que são as relações interpessoais, que é a voz de comando que eu tenho que dar àquela situação que está ali, um disforme daquele trabalho e aí eu vou ter um segundo problema que é a recepção da pessoa. E aí, ele vai querer se colocar que a minha forma de trabalho, é essa, aí vai fazer a sua autodefesa e vai passar para o outro que não me ajuda, o outro só fica sentado, só fica no computador, porque só chama minha atenção não chama do outro, e esses são os ditadores dos outros, a gerência do pessoal. E eu não posso perder esse foco, eu tenho que estar ligado para não deixar que ele se torne uma fogueira que vai dividir o grupo, que vai produzir problemas

PL: Porque não só aqui como em outras instituições, a gente vê que o profissional não é olhado, a gente não tem um olhar humanizado de cima para baixo. Então, assim a gente também precisa ser cuidado. Eu só posso dar o que eu tenho então se eu sou bem olhada, eu também vou olhar de forma cada vez melhor, mas se eu não sou olhada, se sou olhada como uma máquina para dar remédio, para olhar a pressão... Nós também temos uma grande possibilidade de adoecimento. Todos nós vamos adoecer. (Encontro de Restituição)

PM: Eu queria só falar uma coisa dentro disso tudo, de todos nós que estamos aqui, eu sou a mais velha na Psiquiatria, tem 13 anos que eu estou dentro da psiquiatria. Eu peguei a psiquiatria em 3 fases diferentes: 11 andar, quarto e quinto e agora o quarto andar. Eu peguei vários profissionais, várias equipes e vários jeitos da psiquiatria. A psiquiatria funcionava lá, no 11º andar, por causa da equipe, por causa do gestor, gestora na época, porque ela realmente cuidava da psiquiatria e dos pacientes. Era uma profissional humanizada. Então, a psiquiatria tinha espaço, tinha profissionais para atender as demandas dos pacientes, era uma beleza. Hoje em dia nós não temos nada. Nós não temos um gestor que olha pra psiquiatria, infelizmente, eu acho que isso é o problema mais grave, porque se o maior de lá, não olha para lá ninguém mais vai olhar (Encontro de Restituição).

PM: [...] E é isso que frustra, porque é coisa que não depende da gente enfermagem fazer. Depende de quem está acima, mas quem está acima não está olhando para isso. Então é esse tipo de coisa que eu acho que é o maior problema ali, que precisa de ter um olhar direto mas que não está tendo. A gente pode falar aqui várias coisas, dar várias ideias mas se uma pessoa que precisa autorizar e implementar não quiser, não vai (Encontro de Restituição).

PM: O enfermeiro realmente está entre nós, técnicos e o médico. Então tem coisas que você vai sim chegar para o enfermeiro e ele vai ter que resolver [...] (Encontro de Restituição)

PEB: Mas às vezes tem que mudar as pessoas também, as pessoas cansadas tem que sair, sabe? Às vezes, os cansados tem que entender que chegou o fim dele. Às vezes tem que pensar num novo horizonte, e isso passa por mim. São situações que precisam ocorrer, que vão ocorrer e mudança pode ser uma troca de camisa, uma troca de pessoa. (Encontro de Restituição)

CARACTERÍSTICA 4: ANÁLISE DAS TRANSFORMAÇÕES QUE OCORREM À MEDIDA QUE O TRABALHO AVANÇA

PI: Medicamentos por exemplo eu trabalho de uma maneira que talvez não esteja correto, a tendência é melhorar.

PS: Antigamente eu abria todos os medicamentos e o paciente perguntava o que é isso e eu dizia, não sei, já abri. E a XXX não, ela abre na hora para os pacientes e diz o que o paciente está tomando, mesmo que o paciente seja psiquiátrico, então eu mudei, faço como ela.

PEA: [...] Sim, eu acho que, na verdade, todo esse quadro é possível mudar, sabe? É claro que não é fácil, porque se não, não chegaria a esse ponto, mas eu acho que é possível porque volta naquilo que a gente ouve: barreira, muita coisa poderia ser feita mas quem tinha que

tomar providência não estava presente... eu acho que a gente não muda isso rápido, não é da noite pro dia, é um processo [...] (Encontro de Restituição).

PEB: [...] mas entendo que cada um tem que assumir o seu papel, tanto quem está falando quanto os que estão ouvindo, tem que assumir seus papéis, fazer o seu melhor, atender, atentar para aquilo que está falho, naquilo que eu falho tentar consertar. Naquilo que eu não consigo consertar eu tenho que ter um ouvido para aprender e às vezes tem até que ter ouvido para sair. Então acho que são situações reais e precisam ser tratadas, com o devido cuidado e respeito e buscando sempre essa qualidade para todos que executam o trabalho e aqueles que eles recebem. (Encontro de Restituição)

PS: [...] Essa, essa pesquisa ela faz com que, por exemplo, assim, é bom dar continuidade, porque de repente você está acostumado aqui no, medicar, fazer isso, fazer aquilo, aí vem uma pesquisa e você, não só abre o leque, mas pelo menos você parar para pensar: olhe eu posso mudar isso. Olhe eu estava acostumada a fazer isso, mas o que eu posso fazer para melhorar, eu sei que não vou mudar lá de cima. O que eu posso fazer dentro do meu mundo? Vou escutar melhor, vou ter um tempo para escutar o paciente, escutar o meu colega... você dá aquela parada agora e fala eu posso repensar isso aqui. Porque eu já falei que eu ia mudar, ainda não mudei totalmente, mas ... eu sou ser humano.(Encontro de Restituição)

CARACTERÍSTICA 5: TRABALHO DAS IMPLICAÇÕES PRIMÁRIAS E SECUNDÁRIAS

PN: Eu já vi colegas meus forçando paciente a tomar medicação e eu falei, falei com todo mundo, falei com os enfermeiros na época, com o coordenador, que eu não vou participar disso. Se eu for dar uma medicação, paciente não está aceitando, pode me dar advertência que eu não vou participar, eu vou sair fora e saio mesmo. Por essas questões que a gente está falando, a gente não tem preparo para isso.

PN: Isso já determinei para mim mesmo, eu não participo porque isso me incomoda. Eu já acho errado, é mais do que me incomodar. Há outras vias.

PN: Eu não consigo carregar o peso de um paciente e as pessoas enfiando remédio na boca dele, esse peso eu não consigo.

PJ: [...] Então, restringe-se à medicação, mas eu percebo, a gente percebe com certeza que eles às vezes tem outras necessidades e a gente não dá conta de suprir e que também nem seria o nosso papel, a psiquiatria hoje em dia não tem um profissional de apoio. Ah, tem uma

psicóloga lá, de vez em quando eu vejo uma psicóloga lá. Mas eu não sei como é o atendimento dela durante o dia antes tinha uma sala de atividades, tinha, é profissional que acompanhava que chamava os pacientes, proporcionava alguma distração dentro do setor, né?

PN: Mas eu acho que isso é uma função da gente também, só que como não é colocado, eu não me atrevo, porque eu vou tocar em assuntos muito valiosos para aquele paciente.

PN: Uma vez tive um paciente totalmente derrotado, não estava chorando, fui dar a medicação pra ele e ele me disse, não vou tomar, eu te agradeço, é sua função, pode anotar lá, eu não vou tomar. O que você faz? Eu me senti mal. A única coisa que era minha função eu não tive êxito que era dar a medicação, ele recusou. Na hora de eu ir embora ele estava lá, com a mesma cara da madrugada, ele não dormiu, não me chamou. Despedi dele, no outro plantão ele tinha ido embora. A sensação que eu tenho é que ele tomou a decisão dele, porque ele nunca mais voltou.

PN: Essa questão de chegar e dar medicação me transformou num simples trabalhador de produção. Porque nem a medicação que você entende, nem isso você pode dar ideia, está zero sentido pra mim, sem sentido.

PN: Porque pra mim a questão é, o tempo que já venceu, eu sinto isso e, na psiquiatria reforçou porque se eu já tinha zero relevância, na psiquiatria eu tenho menos do que zero. É o meu sentimento. Não desvalorizo a função, mas eu me sinto impostora parece que todo o seu treinamento, todo seu preparo, anos de experiência e tal que você teve para chegar num ponto que... nada. É isso, é a sensação que eu tenho.

PN: O que eu falo além do que eu penso? O que eu vou conversar com o paciente quando ele me fala de Cristo, onde eu posso ir? A gente não tem esse preparo.

PN: Paciente com depressão profunda, ele quer conversar, mas ele nega, se esconde, fica quieto, mas ele quer. Você chega pra dar um comprimido ele chora, já está te envolvendo, ele quer falar alguma coisa. O que eu posso falar? Ou o que eu não posso falar? Eu tenho uma opinião própria a respeito da vida, eu vou falar com ele? Eu tenho os meus valores, eu vou falar que os valores dele estão errados? Eu vou julgar os valores dele? Essa é a minha questão principal. Eu me sinto impotente.

PF: Quando a gente recebeu o seu convite sobre medicação, eu sempre, na maioria das vezes eu fico muito na medicação. Eu gosto de fazer medicação. Aí, tipo, assim, igual tem alguns pacientes que, como é muito recorrente, vai ficar um tempo em casa, retornando a gente já conhece ele. A gente sabe mais ou menos o que ele toma, o que surte efeito. Dependendo da medicação que vai ser feita ali, o paciente tem uma melhora, assim, drástica e rápida, e a gente comemora junto, porque a gente sofre muito com paciente às vezes, né?

PG: Eu não te conhecia, mas os meninos falam de você, do seu trabalho no setor... É muito gratificante você ver o paciente que chega e não consegue fazer nada sozinho e a medida que você faz a medicação correta pra ele, que vai ser adequada pra ele, chegando no eixo, no seu "eu".

PQ: Sinceramente por ser você, só. Gosto da forma como você trabalha, tivemos oportunidade de trabalhar lá em cima juntas, então, vou participar.

PS: Ah, pra ajudar, vou lá participar, vou ajudar a Sandra.

PN [...] agora eu estou falando isso aqui de bobagem, porque eu tenho interesse zero por isso, pela enfermagem, eu estou naquele limite de sair.

PQ: Eu não tenho expectativa de melhora não, já estou para aposentar, gostaria de falar diferente, se não pudesse ser igual ao que já foi, porque já foi muito melhor, quando o paciente era assistido de uma forma mais holística que pelo menos estivesse caminhando pra isso, mas infelizmente eu não tenho essa expectativa.

PH: Tem muita coisa que não é questão de medicamento, eu tenho a minha convicção, não sei das outras pessoas, tem muitas coisas que é familiar, religiosa, que a gente vê que é extra ciência. São coisas que nem o cérebro ali traz aquele comportamento pra ele, é do além.

PR: Mas eu volto a repetir, por mais que a pessoa esteja naquele sofrimento ali, ele é humano.

PO: Eu acho que a medicação aqui é o principal, não é uma medicação exagerada, mas é o que nós temos. Porque é um corredor, só tem medicação mesmo. A gente está lá nas 12 horas pro que der e vier.

PF: Às vezes eu saio daqui como se eu tivesse lutado o dia todo, fui pra guerra, saio com a cabeça muito cansada, mas a escolha é minha.

PK: O perfil para a psiquiatria: saber ouvir.

PP: Já foi uma dança das cadeiras ali que agora está mais equilibrada.

PR: Não sei, eu na Psiquiatria estou ficando cada vez mais sensível, mas eu sempre pensei. Não sei, eu tenho um familiar com necessidade especial, levei ele um dia numa escolinha, tipo APAE, para criança especial e, ele não estava acostumado, deixei ele lá e ele arrumou um desespero e agitou, cheguei lá, FUI ver o que está acontecendo, tinha uma confusão lá, estavam pegando ele pelo pescoço, seguraram ele, foi horrível.

DP: Já é de conhecimento do coordenador e de 2 enfermeiros o tema do meu projeto e foram bem receptivos a minha proposta de estudo, de fato, realizar minha pesquisa nesse ambiente me traz grande satisfação, me sinto parte do setor e sei que posso estimular reflexões na equipe sobre essa prática tão importante.

DP: As aulas com a professora Carla poderiam ser diárias... com certeza eu estaria bem melhor... difícil organizar as ideias que ainda estão amadurecendo diante de um referencial teórico tão complexo e novo para mim... Sair do final e ir para o começo: esse é o caminho que estou fazendo. Saindo do pensamento de que o mais importante era analisar o desfecho assistencial clínico dos pacientes potencialmente expostos a eventos/incidentes relacionados a administração de medicamentos, para me aproximar dos atores que executam essa técnica.

DP: Tenho uma relação profunda com a equipe da psiquiatria do hospital. Conheço todos, profissionalmente pela rotina de trabalho juntos... Isso me faz pensar no quanto sou e estou envolvida com esse setor, com esses colegas de profissão, com essa temática que tanto me agrada e com o paciente que é tão importante para mim [...].

PL: Se a gente não se cuidar, se a gente não se olhar, se a gente também não, tiver o olhar mais humanizado como profissional, como pessoa, cada pessoa com sua característica, com suas habilidades e com sua falta de habilidade.

PEA: [...] a gente tem que ouvir a opinião dessas pessoas, elas têm que se sentir à vontade para falar, a gente precisa escutar, eles precisam falar, todo mundo precisa falar pra gente tentar chegar num local ideal para trabalhar, porque isso tudo reflete no paciente. A gente não consegue entregar o nosso melhor trabalho. Se a gente está doente, se a gente está esgotado, se a gente só pensa em medicar e acabou meu plantão agora estou tranquilo, já fiz o que eu tinha que ter feito. (Encontro de Restituição).

PEA: [...] talvez pelo fato de vocês serem pessoas neutras, eles ficaram mais à vontade para expor, porque às vezes a gente até tenta falar, puxar alguma coisa, fazer alguma reunião, mas não sai dessa forma. (Encontro de Restituição)

PM: [...] A gente pode, se igual a PS falou, se cada um se comprometer a fazer o seu melhor enquanto estiver ali dentro, já melhora muito, né? (Encontro de Restituição)

PL: Eu quero agradecer a Sandra. Eu penso que o olhar diferenciado, a Sandra foi nossa supervisora dentro da psiquiatria, num período lá com a gente e ela teve um olhar diferente. Ela pode analisar e pensar numa estratégia de defender o trabalho levando essa luz para onde a gente está e eu me sinto privilegiada, pelo tempo que nós caminhamos juntas lá e por por ver que alguém passou por lá e olhou com esse olhar para o setor, para os funcionários, para os pacientes. (Encontro de Restituição)

DP: [...] Nesse momento fui tocada por uma fala “Sandra, a psiquiatria é muito traumática” [...] (24/05/23)

DP: Muitas questões me vêm à cabeça com todos os apontamentos e reflexões feitas. (31/05/2023)

PQ: Não senti que houve um envolvimento dos nossos superiores, quem deveria estar junto com a gente, que abraçasse essa causa, que discutisse e nos trouxesse uma explicação plausível pra que a gente continuasse aceitando. Simplesmente foi imposto, foi nos tirado uma competência nossa e a gente teve que acatar.

PR: É traumático pra gente e para o paciente. Porque assim, a gente como ser humano, ver um ser humano naquela situação. É traumático, a gente é humano e tem essa sensibilidade, é um momento que o paciente está entregue. Ele está inconsciente, precisa de alguém pra alimentá-lo, precisa de alguém pra fazer tudo por ele. Ele está entregue a nós, à equipe. Antigamente, há 20 anos atrás, tinha uma outra parte, que humanizou muito, tinha terapia, tinha psicologia, tinha serviço social, tudo deles, tinha essa parte boa, tinha o momento que abria as alas para os pacientes interagirem, eles iam para a Casa Verde para passar o dia lá.

EA: [...] A gente vê que, talvez, pelo adoecimento, a equipe está indo mais agindo mais tecnicamente, então eu tenho que medicar, medicar. Eu tenho que trocar vou trocar, dar banho, vou dar banho, pronto, acabei meu serviço. Só que, às vezes isso entra em coisas que a gente vai perdendo a humanização do paciente, o esgotamento da equipe e essa questão da gente colocar na nossa cabeça e que a nossa atuação é a medicação, às vezes chega nesse ponto de achar que tem que fazer a força com o paciente querendo ou não querendo [...] (Encontro de Restituição)

PM: Tem uma questão de respeitar um limite, não é porque ele é um paciente psiquiátrico que você pode fazer qualquer coisa com ele. E ele tem que ter o direito de querer ou não querer. Eu não tenho que ultrapassar o limite dele porque eu quero que ele tome o medicamento e aí se eu não posso fazer mais, eu passo pra quem pode, aí a gente liga para o plantonista.

PR: Usar a força com paciente, por mais que seja um paciente que esteja na alucinação, delírio, ele tem um pouco de consciência das coisas, pra mim é impactante isso. Esse tipo de coisa mexe comigo, tem formas de resolver para a medicação oral. Agora um injetável é diferente, parece que dá um impacto menor na gente, IM é tranquilo.

PR: Uma coisa é ele aceitar normalmente outra coisa é ter que fazer a força. É agressivo, traumático demais, tanto pra eles quanto pra gente, parece cena de tortura. Isso é uma coisa que tem como mudar. Tem quase 30 anos que eu trabalho na Psiquiatria, de lá pra cá tanta coisa mudou. Hoje o paciente tem direito de saber o que ele está tomando, todo paciente tem, a dose, se perguntar pra que serve você tem que falar.

PR: Eu acho que a gente assume coisas que não está escrito em lugar nenhum que tem que fazer medicação à força. Parece que a gente tem que ser o herói, paciente está ali, ele está na nossa mão e tem que tomar e não é assim.

PR: Eu acho que estou violando o direito dele. Porque as pessoas tem o momento deles de lucidez, não ficam 24 horas delirando. Às vezes ele não sabe expressar o que a medicação está causando nele

CARACTERÍSTICA 6: ATENÇÃO AOS CONTEXTOS E ÀS INTERFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS

PERFIL DA EQUIPE

PEB: E essa dinâmica de como eu faço é que é o problema. Então, aí entra a situação das pessoas, não é? As pessoas, cada um tem o seu fazer. E esse fazer às vezes é diferente da regra.

PN: Nós não temos preparo, nós não temos estudo.

PH: Não temos treinamento específico, porque é um setor específico. A gente fica fazendo esses treinamentos que nem se aplicam ao que a gente faz dentro do setor e é obrigatório fazer, pra nós isso é irrelevante, se eu for para um outro setor pode até ser que se aplique, mas aqui pra nós não e fica aquela coisa repetitiva.

PN: Essas coisas são técnicas, são práticas da enfermagem que ela não tem preparo.

PK: Nós estamos em fim de carreira, e eu me incluo nisso, mas eu ainda consigo ouvir, mas concordo que estou ficando saturada aqui, porque não é fácil ficar ouvindo paciente psiquiátrico plantão após plantão.

PJ: Tem gente que não é porque está cansado, tempo de trabalho ou por conta da demanda, é mais porque não tem perfil mesmo para psiquiatria.

PK: Na psiquiatria tem que ter um perfil para além da enfermagem, que ainda mesmo com grandes avanços ainda é uma classe subjugada. A enfermagem tem que ter uma paciência exagerada, mas na psiquiatria tem que ter mais.

PH: Nós convivemos com pessoas mais doentes do que o paciente, a pessoa é doente. A gente lida com profissionais de todo tipo.

PR: Hoje em dia o pessoal está muito mecânico, não vê o paciente.

PEA: [...] a equipe está adoecendo, está esgotando e a gente tem que tomar cuidado com isso, porque se a gente perder esses funcionários, não é só trocar por outro, porque se não sempre vai chegar uma hora que vai esgotar [...] (Encontro de Restituição)

PP: Psiquiatria é equipe, se não interagir um com os outros não vai a lugar nenhum.

PEB: E aí, você tem um outro fator que é a idade. Então eu já sei fazer, agora não tem que chamar mais minha atenção, eu estou com 50 anos, então tudo isso é complexo não é? E aí você está agora com a saúde mental, tem a saúde mental do trabalhador. É o adoecimento mesmo, porque todos nós temos vida fora do trabalho.

PEC: Não aceitação de alguma mudança, às vezes a pessoa não entende, já adquiriu uma forma de trabalho, leva pro lado pessoal, quando vai corrigir leva para o outro lado. Isso faz parte, né, da saúde mental. Na verdade, é a dificuldade da pessoa não entender, né a mudança. Acaba que fica uma relação mais difícil com a pessoa. Às vezes é preciso mudar, você fica ali 30 anos, fazendo assim. E aí pessoa acha ruim tá mudando [...].

PJ: Eu vejo muita gente despreparado numa contenção rápida, num preparo sabe aquele negócio, gente, quem já vai para os braços, quem já vai para as pernas [...]

PJ: Já vi forças para mais e muita das vezes até para menos. O que faz com que a gente leve prejuízo. Um colega quebrou a mão, aquele menino mais antigo que era advogado também, ele também teve alguma coisa quebrada, duas vezes. Mas a gente não tem preparo [...]

PEA: A equipe está adoecendo, ela está esgotada, a gente vê isso a cada dia, em grande parte dos funcionários, principalmente quando eles vão dobrando o plantão, trabalhando todo dia, tem época que a enfermagem, está muito cansativa mesmo, paciente muito agitado e isso esgota os outros pacientes internados e esgota a equipe também que precisa ter uma atuação direta com eles. (Encontro de Restituição)

DP: Há 22 anos está na Psiquiatria, nunca trabalhou em outro setor, possui muita habilidade com os pacientes, especialmente na enfermagem feminina. Posso dizer que de fato, ela tem uma visão completa do paciente, preocupando-se com todos os aspectos que se relacionam ao estado de saúde deles, isso inclui até o conforto espiritual, preocupa-se e se dispõe sempre a levar os pacientes a missa, celebrada aos domingos pela manhã. Sempre me mostrou pontos em que ela percebia uma possibilidade de comportamento diferente da enfermagem, situações que poderíamos fazer diferente para beneficiar o paciente.

DP: Os técnicos de enfermagem se transformaram nos atores principais da minha pesquisa, hoje percebo que estou mantendo sim o foco no paciente e com a assistência de enfermagem segura.

PERFIL DO HOSPITAL

PEB: Problema de pessoal, a questão do concurso, demora na contratação, é um gargalo do hospital. Então, sim, é uma realidade que o hospital vem vivenciando nesses últimos anos, né? Nesse ano, a coisa está um pouco mais pesada, né? E isso tem refletido no exercício da profissão, não só na psiquiatria, mas em todos os setores. É um impacto indireto, estou falando de situação de pessoal mesmo. Servidores efetivos, muitos anos sem concurso. Tem a forma de contratação que não é atrativo, credenciamento temporário. E agora estamos tendo o término de muitos contratos, Enfermeiros, Técnicos e médicos, tem muitos médicos credenciados. Essa, é a conjuntura do hospital.

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE PSIQUIÁTRICA

PL: No nosso setor especificamente o cansaço não é só físico, principalmente mental.

PM: [...] Um hospital dentro de um hospital, porque o nosso ambiente é totalmente diferente de qualquer uma das alas do hospital... E o pessoal tem uma visão da psiquiatria de fora que não condiz com nada do que é lá dentro e até medo. Eu já tive medo da psiquiatria antes de eu conhecer a psiquiatria, mas não precisa disso [...]

PR: A parte de acomodação do paciente está pior, muito pouco espaço, paciente fica muito tempo ocioso... Agora a Terapia Ocupacional para o paciente internado é fundamental [...] A psiquiatria é um hospital dentro de um outro hospital.

PK: Quando eu desci para a psiquiatria, eu estava vindo da clínica médica, eu achei um mundo de diferença aqui dentro do hospital... O espaço é muito pequeno, só tem um corredor e uma televisão, é um presídio, chamado de hospital... não tem uma continuidade do dia para a noite.

PN: É um setor 100% medicação, é só medicação. Pronto, acabou. Não tem uma sequência, não tem uma interação, é, não tem um olhar mais humanizado para o paciente, não tem.

PL: É um setor fechado, é um setor pesado, é um setor crítico.

PJ: A psiquiatria do hospital é extremamente rica, se precisar tem intervenções muito rápida.

PJ: Ali não tem uma demanda constante para que se use as habilidades e conhecimentos que a gente tem.

PJ: A psiquiatria é um mundo completamente diferente de tudo que a gente já viu, mas o que a gente passou lá fora, a experiência que a gente tem conta muito.

PM: A psiquiatria é para dar remédio, é para tirar o paciente do surto com medicação.

PM: Eu acho que todo mundo tinha que ter uma visão, internação no mínimo de dias possível tirar o paciente da crise.

PR É a psiquiatria, é uma área muito traumática, né?

PK: O tempo aqui passa diferente lá de fora.

PJ: A psiquiatria não tem muito tempo, aquele andar todo foi tudo reformado, tudo novinho, mas você vê que hoje está tudo deteriorado, é uma porta, às vezes é uma maçaneta. Não sei o quê, mas é a psiquiatria, eu penso assim que ela tinha que evoluir na questão do preparo para receber aquele cliente com mais estudo.

PEA: [...] dentro de um hospital geral, acaba que ela fica um pouquinho esquecida assim, porque é muita coisa no hospital que acontece, né? E a gente é só um setor.

PEA: [...] Porque é difícil, psiquiatria é muito complicado, muito específico, tem que ter perfil, tem que gostar, tem que ter muita paciência. (Encontro de Restituição)

PERFIL DO PACIENTE

PN: Eu concordo que os pacientes estão ali só pra receber medicação. Que é só para isso, nada mais, até porque nós da enfermagem, não temos preparo nenhum para qualquer tipo de cuidado. Nós temos preparação da enfermagem na técnica de enfermagem para medicação e

olhar os dados. A gente não tem preparo para psiquiatria. Então, o único objetivo nosso ali é dar remédio. É só isso. Tem outras coisas que deveriam ser feitas, mas nós não somos preparados para isso. Eles internam para tomar a medicação e a gente dá medicação, só.

PM: Então realmente eles acabam ficando ansiosos pela hora da medicação. Pra quê, pra dormir. E se não dormir ele quer mais remédio porque não tem nada pra fazer ali. Sinceramente, na minha opinião já até falei isso com o coordenador inclusive, esse ambiente aqui não favorece nada o tratamento dos pacientes.

PO: A doença psiquiátrica o paciente tem que tomar medicação para o resto da vida.

PF: Tem paciente que é nosso, ele vai, mas a gente sabe que ele vai voltar ou pelo grau de dependência dele, dos médicos, das medicações dele ou de dar uma interrupção das medicações em casa e eles voltam de novo.

PP: Às vezes o que ele está falando é verdade e ele não tem crédito

PS: O paciente dependente químico é mais perigoso, exige mais atenção da nossa parte. Ele impõe certas ameaças pra gente. O drogadito pensa e faz.

PEC: O paciente psiquiátrico, ele é bem diferente do andar, porque você fala com o paciente do andar engoliu? Engoli. Com o paciente psiquiátrico nem sempre engolir é engolir. Às vezes está num canto da boca. Às vezes está debaixo da língua. Às vezes esconde, cospe. A gente costuma achar um comprimidinho aqui, tem que observar, né?

IMPRESSÕES SOBRE O TRATAMENTO OFERECIDO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PN: Os pacientes não vão melhorar nunca só com esse tipo de tratamento, a saúde mental, o tratamento é para além de tomar remédio, tinha que ter outro olhar.

PK: Eles não têm ocupação, alguém deveria atentar pra isso

PQ: Eu faço papoterapia, reza, louvor, oração.

PM: Às vezes você vê a necessidade do paciente de conversar, só que você não tem tempo pra fazer isso, porque se você faz com um daí a pouco você tem que fazer com todo mundo.

PK: A primeira abordagem ao paciente é fundamental, porque vai depender desse dia, quase o restante da sua convivência com ele. Tem que ter uma atenção especial com quem está chegando.

PK: A nossa maior oferta para eles seria o ouvido, mas a enfermagem, no geral, não gosta de conversar com o paciente. A maioria não tem paciência para ouvir.

PK: Esse ouvir ajuda, dependendo da situação, mais do que a medicação.

PP: E já teve o grau que agora está bem mais controlado que é o grau de violência, força maior, já melhorou. Eu acredito que nós estamos numa fase, que nós estamos mais tranquilos pra trabalhar, tá todo mundo mais ou menos equilibrado, já teve época ali bem difícil.

PR: Assim, que há todo tipo de doença, você lidar na psiquiatria é muito complicado, porque ali é a perda da personalidade da pessoa. Tem momentos que a pessoa está inconsciente, né? Ele quando tem uma melhora, não lembra do que fez.

PJ: A noite tem um tempo diferente para ficar com o paciente.

PK: Outra coisa é o ECT, eles abominam aí fora, mas às vezes é só ele que vai fazer o paciente sair daquele quadro.

PQ: O paciente só tem isso ali, remédios e comida, não tem mais nada para oferecer. Para mim não é tratamento psiquiátrico, é medicamentoso só e ainda por cima ele ainda tem que trazer alguns medicamentos para tomar.

PQ: Teve uma paciente que trouxe uma demanda para mim, e eu pensei que se tiver uma escuta qualificada, vai ajudar essa paciente, era um feriado prolongado, falei com a profissional, mas não havia uma solicitação, um papel... e ela não atendeu.

PH: O tratamento medicamentoso entra no tratamento do paciente com o peso todo, ele é a base do tratamento do paciente. Eu acho que o tratamento da Psiquiatria do hospital podia ser mais robusto. O paciente demora muito tempo pra recuperar. Eu acho que eles esperam que o residente aprenda em cima do sofrimento do paciente. O residente está ali pra aprender no paciente.

PP: A importância da medicação para o paciente é 100%.

PG: A medicação é a base de tudo.

PG: É bacana quando o paciente se encaixa na medicação e a cada dia a gente vê que ele vai melhorando.

PR: Nós profissionais de enfermagem não somos preparados pra ouvir o paciente. O psicólogo, terapeuta ouve, interpreta a fala.

PQ: Tinha uma profissional dentro da ala, psicóloga, eu tentei, ela não deu credibilidade à escuta que eu fiz e a minha percepção da necessidade da paciente, não tive sucesso, ela precisava de um pedido de uma instância maior, quem sou eu? Foi a resposta que ela me deu.

PF: Você cuida do paciente e sabe que em menos de um mês ele vai voltar e aí você tem que começar tudo de novo, aí você enxuga gelo, e aí você vai viver aqueles mesmos traumas.

PG: O paciente sempre vai precisar de um ajuste, sempre pode voltar e aí a gente tem que estar aqui pra colaborar com ele.

DP: [...] Enfim, aprendi a estar junto a equipe, fazer parte... enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem são melhores quando estão juntos. A assistência não pode ser fragmentada, isolada e o conhecimento do enfermeiro deve amparar também a rotina de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem. A melhor sala para o enfermeiro é o Posto de Enfermagem. (09/06/2022).

RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PL: [...] eu acho que é o que falta é a equipe realmente interagir, dos médicos até o pessoal da limpeza que também faz parte desse cuidado. Eles não têm menos ou mais importância, não tem ninguém mais ou menos importante ali dentro, é uma equipe. Todos têm a sua importância e o seu lugar ali (Encontro de Restituição).

PO: A gente sempre precisa um do outro.

PL: Se você tivesse igual no Cersam, uma reunião de equipe, pra tentar melhorar, o que depende de quem, vamos fazer isso... Mas ali você não consegue fazer uma reunião de equipe porque as pessoas não podem vir fora do plantão, fora do horário.

PL: No Cersam de manhã a gente chega tem uma passagem de plantão, todo mundo, que está de plantão, referência técnica, médico, psicólogo, os funcionários da noite e os funcionários do dia. O pessoal da noite chega e fala, e passa o plantão da noite e vai embora os do dia ficam, aí o plantonista lê o que aconteceu no dia anterior, reforça o que aconteceu a noite, dá algumas orientações e todos são liberados. Na segunda feira eles repassam tudo que aconteceu na sexta à noite, sábado e domingo.

PL: Sim, a gente até tenta, mas tem dia que a gente chega no plantão e já foi todo mundo embora, não sei o que aconteceu. Ah, mas o secretário está lá, mas o secretário não sabe me falar nada do cuidado de enfermagem que teve durante 12 horas no plantão e nem é a responsabilidade dele. Infelizmente acontece e não é pouco. Muito porque trabalham em outro emprego, saem mais cedo, chegam mais tarde.

PL: Passagem de plantão não tem. Eu acho super estranho, enfermeiro chega e vai lá para dentro receber o plantão. Por que essa equipe não está junta, entende? Porque muitas vezes o enfermeiro fala uma coisa com outro que não é a mesma visão nossa, às vezes ele nem viu, só escutou falando. Acho que tinha que ser pra todo mundo, sabe? Os residentes tinham que entrar, se os preceptores chegassem eles tinham que ficar ali, 10 minutos, aconteceu isso e isso, não tem, não tem nada.

RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE MÉDICA

PM: Mas é coisa que não depende de mim movimentar nada pra isso acontecer, e quem depende não põe vista nisso não, infelizmente é isso acontece aqui. Os coordenadores, os médicos... o papel de médico ali se restringe a fazer uma prescrição.

PL: Acho estranho, pois o paciente sobe pra internação e o residente não vai lá ver. Ele precisa ser admitido no setor deveria ir lá, conversar, conversar com o familiar não é só ver o que o médico do SMU escreveu.

PG: Dá a impressão que a gente não tem voz, fala uma coisa e é a mesma coisa de nada, lógico que não são todos.

PG: Como no caso daquela paciente, chamou o plantão, o plantão não deu voz pro Técnico de Enfermagem, a paciente caiu e quebrou um dente. O médico ignorou o pedido do Técnico e a paciente caiu da própria altura e quebrou um dente.

PG: Se o médico não chegar junto com a equipe e ver que o paciente está num quadro delirante, persecutório não vai evoluir, vai prolongar a internação dele.

PI: A residência da psiquiatria ficou mais solta, antigamente eram mais preceptores e eles perguntavam pra gente, porque faziam pesquisas: Você acha que o paciente está melhorando? Mas acabou, não perguntam.

PG: Tem residente que entrega a prescrição para o Enfermeiro, que não conversa com o técnico de enfermagem, entregam para o enfermeiro para entregar pra gente. Aí você não vai ter liberdade de falar também, porque faz parte, a gente está no dia a da ali, a gente vê a melhora do paciente ou a piora.

PG: Colocaram um muro.

PM: Os médicos não vêm por si só, alguns vão cumprimentam, falam que se precisar está disponível, mas tem uma rotatividade tão grande né?

PM: Normalmente eles não vão à ala se não chamar.

PM: A maioria só vai lá, diz que está de plantão e vai embora.

PI: Há residentes solícitos, fazem uma corrida de leitos, esses são poucos, mas há [...]

PI: Teve um residente que ficou quase 1 hora conversando com a gente sobre paciente, ela ficou sabendo de coisas que ela não aprendeu no banco da faculdade.

PI: Tem residente que tem o interesse mesmo na Psiquiatria, está aqui porque gosta, puxa da enfermagem como é que é.

PI: Teve uma que no primeiro plantão ela estava sozinha, mas sozinha mesmo.

PM: Porque a gente, da noite, convivemos só com residentes, porque os preceptores só vem durante o dia, de manhã, chegam depois das 8. Nós não temos contato nenhum com eles. Tem gente que não conhece, nem sabe quem que é. Eu conheço de antes, porque eu trabalhava de dia diretamente com eles. Mas tem gente que se eu falar, o nome do médico não sabe quem é. Isso é grave, a meu ver.

PL: Tem oito anos que eu estou à noite e não sei quem é quem lá.

PL: Nós temos um paciente que está há quase um mês internado, que não toma remédio pra dormir e não precisa mesmo, e está lá na prescrição e eu escrevo todo plantão: paciente relata que não precisa de medicação para dormir. E ela dorme. Ela não incomoda os outros, ela tem um ritual dela, ela acorda 5 horas da manhã, vai pra janela fazer as orações dela e não é possível que, com quase um mês ninguém viu.

PL: O médico não está lá pra poder escutar a gente, porque tem muita coisa que o olhar é nosso, e eles não vão lá. Não tem, não tem interação com nada.

PM: Pra mim a psiquiatria era mais efetiva quando era no 11 andar e tinha 2 residentes, do que agora que tem sete.

PM: O Dr. XX a gente vê ele de manhã, porque ele tá acompanhando de perto as pesquisas da Cetamina, mas aí ele está chegando e a gente saindo ou você passa na sala de ECT e vê ele lá dentro, porque ele nem vai no posto. O YY chega depois de 08 horas na ala. Eu conheço porque trabalhei com ele.

PM: Ali dentro do setor é totalmente separado médico e enfermagem.

PL: Mas eles podiam escutar a gente, estamos aqui há 20 anos, eles chegaram agora.

PO: Tem uns que perguntam pra gente, e a gente fala os horários pra eles, como a gente está acostumado a fazer e quando eles chegam eles aceitam a gente, mas tem uns que não aceitam.

PO: A gente percebe que principalmente os R1, tem muito medo de medicar, não sei se pelos preceptores, mas quando você que é um médico que tem outra residência, uma carga maior pra prescrever, que tem confiança já é melhor, ele medica confiante no que ele está fazendo.

PP: Dr XX não fala com a gente, passa pela gente e não fala, se a gente quiser falar a gente tem que parar ele e falar... Dr. YY conversa com a gente, é acessível, deixa a gente à vontade.

PP: Os residentes já chegam olhando a gente por baixo, isso é um fator que dificulta.

PP: Não tem diálogo, chega e coloca a prescrição lá.

PQ: Às vezes a gente liga passa a queixa do paciente, ele fala que vai fazer a prescrição e diz pra pegar a prescrição debaixo da porta, nem entra na ala. Mas o paciente quer ver o médico. Tem essa distância também.

PQ: Às vezes o paciente não quer só o remédio, às vezes ele quer ver o cuidador e aí eu chego lá com a medicação e ele fala que não quer porque não viu o médico, tem uns que não aceitam.

PQ: Mas tem uns que além de acolher a demanda, conversou com o paciente, fez a prescrição, passou na farmácia, pegou a medicação e foi lá na gente entregar.

PQ: O quarto de plantão é fora da ala, o que eu não concordo, tinha que ser dentro, porque está de plantão junto com a gente. Eu vou ficando indignada.

PQ: Se tivesse uma conversa, se incluísse a gente nessa programação, se houvesse discussão de caso, se contar pra gente a gente vai tentar fazer um manejo maior com ela antes até de chamar pra talvez dar mais medicação nela, mas se não conta e eu não sei eu tenho que chamar e vai prescrever para resolver o momento do plantão e a paciente vai sendo prejudicada. Então eu acho que se a gente fosse incluído, se a

gente participasse efetivamente dessa programação medicamentosa, do que eles estão pretendendo, em quanto tempo pode aparecer um efeito, a gente seria mais efetivo nessa observação. Porque é a gente que fica mais horas ali.

PM: Nós podemos não entender de medicação, mas nós temos a experiência que deveria ser ouvida.

PQ: Às vezes falta uma conversa efetiva de quem é o responsável pelo procedimento, preceptor, com o familiar pra que ele decidisse rápido e assinasse o termo para liberar o procedimento, porque não era um experimento, já tinha sido provado que dava certo, já tinha melhorado outras crises. O familiar veio, foi abordado pelo R1, fez os questionamentos, não se sentiu esclarecido nas dúvidas, não assinou o termo, protelou.

PEA: Então, a gente precisa muito de ter essa comunicação também com a equipe médica, para eles avisarem que tem uma medicação agora, uma medicação para iniciar 14 ou 16 e às vezes isso não acontece. Então quando a gente olha, gera um atraso por conta disso, porque às vezes, com a demanda da enfermaria, a gente não consegue pegar as prescrições novas antes de 17h. E se eles não avisam que teoricamente a gente entende que não teria nada mais, porque a gente usa ainda a de ontem.

PEA: Tem que criar o hábito neles de comunicar com a gente. A gente também tentar ver a prescrição antes.

PEE: Infelizmente, os médicos, eles, a gente sabe, que eles não valorizam, não dão muito importância, muitas vezes pro que a gente fala. Isso é muito triste, porque a gente está há vários anos lá convivendo, sabendo dos problemas, não é? Sabe o que está acontecendo. E às vezes o medico simplesmente, ignora. O residente não tem muita autonomia, né? A gente tem visto os residentes que chegam aqui para trabalhar. Sem nenhuma experiência muito inseguros, né?

PG: [...] Eu observo muito a barreira nossa com o médico, porque às vezes, nós não temos aquela liberdade... as vezes a gente passa pra supervisão estar reportando pra eles. Porque as vezes, a gente sente uma barreira de estar passando o caso... (Encontro de Restituição)

DP: A residência médica foi citada como um dificultador em alguns momentos, principalmente pelo tempo que os residentes passam sozinhos na unidade e precisam tomar decisões imediatas e que muitas vezes se mostram inseguros em algum ajuste medicamentoso por demandas dos pacientes. (24/05/23)

DISPENSAÇÃO DA FARMÁCIA

PEA: E a gente tem que ver a logística aqui da administração. A nossa farmácia é terceirizada. E aí existe um padrão de horário em que a prescrição tem que ser feita, tem que ser entregue na farmácia e a montagem dos das medicações para o próximo plantão. E o que ocorre,

por exemplo, que é uma coisa que a maioria não vê com muito bons olhos que eu acho que é um dificultador que é a questão de um plantão receber para o próximo.

PEA: A gente não sabe se a conferência veio errada, se foi da farmácia, se foi da enfermagem e aí a gente tem que resolver o problema, porque tem que medicar e aí na hora de resolver esse problema, a gente tem um conflito muito grande com a farmácia. Porque a farmácia sempre coloca alguma coisa que a enfermagem não conferiu certo.

PEA: Às vezes a gente tem medicação em excesso que tem que devolver, mas o plantão não quer devolver porque é o outro que recebeu e que tinha que devolver [...]

PEA: Mas assim, é uma logística do hospital e aí a gente tem que ir se ajustando nesse fluxo... às vezes acontece também, por exemplo, de uma medicação vir violada da farmácia. E aí, por estar violado, a gente, por segurança, não administra. Mas na hora de devolver ela fala que tinha que ter visto na conferência, e aí já passou despercebido pelo outro plantão. Então assim, são umas coisinhas meio burocráticas que às vezes atrasa, gera um estresse assim entre farmácia e enfermagem e a gente tem que lidar com isso.

PEA: [...] ultimamente, até que tem sido mais na quantidade, por exemplo, eram 4 comprimidos e vieram 3, aí na hora da gente chega e fala só tem 3 e eles dizem: mas foi conferido no plantão anterior, mas a gente, não tem como garantir se o plantão anterior conferiu certinho sabe?

PEA: [...] às vezes acontece também, por exemplo, da enfermagem estar muito agitada, principalmente ala masculina, com pacientes até um pouco mais agressivos. E aí, nesse momento, os funcionários da farmácia não entram por insegurança, medo mesmo e até para evitar conflito com eles, então eles entregam o pacote e nessa entrega não tem conferência.

PEA: [...] às vezes, é o horário também que eles vêm, eles têm um horário padrão, que é da farmácia de vir colocar esse remédio, mas nem sempre é o melhor horário conveniente para enfermagem. Então, às vezes, por conta disso, está um pouco mais apertado, não sei se fazem uma conferência mais superficial, e pode passar alguma coisa despercebida, não é?

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PR: Isso é da nossa competência, preparar medicação. Isso em qualquer livrinho do Coren tá escrito, compete ao técnico de enfermagem preparar a administrar, medicação certa, paciente certo [...]

PEB: Então, eu já conheço a regra, a regra principal não é? Eu tenho que ler. Eu tenho que separar, eu tenho que administrar, eu tenho que ver qual a via, qual horário, como que eu devo interpelar? Então, a minha visão é essa. Como eu administro isso, como eu coloco isso? Como eu faço isso? Essa dinâmica está na psiquiatria, ela é igual em todos os outros lugares, a diferença está no receptor, que é o paciente. Que é diferente do paciente do 4º C, do quinto andar, totalmente diferente.

PEB: Esse receptor, ele vai oferecer a essa recepção da medicação várias situações. Desde a aceitação que eu entregue até ele tomar, porque aí as vezes eu vou ter que exercer de força, vou ter que ser forte no falar, as vezes vou ter que ser manso no falar, vou ter que negociar, as vezes o horário não vai ser aquele determinado. Então, toda essa dinâmica, ela faz parte das 24 horas do exercício ali da psiquiatria e eu preciso ter essa noção. Eu não posso perder a regra. Então eu tenho que a regra é lavar as mãos, é aproximar do leito, é observar o horário, é observar se ele tomou tudo isso eu preciso fazer. Quando eu não faço, certamente vai ter os problemas com médico ou enfermeiro, com o técnico de enfermagem e com o paciente [...]

PH: Eu acho a medicação assim um espaço importante, porque é praticamente a base do tratamento do paciente psiquiátrico. Acho que a melhora do paciente está totalmente direcionada à questão do medicamento. Eu nunca tive traumas sobre questões de medicamentos. Para mim é muito tranquila a questão da medicação.

PR: Há muitos anos eu tive uma coordenadora que falava assim e eu guardo isso comigo até hoje: paciente não vai morrer se não tomar banho, mas se não tomar o antibiótico ele vai morrer. O médico estuda para fazer o diagnóstico e prescrever, o Farmacêutico para fazer o remédio e distribuir e a enfermagem é o principal, porque se ela não der o remédio ao paciente ele vai morrer. Uma das partes principais para o paciente é a medicação. Todas as coisas fazem parte do tratamento, mas o principal é a medicação.

PO: Eu gosto de administrar medicação. Eu gosto de conferir tudo, perto do paciente, se tenho dúvida peço o colega.

PJ: Em relação a medicação, as medicações são reduzidas, em sua maioria à via oral, comprimidos. Em raríssimas exceções, a gente tem, às vezes uma punção venosa, uma administração via sonda nasointestinal, os próprios cuidados. Às vezes a gente faz um curativo, é uma troca uma vez ou outra. Então, essas medicações que acabam sendo medicações bem rasas em relação ao atendimento de um paciente convencional no hospital. Realmente ela está ali, cuidando da parte mental. Eu acho extremamente tranquilo e a medicação acaba entrando num automatismo muito rápido.

PJ: A administração mecânica é muito simples. Agora, infelizmente, nós somos braço, Auxiliares de enfermagem e Técnicos, é aquela coisa mais automática, está prescrito a gente vai lá e faz, é muito mecânico, eu não vejo espaço pra gente ver assim: o paciente está com essa doença, ele faz uso dessa medicação, fazer um estudo sabe? Talvez seja uma proposta mais pra frente.

PI: Às vezes a primeira impressão é de que é muito simples, quando você enxerga apenas dar a medicação. E numa visão mais ampla, o que está sendo alterado, quem está precisando de uma intervenção.

PI: Eu gosto de fazer e eu trabalhei com colegas que não gostavam então eu assumi, não me incomoda.

PI: A administração de medicamentos depende do perfil de paciente, pra um você dá de uma maneira e para outro de outra, a abordagem é diferente, cada paciente tem suas particularidades.

PI: O jeito de fazer os medicamentos é bem diferente das outras clínicas.

PM: Eu faço por escolha, porque entre dar medicação e escrever eu prefiro dar medicação.

PL: Eu a um tempo atrás quando eu tinha que fazer, eu fazia com sofrimento, porque meus óculos nunca estava na cara, estava no ótica. E as prescrições são confusas, na hora de checar mais, confusa ainda. Hoje eu estou tranquila, quando tem que fazer, eu faço.

PP: É bem importante dar a medicação, porque o paciente psiquiátrico precisa ser medicado, eu acho que é uma das funções mais importantes, você tem que ter muita atenção, jogo de cintura pra fazer, você tem que ter manejo pra conseguir fazer e você tem que fazer, é uma parte bem complexa e bem importante.

PO: Eu não tenho dificuldade para fazer, faço, preciso do outro sim.

PR: É muito importante o administrar medicação na psiquiatria, você tem que ter um jogo de cintura, o paciente chega porque em casa ele não está tomando.

PS: Eu gosto de fazer e eu sou bem rápida, é muito dinâmico. Quando o paciente não aceita, eu sou muito impaciente, passo a bola pra outro.

DP: Não percebo referência aos Enfermeiros em nenhum momento, como se ambos estivessem em lugares distintos nesse processo.
(31/05/2023)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INVOLUNTÁRIA

PH: A grande questão é a via medicamentosa. Porque quando você não está alimentando você não está tendo a coordenação motora para poder engolir, porque o paciente não está em sua condição legal. E aí o médico insiste para você dar o medicamento nesse paciente mesmo assim, isso acontece muito, porque na Psiquiatria o médico insiste em dar um medicamento via oral para o paciente mesmo ele estando agitado. Isso acontece porque infelizmente o preceptor não acompanha o paciente, o residente tem medo de dar e sedar o paciente e com isso

sofre toda a enfermagem, sofre o paciente porque a medicação não vai atingir o objetivo, porque ele prescreveu via oral e o paciente não vai tomar. Então é muita insistência nessa situação, sendo que existem outras vias de administração e até mesmo na questão de alimentação do paciente. Tem pacientes que chegam a ficar 36 horas sem tomar uma água, aí que o médico vai lá e prescreve uma sonda e aí o paciente ficou 36 horas sem tomar o medicamento e há outras vias possíveis para você tratar o quadro do paciente, nessas questões a gente fica frustrado com a psiquiatria e com o corpo médico.

PH: Você tenta várias técnicas que não convêm né, pra diminuir aquela ansiedade do paciente, diminuir o sofrimento do paciente, pra ele tomar o medicamento mas que não tinha necessidade, há outras condutas de vias de medicamentos, não precisava fazer todo esse esforço físico, traumático pro paciente.

PL: A gente está medicando uma paciente no café, ela não aceita e está sendo medicada através do seu lanche, foi um recurso técnico, um outro meio da gente ver se a paciente melhora.

PN: A gente tenta dentro do conhecimento que a gente tem fazer com que ele aceite a medicação, se não, a gente comunica ao médico de plantão.

PM: Muitos são resistentes a tomar por falta de informação. Não é porque são psiquiátricos que eles são ignorantes, eles não são informados, é um direito deles enquanto pacientes.

PM: Tem muito paciente que às vezes está desorganizado e que não quer tomar, dependendo da medicação, aí comunica com o médico, às vezes até o médico vai lá para tentar convencer porque a gente já tentou. Eu não sou muito a favor desse negócio de forçar a tomar remédio, não. Mas assim não sou eu que vou tomar a decisão de enfiar goela abaixo. Eu vou comunicar com enfermeiro, comunicar com o médico ou o enfermeiro comunica e se for um negócio que precisa mesmo, se não tiver uma opção injetável, porque quando tem injetáveis eles até passam, não é? Mas nem tudo tem injetável. Aí, gente a gente macera o medicamento, tem de usar das estratégias

PF: Tem médico que tá ali junto, mas tem uns que não.

PF: Eles ficam falando pra gente insistir, vocês tem que manejar.

PS: Quase nada ali tem opções de injetáveis

PN: Eu já vi vários colegas tomando atitude de insistir e é pessoal. Não é indicação médica, não é indicação do enfermeiro.

PM: Depende do médico, ele tem que fazer a parte dele.

PM: A psiquiatria está muito diferente de quando você trabalhava lá. Muito diferente, para pior infelizmente. Os pacientes estão negligenciados ali de várias formas.

PP: As vezes tem que dar a força, porque o médico fala que não vai mudar a via e ele tem que tomar.

PP: Às vezes você vai ter que fazer a força mesmo porque não vai ser permitido, mas sem violência, eu não consigo explicar, é o jeito, eu tenho que fazer com firmeza, com certeza, saber o que eu estou fazendo ali.

PQ: No momento da agitação, que entrou em atrito com outros pacientes, com o plantão lá dentro, é injetável e não foi pelas vias normais, vamos conter e fazer, sem sofrimento nenhum, o médico está lá e eu estou concordando com o contexto, eu vi a situação acontecendo.

PQ: Uma coisa que eu não concordo é diluir a medicação, colocar na seringa e administrar, isso eu não faço.

PR: Eu levantei esse assunto no primeiro encontro, eu não concordo com isso não.

PR: Isso não é tratamento, coloca naquela cadeira, como se fosse cadeira da tortura e segura para tomar.

PQ: Eu estou ali para interpretar a prescrição e administrar de acordo com a via, não sou eu que tenho que fazer a força.

DP: Nesse momento, o profissional D inicia dizendo: "... Sandra, tem uma coisa que eu não gosto, administrar medicação quando o paciente não quer". Manifestou então sua insatisfação, dizendo "... isso acaba comigo...". Comparou os pacientes da Psiquiatria a qualquer paciente de outra clínica que não tem sua vontade desconsiderada quando recusam algum medicamento, questiona o motivo de não circularmos apenas o medicamento, anotar e informar ao plantão sobre a recusa do paciente. Demonstrou com as mãos como acontece a abordagem por todos da equipe, no intuito de administrar a medicação por via oral. (26/05/23)

SEGURANÇA DO PACIENTE E BOAS PRÁTICAS DE ADMINISTRAÇÃO

PL: Não é fácil você administrar um injetável no paciente agitado, o risco pra equipe e pro paciente é grande.

PQ: O que me dá mais aflição é quando você presencia fazendo isso com o paciente deitado porque o risco de aspiração é muito grande.

PR: Isso compromete até mesmo as regras do nosso código, porque o certo é você dar o comprimido para o paciente e ele engolir. Mas no caso de prescrição via oral e o paciente que não tem condições de deglutir, eu acho que é traumático. A gente está fazendo porque tem aquela necessidade de fazer o que é melhor para o paciente. Mas às vezes com isso aí a gente está tomando uma postura, indo por um caminho que não é o correto, você está indo por outro caminho que não o que a técnica permite.

PR: Se tem opções que a gente pode fazer, já que não tem realmente condições do paciente aceitar por via oral, vamos passar por outra forma: IM, pela sonda, não precisa dessa insistência de ser somente oral, eu acho que poderia usar as outras vias também, seria menos traumático.

PF: Aquelas pastilhas onde ficam as prescrições ficam cheias de anotação, porque tem paciente que tem muita medicação fracionada, mas isso pode gerar erro. Como eu confiro várias vezes eu não sinto insegurança porque eu confiro demais, várias vezes.

PR: Há o risco do paciente engasgar, de você não dar a dose toda ou machucar ele.

PR: A gente precisa de um protocolo de contenção.

PR: Alguns querem saber que remédio é aquele, qual o efeito e é direito dele saber.

PS: Pra mim é complemento da medicação, porque às vezes a gente medica com um HF, e ele fica resistindo ao sono, cambaleando e quando a gente contém ele, ele apaga e daqui a pouco ele está bem, não é punição de forma alguma. E sem a contenção ele pode cair, pode ter um traumatismo, pode quebrar alguma coisa, uma mão, um braço, muitas coisas podem acarretar bem graves e que podem ser evitadas por uma contenção, pra ajudar a medicação fazer efeito.

PR: Eles entendem que a contenção é castigo para o paciente. Os médicos não entendem que é uma prevenção para queda, para o paciente não cair.

PF: E sendo que sempre surgem dúvidas também, uma medicação nova. O médico prescreveu, eu não sei como fazer. A gente não é obrigado a saber tudo. Então eu vou num colega, se não souber eu vou em outro, vou na supervisão, vou no coordenador, quantas vezes que eu fui neles. Não sei se já cheguei a te perguntar nos plantões seus na época. Eu sempre pergunto, dúvida, eu não seguro ela não. Com medo de cometer um erro, eu corro atrás para saber. Aí depois eu vou na internet estudar um pouco da medicação pra saber o que é. Por que dela para aquele paciente?

PF: Compromete os Certos ainda, a dose certa, a medicação certa. Agora se você pega uma ampola e faz no paciente, você tem certeza que fez 1 ampola, agora se você pega um comprimido e ele cospe, você não vai saber a dose que ele tomou.

PJ: Lá a gente acaba unificando o horário de administração para as 21 horas.

PM: A maioria pergunta, pra que eu estou tomando isso aqui? E eu sempre oriento e falo pra quando o médico passar perguntar por que está tomando e em que isso vai ajudar, porque eu não posso falar porque ele que sabe porque está dando isso.

PO: Mas eu falo assim, a maioria ali tem condição de saber “em que esse remédio que vai me ajudar.” E muitas das vezes os pacientes queixam de alguma coisa que a gente sabe que é de algum remédio que está tomando, algum efeito colateral, mas são ignorados na queixa.

PO: A medicação, você lê, confere, eu confiro umas três, quatro vezes, presto bastante atenção, pra não fazer nenhuma coisa errada.

PP: A gente olha bastante, a medicação certinha, a quantidade certinha, a dosagem certinha, porque às vezes tem caso de medicação prescrita dobrada, erro de prescrição mesmo. Hoje mesmo teve, mas como a gente já está acostumado, a farmácia mandou porque estava com os dois horários. Teve que conversar com o médico pra saber se ele queria em dois horários mesmo, aquela dosagem toda e ele falou que foi erro de prescrição mesmo.

PP: Como é uma área de residentes e eles trocam muito rápido pode acontecer sempre como está acontecendo né, de erro de prescrição e aí a gente tem que ter muita atenção.

PO: A questão do remédio errado, a gente olha muito, tem conferência da Farmácia, a nossa conferência...

PQ: A gente tem que ter consciência da leitura da prescrição, dos 9 ou 13 certos, da conferência da administração da medicação, isso não é suficiente porque às vezes o olhar do outro é importante.

PS: A gente não tem liberdade para falar disso, porque se você chegar nisso você vai ser punido. Se eu chegar na minha chefia, falar que eu fiz alguma coisa errada, eles podem até me suspender, me colocar à disposição ao invés de me ajudar. A própria folha de evento adverso, eles vão punir. A maioria das condutas são assim.

PS: Porque se você trabalhou a vida inteira, fez tudo certinho, aí você teve um erro, infelizmente o que vai prevalecer é aquele erro.

PS: Não será chamar e conversar, te acompanhar, observar, eles vão te punir de alguma forma por causa daquele erro que você teve, que não poderia ter feito, é uma coisa grave, mas aconteceu.

PH: Ninguém faz errado de caso pensado.

PH: A enfermagem não pode ser 99 por cento, ela tem que ser 100 por cento. O dia que ela for 99, ela não presta. O dia que você cometer um erro, você pode ter certeza que algo vai acontecer com você, em se tratando de Coren, do próprio superior.

PS: Antigamente eu abria todos os medicamentos e o paciente perguntava o que é isso e eu dizia, não sei, já abri. E a XXX não, ela abre na hora para os pacientes e diz o que o paciente está tomando, mesmo que o paciente seja psiquiátrico, então eu mudei, faço como ela.

PS: Se você não prestar atenção, era pra dar um e você deu dois, isso acontece, porque é muito barulho, por isso que tem que ser um de cada vez no posto. Isso propicia demais o erro.

PH: A própria embalagem facilita, eu levo a prescrição, olho com o paciente. Mas tem muitas coisas que dificultam, que induz ao erro. Muito fluxo de pessoas, o posto de enfermagem ser para a ala masculina e feminina ao mesmo tempo.

PS: Uma vez chamaram a atenção da gente de que não era pra trazer as pacientes para o posto, que era pra levar a medicação no leito, mas não dá certo, porque todas querem ao mesmo tempo. No posto você consegue uma de cada vez, fica uma pessoa na porta e elas esperam. Ir na enfermaria você não consegue, porque você está tentando fazer a prioridade e você não pode errar.

PS: Quando tem nomes parecidos, não é desculpa, mas com aquele fluxo de pessoas, favorece o erro.

PS: A gente faz o possível, o máximo de atenção possível, mas tem coisas adversas, que se você realmente não parar...

PS: A noite funciona bem medicar no posto, entrou fecha a porta. Durante o dia o posto está cheio, fazem no refeitório.

PF: No começo, eu tinha medo de errar e eu lembro de uma professora falando pra gente conferir pelo menos 3 vezes antes de administrar. Você pode errar porque a farmácia errou, você conferiu errado e fez errado, são as 3 vezes. Aí eu comecei a fazer isso. Eu tinha medo de errar, era muita responsabilidade e eu fiquei com isso. Aí quando eu comecei a trabalhar e percebi que poderia ser grave um erro, eu fiquei com muito medo no começo, mas eu falei, vou enfrentar o medo e devagarzinho, sempre conferindo no mínimo três vezes. Hoje, mesmo conhecendo os pacientes até mais do que isso eu faço às vezes. Confiro, sei exatamente o que eu estou fazendo e vou muito tranquilo. Às vezes eu chego no paciente e ele não quer tomar comigo de jeito nenhum, aí o que eu faço, chego no colega e falo, tenta lá pra mim porque não estou conseguindo de jeito nenhum e a gente vai tentando entre a gente. Mas, no começo eu tinha pânico de fazer medicação e com o tempo eu fui gostando e fui gostando até demais.

PF: [...] sempre passei coisas que eu não concordava ou que não estava entendendo, às vezes eu mesmo ligo para o médico ou passo para a supervisão. Sinto muita liberdade com a supervisão, para questionar, para tirar dúvida, sou bem recebido.

PR: Na Clínica Médica a gente faz medicação igual como aprendemos na escola, na psiquiatria a gente adapta.

PR: Isso é da nossa competência, preparar medicação. Isso em qualquer livrinho do Coren tá escrito, compete ao técnico de enfermagem preparar a administrar, medicação certa, paciente certo [...]

PQ: Adiantou evoluir pra 13 certos? Um desses C está fora [...]

PH: Tem coisa que acontece aqui no hospital que só acontece aqui, exclusivo do hospital. Nós tivemos um curso de administração de medicação e eu falei, que uma vez que você prepara, você administra, está no código de ética da enfermagem. É uma pessoa que não tem curso e que prepara, eu achei uma afronta. Ninguém nunca vai me convencer, nunca vai tirar essa mágoa que está em mim. Pra mim é uma transgressão da lei, do nosso código. A menina pinga as gotas, você tem que atravessar toda uma ala, pra chegar até o paciente.

PK: A gente preocupa também com medicamentos escondidos para uma dose maior, que trouxe de casa não entregou... e ficou dentro da roupa.

PEB: E as pessoas que são os trabalhadores, técnicos muitas vezes fragilizam nessas regras. Por questões diversas: já conheço o ambiente, já conheço o paciente, não tem essa complexidade, vou dar na hora que ele estiver mais calmo e aí esquece passa 1 hora, 2 horas, 3 horas... Que é “muito comum”, entre aspas, né? Vou colocar aspas, o comum. E isso vai sendo perpetuado e isso é ruim, traz dissabores complicantes para a gestão do trabalho, tanto para o supervisor quanto para quem coordena.

PEA: [...] não tem liberdade porque ele tem a sensação de que é punido. Então chegar na chefia, às vezes, até para admitir algum erro, e isso é importante para nós, porque por exemplo, se eu mediquei errado, se eu mediquei o paciente errado, qualquer coisa que eu tenha feito anotação, qualquer coisa tem que ser corrigido. Eu tenho que passar para os meu superior e eu tenho que ter o meu superior como uma pessoa sensível [...] (Encontro de Restituição).

PF: [...] Eu já esqueci de fazer medicação de horário, cheguei para xxx e falei que esqueci, pra tentar amenizar para o paciente e não é uma questão minha se eu vou ser punido. Porque de todo jeito eu errei. Eu assumi meu erro falei, o que a gente pode fazer? A medicação com atraso de 1 a 2 horas mas foi corrigido a tempo... Acho que a nossa supervisão é muito boa. Eu me sinto bem recebido, muito acolhido toda, sempre desde o começo. (Encontro de Restituição)

DP: O erro de medicação apareceu em uma fala como sendo um “erro”, sem maiores repercussões e não decorrente de fatores externos, mas sim da prática de cada profissional. (23/05/23)

DP: Para o grupo, alterar a via de administração e não insistir com os pacientes é a forma mais correta e segura para o paciente. (26/05/23)

DP: O relato desse grupo me fez pensar em parâmetros de segurança além das normas e boas práticas instituídas. O acesso à informação e comunicação efetiva pode contribuir para uma administração mais consciente e proporcionalmente segura. (31/05/2023)

DÚVIDAS NA PRESCRIÇÃO

PO: Quanto mais tempo na enfermagem mais a gente aprende essas questões, às vezes a gente chega e pergunta: Dr. é isso mesmo que você quer? Isso é uma coisa que acontece não é só na Psiquiatria não, é uma realidade de todos os setores. O erro está susceptível a todos lugares.

PK: Na prescrição eletrônica o ctrl C, ctrl V, é um problema sério, porque às vezes o paciente já deixou de tomar a medicação faz tempo e aquilo ainda está ali. Vc fala todo dia para o médico, no próximo plantão o cntrl c, cntrl v está lá de novo. É complicado, facilitou no quesito leitura mas [...]

PP: Esses erros a que aparecem a gente não vai administrando não, a gente espera.

PO: A gente olha nas prescrições anteriores pra ver como era, pra ver se modificou e aí tem que perguntar se vai fazer mesmo, porque se for pra fazer tem que ter certeza. A gente pergunta pro próprio médico, mas a gente discute muito entre a gente também, mostra pro colega, sempre quando tem alguma coisa diferente um chama o outro.

PQ: Os residentes vão no automático e copiam e colam e tem uma medicação para iniciar desde quinta feira e parece que ela está em falta, então todo plantão ela está para iniciar.

PQ: Falta o prescritor ligar na farmácia pra saber o que temos.

PR: As prescrições são copia e cola, não muda. Paciente tem uma hipoglicemia, pede uma glicemia de 6 em 6 horas e fica sempre furando o dedo dele e ele não é diabético.

PEE: Sim, não chega a ter uma falha assim de administração pra mais ou pra menos, não.

PEE: Não, às vezes assim acontece alguma coisa, mas é eventual. A gente nem poderia pontuar assim que o motivo do erro é uma coisa pontual, que a gente trata com eles ali e melhora não chega a trazer um erro na administração. Um atraso mas não chega a ser um erro.

PEE: O erro, ele é erro mesmo, falha do profissional mesmo. Geralmente eles identificam todas as questões que a gente citou. Geralmente todos eles identificam, a gente, identifica e resolve. Atrasa, né? Pode atrasar e tal pode dar alguma intercorrência ali, mas só que resolve.

PED: Pode ser o esquecimento mesmo, passa em branco, tem alguns medicamentos que o paciente traz de casa. e eles ficam em uma caixinha no Posto separado e pode ser que ele não verificou, não separou ... Quando é, falha é o processo deles. A vezes é pelo horário de descanso, quem ficou não medicou. Aí eu voltei de descanso, que era o horário da medicação e achei que o outro fez. E aí quando a gente vai ver, ninguém fez, que acontece, não é?

PED: Mas se por acaso passou despercebido, aí existe também a conferência na hora de administrar, porque ele pega o pacotinho do horário e vai ver, se tiver errado, aí ele resolve pontualmente aquele horário da medicação. É uma coisa muito interessante porque é geralmente quem faz a medicação lá na nossa ala, geralmente são os mesmos funcionários, eles se dividem para os cuidados e, geralmente funcionário fica responsável por medicação, por exemplo, de de cada ala.

PEA: A enfermagem leva o copinho para farmácia, a farmácia pinga no copinho e a enfermagem volta com copinho para o andar dela no elevador. Geralmente eles vão de Escada, porque vai estar é mais rápido, mas se quiser de elevador ou escada, vai andando. Copinho aberto na bandeja.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO – DIVISÃO DE TAREFAS

PO: Cada um tem uma habilidade, eu gosto de ficar nos cuidados também

PS: É consenso de cada um, eu estou na medicação e você nos cuidados. E você acaba tendo uma atenção única para a medicação até o final do plantão.

PJ: Agora eu tenho revezado, um dia eu faço, outro dia ele faz, pra sair da rotina, aquela coisa mecânica.

PK: Quando eu cheguei e me falaram, pode pegar a medicação, porque ela é sua. E aí eu falei tá, ok. E continuei, nunca saí da medicação. Eu tenho muita facilidade para administrar as medicações. Eu amo.

PO: Não tem sobrecarga, porque quando tem mais demanda, eu aciono minhas colegas.

PP: Eu sei que estou na medicação, mas eu não estou sozinha.

PS: Se você não é sobrecarregado com outras funções, você está na medicação, você não pode acompanhar o laboratório, não posso olhar a roupa... mas se você está só na medicação a situação que faz pesar não é a medicação mas são as outras coisas que você está fazendo que te tira sua atenção no que você está fazendo.

PS: Às vezes conversa, reuniões, tudo pode ser um fator que piora a situação, que atrapalha.

PH: Tem os colegas que querem ficar na medicação e que preferem fazer sozinhos, porque tem o jeito, tem um jeito, então eu respeito o jeito, não é engessado.

PS: A divisão que a gente tem lá em cima é diferente dos outros andares, não sei se pela quantidade de leitos, mas um fica na medicação, outro nos cuidados, é diferente. Raramente tem endovenoso, a maioria é via oral ou intramuscular.

PS: O cuidado integral, eu acho que a psiquiatria não funcionaria dessa forma, porque a pessoa pede ajuda.

PH: Eu acho que não sobrecarrega por causa da via de administração da maioria dos medicamentos, via oral. Se fosse como na clínica médica com muitos antibióticos, pegar acesso [...]

PH: Nas outras clínicas você fica com uma média de 6 pacientes, alguém vai ter que esperar pra fazer alguma coisa, porque aí você tem que puncionar, trocar a fralda, olhar os dados.

PS: Quando eu cheguei na psiquiatria já era assim, teve uma vez que alguém começou a reclamar que estava apertado, mas não deu certo.

PH: Na psiquiatria, serviço não tem muito, é claro que a vigilância é 24 horas, porque o paciente está em surto. Qualquer hora ele pode agredir um colega, qualquer hora pode agredir um médico, qualquer um.

PJ: Em termos de cuidados de enfermagem o serviço é bem menos.

PI: Lá você não cansa o corpo, a sua cabeça que fica a mil, porque você tem que ouvir.

PEE: Então quem administra medicação é porque já gosta de administrar, já se dá melhor naquilo. Já tem os processos mais estabelecidos, né? É bem característico também, isso no nosso setor.

PEA: As tarefas são divididas. Então, se a gente divide um número fixo de pacientes por funcionário? Quem pegou esse paciente agitado por exemplo, ele não vai dar conta desse paciente sozinho numa hora de fazer uma contenção ou de um banho por exemplo. Vai precisar da equipe inteira, então, por conta disso, a distribuição fica mais nesse sentido de os cuidados direto, ou a medicação, alimentação. E aí tem essa divisão, mas quando tem algo mais específico, vai a equipe inteira.

PEA: [...]por exemplo, o paciente muito demandante, a gente não fala, fulano é o seu paciente, não: todo mundo atende ele., porque se não fica injusto, tem paciente que não sai da cama e tem paciente que não sai da porta do posto em extrema mania. É, aí a gente não divide número de pacientes por funcionário, não é? A gente faz mais uma divisão de atribuições.

PEA: Eles preferem trabalhar geralmente assim, a gente já propôs rodízio até pra não sobrecarregar, é mais por afinidade. Tem funcionário que prefere o cuidado mais direto, tem um outro que prefere mais uma medicação e como eles se dão bem naquela tarefa a gente deixou. Todas as vezes que a gente propôs fazer rodízio ou tentar fazer uma escala, eles mesmo preferem manter do jeito que eles gostam de trabalhar.

PEA: [...] A gente prefere trabalhar mais, unida mesmo e todo mundo entender todos os pacientes, porque a demanda da psiquiatria é muito diferente da demanda clínica, então a gente não consegue diferenciar muito seu paciente do meu paciente, porque a gente tem que atuar junto. Então a gente faz uma divisão sim por conta de evolução, alguns cuidados, mas a gente trabalha muito em parceria nesse sentido.

DP: Todos os enfermeiros atribuíram um conhecimento e autonomia aos Técnicos que administram os medicamentos na unidade, permitindo que os mesmos se mantenham organizados na divisão de trabalho, como no método funcional. Afirmam ser uma forma organizada de trabalho e que respeita a afinidade em relação às tarefas a serem feitas por cada um da equipe. (23/05/23)

FATORES QUE DIFICULTAM A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PQ: Existe o copia e cola para a enfermagem com muita frequência também e isso leva a muitos erros, copia e cola. Eu faço a minha evolução, sobre o que eu estou vendo ali, não sei se o que os colegas fazem, como fazem, porque não é da minha competência. Às vezes se mantém o paciente contido uma semana, porque é um x, apenas um x. Mas tem essa opção no prontuário eletrônico, tem essa possibilidade.

PR: Uma coisa que eu tenho dificuldade são medicações em vários horários, o ideal seria juntar tudo em um horário só, seria mais prático, porque para tomar uma vez já é difícil... por exemplo 21 horas, facilitaria pra Farmácia, para os médicos e para nós.

PQ: A prescrição com medicações ‘do paciente’, se você não conferir, reconferir, você não vai perceber que a medicação está lá naquele armário. Isso aí é uma coisa que se tivesse um escaninho para cada um ficar com o seu ali, né?

PR: A medicação ‘do paciente’ fica muito solta.

PR: A maioria dos pacientes não gostam de tomar medicação e aí você vai às 20 horas, às 21, às 22h, porque não pode fazer em um horário só?

PF: Eu faço as medicações no horário certinho, mas tem pacientes que eu sei do caso deles eu vou fazer num horário ‘meio termo’, já conversei com a médica e falo, vou fazer tudo às 09 horas, porque depois ele não vai aceitar.

PR: Acontece também a medicação para iniciar que não foi avisado.

PH: Se você chegar no Posto de Enfermagem da Clínica Médica, só está a equipe de enfermagem, um silêncio, chega na Psiquiatria o paciente chama, você não concentra, toda hora te interrompe, é campainha, é paciente, é telefone e se tiver uma intercorrência tem que largar e ir.

PQ: Antes tinha kit, tinha uma caixinha de urgência, o enfermeiro ficava com uma chave e quando precisava pegava e fazia. Não temos uma seringa, uma agulha, uma gazinha. Tem que deixar o paciente, destrancar porta, abrir porta e ir a farmácia com fila pra te dar um pacote de gazinha porque eles não consideram isso urgência.

PR: A medicação do paciente, o hospital é responsável pelo tratamento do paciente, mas virou rotina não ter. O médico escreve: medicação do paciente, aí a família não compra, e se a família não tiver condição financeira? É muito complicado isso.

CARACTERÍSTICA 7: INTENÇÃO DE PRODUZIR CONHECIMENTOS

PI: Um aprendizado e reciclagem. Medicamentos por exemplo eu trabalho de uma maneira que talvez não esteja correto, a tendência é melhorar.

PK: Então, tentar melhorar, o que é bom, ficar melhor ainda. Essa questão mesmo de aprendizado, novidades.

PL: Uma forma de cooperar com a sua pesquisa. Eu acho que é muito relevante e com essa proposta de jogar uma luz dentro do setor que a gente está trabalhando 12 horas e que vai mesmo trazer uma luz, eu penso uma melhoria, uma nova visão no fazer.

H: Não temos treinamento específico, porque é um setor específico. A gente fica fazendo esses treinamentos que nem se aplicam ao que a gente faz dentro do setor e é obrigatório fazer, pra nós isso é irrelevante, se eu for para um outro setor pode até ser que se aplique, mas aqui pra nós não e fica aquela coisa repetitiva.

M: E o que a gente já cansou de pedir, de demandar é um treinamento de contenção, a gente usa isso praticamente todo dia. E cada um faz do seu jeito, não tem um padrão, não tem um protocolo... É um setor totalmente ignorado, de todos os jeitos, internamente e externamente.

PH: Deveria ser você da enfermagem a pingar e a farmácia olhar, seria a dupla checagem, o correto seria isso. Eu que tinha que fazer isso.

PN: E outra coisa a gente não teve um preparo para entender o que poderia ser mudado e que impactaria no paciente. Só um exemplo dos setores de fora, tem uma coisa específica, curativo: tem um treinamento para curativo. Se não está funcionando dessa forma, a gente tem um preparo, a gente sabe onde aplicar e o que está dando errado...

PL: E a gente não tem motivação para trabalhar por isso, porque você chega num ponto que você não pode fazer. Tem o que fazer? Provavelmente sim, né? Se você tivesse igual no Cersam, uma reunião de equipe, pra tentar melhorar, o que depende de quem, vamos fazer isso... Mas ali você não consegue fazer uma reunião de equipe porque as pessoas não podem vir fora do plantão, fora do horário.

PL: No Cersam de manhã a gente chega tem uma passagem de plantão, todo mundo, que está de plantão, referência técnica, médico, psicólogo, os funcionários da noite e os funcionários do dia. O pessoal da noite chega e fala, e passa o plantão da noite e vai embora os do dia ficam, aí o plantonista lê o que aconteceu no dia anterior, reforça o que aconteceu a noite, dá algumas orientações e todos são liberados. Na segunda feira eles repassam tudo que aconteceu na sexta à noite, sábado e domingo.

DP: Quero que a equipe de enfermagem da psiquiatria tenha a oportunidade de expressar seu potencial através do propósito dessa pesquisa. Existem muitos saberes em cada profissional que ali se encontra reunido, em uma ala fechada, sob uma coordenação, sob uma supervisão direta e diante dos pacientes. 09/06/22

PL: A construção de uma passagem de plantão, a construção de oficinas, de assembleias com os pacientes que estão mais organizados, que dão conta de falar, assembleias com os funcionários, interagindo todo mundo. Sabe é uma construção, nós temos muita rotatividade, mas acho que mesmo com rotatividade dá para construir um olhar mais humanizado, um novo cuidado. (Encontro de Restituição)

PL: [...] é um conjunto de saberes, é uma construção de todos, para todo mundo olhando para o mesmo alvo, vamos fazer disso aqui a referência da psiquiatria no Brasil. Eles falam que a nossa psiquiatria, das residências é a mais concorrida, porque não assistência de enfermagem também não ser a melhor? É a construção de saberes, e não é da noite pro dia. É todo mundo olhando pro mesmo lugar e por mais que a equipe de enfermagem é a mais numerosa, com as suas especificidades, ela que está ali 12 horas. (Encontro de Restituição).

PM: [...] Se tivesse essa interação entre a equipe médica da Psiquiatria e a equipe de enfermagem, em algum momento não precisa ser todo dia, não, como PL está falando que no CERSAM tem a reunião onde todo mundo tem direito de expor, a sua opinião tem a mesma importância que a minha, todo mundo vai ouvir para bem maior do setor [...] (Encontro de Restituição)

PEB: [...] eu penso, até que poderia ser feito uma dinâmica melhor até com a gerência, mostrar para eles a realidade do setor, daquilo que foi colhido. Acho que seria interessante também para trazer para dentro da realidade do hospital, um outro hospital que é o psiquiátrico, com suas complexidades. (Encontro de Restituição)

PEA: [...] eu acho que seria muito interessante se n é claro, a pesquisa foi o objeto principal, mas assim, a partir disso se a gente conseguisse continuar, sabe, trazer melhoria para o setor ia ser legal demais assim, e acho que ia trazer um resultado para nós que ia ficar marcado na psiquiatria. (Encontro de Restituição)

PM: [...] é o que eu tinha falado com a Sandra desde a primeira reunião, espero que ela consiga isso, torço muito que ela consiga, depois que ela fizer o trabalho dela, defender que virá uma coisa linda que ela traga isso para a reunião da psiquiatria, porque os médicos fazem a reunião deles toda quarta-feira, e eu acho que é um tema assim importantíssimo, necessário. Ela fez o trabalho dentro da psiquiatria do hospital, então ela tem que trazer isso para eles, porque aqui entre nós, nós participamos, nós estamos aqui mostrando os resultados. (Encontro de Restituição)

ORIENTADORA: [...] a ideia que ela possa depois, quem sabe, eu me coloco à disposição também para pensar em outras estratégias para dar continuidade, porque é uma pesquisa que não tem como resolver da noite para o dia, são coisas que são levantadas na pesquisa intervenção que a gente não resolve da noite pro dia, mas a gente vai buscar coletivamente, se o grupo quiser, estratégias para resolver aquilo que ele tem governabilidade, porque aquilo que não tem governabilidade também a gente não vai conseguir atuar. Mas o que é aqui do nosso cotidiano, da nossa micropolítica aqui, que a gente consegue, pelo menos dar uma sacudida e repensar [...] (Encontro de Restituição)

ORIENTADORA: [...] E coletivamente pensando propostas para poder dar conta de coisas que vão trazendo sofrimento mesmo para o trabalho, né? Porque esses fatores vão trazendo sofrimento [...] (Encontro de Restituição)

DP: Uma Enfermeira propõe uma alternativa para essa rotina em que fosse entregue o frasco para a enfermagem e a farmácia acompanharia esse fracionamento de dose, acredita que dessa forma se amenizaria esse sentimento de desconfiança e interferência nas ações da enfermagem. (05/06/2023)

CARACTERÍSTICA 8: APLICAÇÃO DAS MODALIDADES DE RESTITUIÇÃO

PM: [...] Eu acho que você tem que procurar Dr. XX pra agendar enquanto está fazendo para ele já agendar, porque eu acho que tem que agendar com antecedência, para quando tiver pronto, você apresentar na reunião deles, porque aí os médicos, os residentes estarão todos lá

e de fora quem quiser ir pode ir, porque aí divulga no hospital.

ORIENTADORA: Agora, eu acho que o PEB trouxe uma coisa importante, Sandra, que é aquilo que está instituído, o que é a norma? E aí ele fala assim, mas aí tem as pessoas. Uma coisa é aquilo que tem que cumprir, que está posto, que é a norma, não é? Mas aí tem as pessoas. Como assim, né? Explica um pouco melhor essa questão.

ORIENTADORA: Caminhando para o final, acho que vocês colocaram várias questões da prescrição, da comunicação e essa mudança do multidoso. Como é que isso? No dia a dia, como é que? O que vocês verificam ou percebem nessa questão. Isso traz um impacto no erro? Assim, eu fiquei aqui imaginando o quanto que isso para vocês pode ser de alguma forma complicado, não é? No sentido mesmo da medicação correta.

PESQUISADORA: A gente tinha pensado em dar uma devolutiva para vocês, um retorno, na verdade, colocar vocês em contato com as coisas, as falas que apareceram ao longo desses encontros, nós tivemos 11 encontros mais 15 horas de gravação. Não dá para trazer tudo porque é muito conteúdo, mas hoje a ideia é eu quero convidar vocês a, por favor, vou dar um papelzinho pra cada um e vocês podem levantar e se aproximar, eu gostaria que vocês lessem aquelas considerações, cada uma delas tem um número, vocês podem ler e escolher a que mais chama atenção de vocês e que vocês queiram aprofundar no assunto, fazer alguma consideração, vocês podem ficar a vontade e é importante vocês terem contato com todas elas. (Encontro de Restituição)

PEA: Gente, eu achei muito interessante esse quadro e essas falas. Eu acho que deve ter sido muito difícil mesmo selecionar. E eu relatei algumas aqui, até difícil escolher, porque eu acho que muitas têm ligação uma com a outra [...] (Encontro de Restituição)

ORIENTADORA: [...] E a ideia é que para que se possa tratar é necessário que as coisas emergjam. E existem dispositivos, como por exemplo os que o CERSAM utiliza, da assembleia ou das oficinas, que se assemelham um pouco à perspectiva teórica que a Sandra está trabalhando, é que é da análise institucional, porque aí a gente consegue olhar para os fatores institucionais, que estão interferindo na prática profissional. (Encontro de Restituição)

PM: [...] E aí, junto depois, pensar nas estratégias que dá para equipe de enfermagem implementar. (Encontro de Restituição)

DP: Inicio retomando do encontro anterior pontos destacados por eles em relação às condições e características apontadas por eles em relação ao trabalho na Psiquiatria e que nesse encontro, a partir dos princípios que apresentei no encontro anterior: confidencialidade, não julgamento e implicações de todos em relação ao tema, setor e relações. E a partir disso, iríamos analisar alguma situação/fato ocorrido que

tenha impactado em sua prática, que a solução para essa questão não tenha sido satisfatória, ou se foi resolvido e ficou tudo bem.
(02/06/2023)

DP: não sou a mesma e a cada dia eu mudo e melhora mais, preciso restituir ao grupo o que está sendo construído coletivamente.
(05/06/2023)

APÊNDICE F

SITUAÇÕES RELATADAS NO GEASE

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

SITUAÇÃO 1

“No caso específico pra mim, foi ano passado, tínhamos uma paciente que ela dava muito trabalho para tomar medicação, não aceitava alguns e tal. Cada um tem seu jeito, durante o dia, usavam de uma técnica que fez ela tomar medicação. E à noite parece que, os pacientes são outros, porque eles mudam muito. Parece que também a medicação que tomou durante o dia faz efeito contrário. De noite, sei lá, ficam mais agitados eu já reparei isso várias vezes e ficam mais confusos. Durante o dia, eles rotularam o clonazepam dela, estava tomando clonazepam três vezes ao dia, rotularam como vitamina. Eles fizeram isso como uma estratégia pra ela poder tomar. Aí deram pra ela, ela aceitou tomar. Porque em casa, ela realmente tomava um complexo vitamínico que aqui ela estava requisitando. Aí, a médica veio e colocou na prescrição que era pra fazer daquele jeito, para colocar que era vitamina, para ela poder tomar. Só que eu não coloquei não, porque não concordo. Acho que cada um tem seu jeito, desde que a gente consiga fazer o paciente tomar. E aí eu não fiz não, rotulei como Clonazepam, igual como eu faço com todos os outros. Fui à farmácia, peguei. E essa médica a gente chama, ela não vai, fica só fazendo prescrição e mandando a gente pegar na sala... A paciente estava daquele jeito de sempre, de não tomar os remédios e tal e como a gente já falou e tem coisa que a gente não tem que forçar. Eu acho que dependendo da situação, você tem que respeitar o não querer do paciente, para certas medicações, é lógico, se é uma medicação que se ele não tomar, interfere no tratamento é uma coisa agora, um remédio que vai fazer ele dormir ou só ficar mais calmo às vezes, dependendo da hora, e um dia diferente do outro dia. Aí não escrevi não, e ela não aceitou. Como ela já não estava aceitando todos os dias. Não foi uma coisa que só naquele dia ela não aceitou. Mais tarde, a médica foi lá porque a gente falou que ela não aceitou nada. Ela tinha uma mão cheia de remédio. Aí ela pulou desse tamanho aqui, porque estava escrito na prescrição que era para colocar que era vitamina, porque ela já tinha aceitado assim e que a gente desobedeceu o que estava na prescrição. Aí eu falei, pega o copinho, rotula como vitamina

vai lá e vê se ela vai tomar. E ela foi lá, tirou o rótulo do copo e foi lá tentar dar. Sabe o que a paciente fez? Cuspiu nela. E eu falei em alto e bom tom, para ela ouvir, que cada um tem seu jeito de trabalhar e eu não vou ficar escrevendo uma coisa pra ficar enganando o paciente, porque a gente tem que levar em consideração, ele não quer tomar.”

SITUAÇÃO 2

“Teve um outro episódio de paciente que ficou mais de 1 mês em franca crise, arrancou todas as unhas. Um dia ela estava no chão e pediu pelo amor de Deus me ajuda, eu não aguento mais. Ficou passando fezes na parede, toda suja... e ela tomava a medicação, e era a mesma medicação, gritava dia e noite, mas ela chegou em uma exaustão e pediu ajuda desesperada, e era a mesma medicação HF, HF, não tinha mais onde aplicar. E tudo relatado, supervisão junto, supervisão do dia lá... eu estava adoecendo junto. Tudo perpassa pela medicação.”

SITUAÇÃO 3

“Duas pacientes me marcaram negativamente sobre o que o ser humano pode fazer. Uma, a medicação não estava fazendo efeito mais e precisava passar por outro procedimento que é o ECT, mas precisavam da autorização da família. A família não estava concordando em fazer o procedimento e ela não tomava medicação, todas as mudanças que se tentava fazer não surtia efeito. Essa paciente ficou 60 dias numa condição sub-humana, de passar fezes na boca, de ficar com o corpo cheio de hematomas por se jogar no chão, numa situação como se fosse um bicho ali dentro da enfermaria que isolaram pra ela. E outra, mais jovem, e o que iria resolver pra ela era o mesmo procedimento e ficou também muito tempo. E eles dando medicação, mas não tinha mais onde aumentar dosagem, combinações, não funcionavam. A gente ficava angustiada, até quando essa paciente vai ficar nisso? Não tinha onde mais fazer injetável, deltóide, glúteos, não tinha, isso me deixou angustiada. “Parece que você vê assim aquela psiquiatria da idade média, aqueles manicômios...”

ENFERMEIROS

SITUAÇÃO

“ A medicação controlada, multidose, na farmácia era liberada para o técnico de enfermagem pingar as gotinhas de acordo com a prescrição, ele dava o frasco para o técnico pingar as gotas da prescrição. Com um levantamento que a farmácia fez das gotinhas e dos frascos distribuídos, eles observaram que os frascos estavam acabando muito antes do que a prescrição médica, então houveram suspeitas de que estava tendo perda de medicação e que isso era no hospital inteiro. Isso não era uma questão daqui, da Psiquiatria. Era uma coisa do hospital. Então, diante disso a farmácia, junto com os coordenadores, considerando que a Farmácia é terceirizada, eles entraram num consenso de que os funcionários da Farmácia iriam pingar as gotas de acordo com a prescrição, tendo o técnico de enfermagem na frente deles, conferindo as gotinhas pingadas. Na época que isso aconteceu teve assim um motim no hospital, foi um caos.

ORIENTADORA: E como que eles pegam esse medicamento?

A enfermagem leva o copinho para farmácia, a farmácia pinga no copinho e a enfermagem volta com copinho para o andar dela no elevador. Geralmente eles vão de escada, porque é mais rápido, mas vão andando com o copinho aberto na bandeja.”

Foi uma coisa que o hospital instituiu junto com a farmácia e repassou para nós. Só repassou, né? E a gente teve uma resistência absurda da equipe, porque parecia que a gente, enquanto supervisão ou coordenação, estava estipulando isso. E aí a gente teve uma resistência muito grande dos técnicos. Então, assim, eles estavam até se juntando para fazer um movimento contra a gente, sabe? Estavam contra o Hospital foi muito difícil. Foi um período muito difícil mesmo. Tinha gente que se recusava a pegar a medicação, e aí combinava, era com o colega que era um pouco mais tranquilo nesse sentido, ele ia buscar, mas teve gente que se recusou a fazer isso, a aceitar que o outro pingasse medicação pra ele”

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **EM BUSCA DE UM CUIDADO SEGURO NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: análise institucional da prática profissional da equipe de enfermagem de uma unidade psiquiátrica.**

Caso concorde em participar, esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser impresso e assinado em duas vias. É de suma importância que você armazene em seus arquivos uma cópia desse documento eletrônico. No caso de dúvidas, a qualquer momento, você poderá ser esclarecido(a) diretamente com a mestrandia SANDRA ELIEMAR ROCHA que está sob a orientação do pesquisador principal a **Prof. Dra. Carla Aparecida Spagnol**, ou entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (conforme dados disponíveis ao final deste termo).

OBJETIVO DA PESQUISA

Analisar a prática profissional da equipe de enfermagem relacionada a administração de medicamentos, enquanto cuidado de enfermagem seguro e livre de danos ao paciente

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Encontros Socioclínicos para análise da prática profissional com observação às medidas de segurança institucional para a COVID -19.

CONFIDENCIALIDADE

A participação é absolutamente voluntária e sem nenhum tipo de remuneração financeira. Os dados serão tratados com todo o cuidado e sigilo, sendo garantidos a preservação dos mesmos, sua confidencialidade e o anonimato de todos os participantes. As respostas permanecerão confidenciais e seu nome não será associado a elas. Os dados serão gravados e mídia digital e armazenados por 5 anos.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

Aspectos éticos fundamentais que merecem destaque neste estudo são a garantia de que não há discriminação na seleção dos participantes; a pesquisa oferece o risco de desconforto por você responder as questões propostas relacionadas a sua prática profissional. Todas as questões são relacionadas ao seu trabalho serão tratadas com todo o cuidado e sigilo, procurando garantir a privacidade de seus dados registrados. Como os dados serão enviados por meio eletrônico, há limitações dos pesquisadores em assegurar total confidencialidade, com potencial risco de sua violação, em função das limitações das tecnologias utilizadas. O TCLE considera o que está preconizado nas Resoluções 466/2012 e procura assegurar a preservação dos dados, sua confidencialidade e o anonimato dos participantes.

BENEFÍCIOS DIRETOS DA PESQUISA

Os benefícios diretos desta pesquisa são:

Conhecimento da prática profissional da equipe de enfermagem relacionada a administração de medicamentos e propiciar um momento de reflexão para esse procedimento.

DÚVIDAS – PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Prof^a Dr^a Carla Aparecida Spagnol (coordenadora)

Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG – Brasil

Escola de Enfermagem – Campus Saúde

E-mail:

Fone:

Sandra Eliemar Rocha (mestrando)

Endereço CEP

E-mail: sandrarochaenf93@gmail.com–

Fone:

COEP-UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. – Tel: 3409-4592

CONSENTIMENTO

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir de participar da pesquisa mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa. Confirmando que fui orientado(a) a armazenar em meus arquivos uma cópia desse documento eletrônico. Por tudo isso, declaro que li este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar da pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/2022

Assinatura do (a) participante:

Assinatura da pesquisadora coordenadora do estudo:

Assinatura do pesquisador mestrando do estudo:

Rubrica participante: _____ Rubrica coordenadora: _____

Rubrica mestrando: _____