

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**INSTITUTO DE GEOGRAFIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM**  
**SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

**ADRIANA HERMAN**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**  
**ATRAVÉS DO CUIDADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

**UBERLÂNDIA**

**2023**

**ADRIANA HERMAN**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
ATRAVÉS DO CUIDADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório para o Título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr Paulo Cezar Mendes

**UBERLÂNDIA**

**2023**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

H551 2024	<p>Herman, Adriana, 1974- A segurança do paciente na rede de atenção psicossocial através do cuidado da equipe multiprofissional. [recurso eletrônico] / Adriana Herman. - 2024.</p> <p>Orientador: Paulo Cezar Mendes. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. Disponível em: <a href="http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.3">http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.3</a> Inclui bibliografia.</p> <p>1. Geografia médica. I. Mendes, Paulo Cezar, 1972-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós- graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 910.1:61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do  
 Trabalhador  
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	12/12/2023	Hora de início:	14h	Hora de encerramento:	15h:30
Matrícula do Discente:	12112GST001				
Nome do Discente:	Adriana Herman				
Título do Trabalho:	A segurança do paciente na rede de atenção psicossocial através do cuidado da equipe multiprofissional				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Paulo Cezar Mendes, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e orientador da candidata; Maria Cristina de Moura Ferreira, da FAMED; Eleusa Gallo Rosenburg; da Secretaria do Estado de Educação de Minas Gerais.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Paulo Cezar Mendes apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

#### APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Cristina de Moura Ferreira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 02/01/2024, às 21:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Cezar Mendes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 02/01/2024, às 22:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Eleusa Gallo Rosenberg, Usuário Externo**, em 10/01/2024, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5041221** e o código CRC **3157DF68**.

---

Dedico este trabalho ao meu companheiro de vida e de sonhos, meu amado marido Tony, que sempre acreditou no meu potencial, sem isso não chegaria aonde cheguei. Sua garra, vitalidade e motivação sempre foram minha inspiração.

## AGRADECIMENTOS

Findado esse Mestrado, gostaria de agradecer algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para que pudesse realizar mais esse sonho. Por isso, expresso aqui, através de palavras sinceras, um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista e a minha sincera gratidão a todas elas.

Primeiramente, agradeço a Deus e a Nossa Senhora. Obrigada por me darem a fé e a força necessária para lutar e por me abençoarem com tantos presentes divinos!

Agradeço de maneira especial meu esposo Tony Alisson Ferreira que sonhou esse sonho comigo, sempre foi meu maior incentivador, nunca me deixou desistir e se hoje estou concluindo esse Mestrado, esse título será nosso.

Aos meus filhos Maria Clara e Tomás, que foram privados de minha companhia por tanto tempo dedicado aos estudos e sempre tiveram um sorriso no rosto para me apoiar, vocês são o motivo do meu esforço e dedicação.

Agradeço aos meus pais Nikon e Maria José, às minhas irmãs Andreia e Alessandra e meu irmão André por sempre desejarem o melhor pra mim, pelo apoio e incentivo que sempre me deram. À vocês, minha família, sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela felicidade que tenho.

Minha gratidão especial ao Prof. Dr. Paulo Cezar Mendes, meu orientador, pela pessoa e profissional que é. Sua paciência e voz calma foram fundamentais para que conseguisse concluir essa Dissertação. Obrigada por sua dedicação, que o fez, por muitas vezes, deixar de lado seus momentos de descanso para me ajudar e me orientar!

Agradeço à Secretária de Saúde de Lins e toda equipe de Saúde Mental de Lins pelo incentivo e auxílio que tornaram possível a concretização deste projeto.

Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras:  
espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.

Nise da Silveira



## RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente é uma preocupação fundamental em todos os níveis de atenção à saúde. Assim, elucidar os riscos e fatores relacionados aos incidentes de segurança do paciente é de suma importância para apoiar a elaboração de políticas e protocolos específicos para o cuidado seguro dessa população. **Objetivo:** Caracterizar os estudos que abordam os incidentes com pacientes de Atenção Psicossocial e atitudes de segurança de profissionais da saúde e avaliar a associação entre incidentes ocorridos com pacientes com atitudes de segurança dos profissionais da equipe multiprofissional que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Lins, São Paulo. **Metodologia:** A presente dissertação englobou a realização de dois estudos. O primeiro trata-se de uma revisão integrativa da literatura, nas bases de dados LILACS, MedLine, SciELO e Pubmed. Foram selecionados artigos nacionais, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados entre janeiro/2012 a novembro/2022. O segundo trabalho é um estudo transversal, realizado com profissionais atuantes na RAPS do município de Lins, São Paulo, baseado na aplicação de questionários para coleta dados sociodemográficos, incidentes na RAPS e Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ). Foram utilizados modelos de regressão logística para prever a razão de chances para categorias dos incidentes ocorridos com pacientes na RAPS e os domínios de atitudes de segurança dos profissionais. **Resultados:** A revisão integrativa nos evidenciou que o risco e os incidentes propriamente ditos ocorreram em todos os setores, independentemente do nível de atenção em saúde. Fatores como estrutura física, experiência da equipe, erros de administração de medicamentos, agressividade do paciente, falta de preparo profissional e questões organizacionais foram relacionadas com a ocorrência de incidentes. No estudo transversal, foi encontrado que as atitudes de segurança “satisfação no trabalho” e “clima de trabalho em equipe” corroboram para a cultura de segurança do paciente na RAPS. Os profissionais que não realizavam a higiene das mãos apresentaram maior reconhecimento de estresse. Além disso, aqueles que tinham uma melhor comunicação, mostraram mais clima de segurança e mais satisfação no trabalho e aqueles que não tiveram conhecimento de erros de medicação apresentaram maior clima de segurança. **Conclusão:** Foi observado ocorrência de incidentes em todos os níveis da atenção psicossocial. Foram encontradas dificuldades por parte dos profissionais em diferenciar conceitos básicos (como erro e risco), poucos conhecimentos sobre a legislação que envolve a segurança do paciente, além da prática de ações de segurança de forma parcial, compartimentada e não sistematizada. Estudos adicionais são necessários para melhor avaliar a relação entre a cultura de segurança e a ocorrência de eventos adversos com pacientes e profissionais que atuam na rede de atenção psicossocial. Além disso, sugere-se que essa avaliação também seja realizada em outras áreas do sistema público de saúde, visando melhora na qualidade assistencial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Gerenciamento de Risco; Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is a fundamental concern at all levels of healthcare. Therefore, elucidating the risks and factors related to patient safety incidents is of paramount importance to support the development of specific policies and protocols for the safe care of this population. **Objective:** To characterize studies addressing incidents involving patients in Psychosocial Care and healthcare professionals' safety attitudes, and to assess the association between incidents occurring with patients and safety attitudes of the multidisciplinary team professionals comprising the Psychosocial Care Network (PCN) in the city of Lins, São Paulo. **Methodology:** This dissertation included two studies. The first is an integrative literature review using the LILACS, MedLine, SciELO, and PubMed databases. National articles in English, Spanish, and Portuguese published between January 2012 and November 2022 were selected. The second study is a cross-sectional study conducted with professionals working in the PCN in the city of Lins, São Paulo, based on the administration of questionnaires for collecting sociodemographic data, incidents in the PCN, and Safety Attitudes (Safety Attitudes Questionnaire - SAQ). Logistic regression models were used to predict the odds ratio for categories of incidents occurring with patients in the PCN and the domains of safety attitudes of the professionals. **Results:** The integrative review showed that the risk and incidents themselves occurred in all sectors, regardless of the level of healthcare. Factors such as physical infrastructure, team experience, medication administration errors, patient aggression, lack of professional preparedness, and organizational issues were related to incident occurrences. In the cross-sectional study, it was found that safety attitudes such as "job satisfaction" and "teamwork climate" contribute to the patient safety culture in the PCN. Professionals who did not perform hand hygiene showed a higher recognition of stress. Furthermore, those with better communication demonstrated a safer climate and higher job satisfaction, and those who had no knowledge of medication errors showed a safer climate. **Conclusion:** Incident occurrences were observed at all levels of psychosocial care. Difficulties were found among professionals in distinguishing basic concepts (such as error and risk), limited knowledge of legislation related to patient safety, as well as the practice of safety actions in a partial, compartmentalized, and non-systematic manner. Further studies are necessary to better assess the relationship between the safety culture and the occurrence of adverse events involving patients and professionals working within the psychosocial care network. Additionally, it is suggested that this evaluation be conducted in other areas of the public healthcare system, aiming to improve the quality of care

**Keywords:** Mental Health; Mental Health Services; Risk Management; Patient Safety.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### ARTIGO 1

**Figura 1** - Fluxograma do processo de triagem dos artigos incluídos na revisão integrativa, no período de 2012 a 2022, Uberlândia – MG, 2023..... 31

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### ARTIGO 1

**Quadro 1** – Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura que avaliaram eventos adversos, incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança de profissionais, no período de 2012 a 2022, Uberlândia – MG, 2023..... 32

### ARTIGO 2

**Tabela 1** – Caracterização do perfil socioprofissional de trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial no município de Lins, São Paulo, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023..... 52

**Tabela 2** – Tipos de incidentes ocorridos na Rede de Atenção Psicossocial no município de Lins, São Paulo, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023.....53

**Tabela 3** – Principais atitudes de segurança relatadas por profissionais da Rede de Atenção Psicossocial no município de Lins, São Paulo, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023..... 54

**Tabela 4** – Regressão logística entre os incidentes ocorridos com pacientes na Atenção Psicossocial e os domínios de atitudes de segurança da equipe multiprofissional da cidade de Lins, São Paulo, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023..... 56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EA	Evento Adverso
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	OR: <i>Odds Ratio</i>
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SCNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Considerações iniciais.....</b>	<b>18</b>
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Modelos de atenção e de gestão das práticas em saúde mental no Brasil.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Atenção psicossocial.....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde.....</b>	<b>22</b>
<b>3.5 Segurança do paciente na Atenção Psicossocial.....</b>	<b>23</b>
<b>3.6 Papel da equipe multiprofissional da Atenção Psicossocial .....</b>	<b>24</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Objetivo geral.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>25</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A – Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO INICIAL .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA .....</b>	<b>76</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho surgiu de minha vivência na saúde mental há mais de 14 anos e pelas dificuldades enfrentadas no processo de trabalho, nas questões de erros ocorridos, eventos adversos e pela falha na comunicação na equipe. Tive a oportunidade, durante minha vida profissional, de trabalhar na assistência, gerência, coordenação e gestão na área da saúde mental, como também preceptora de estágio e, transitando por essas áreas, pude identificar os nós críticos existentes no processo de trabalho e a influência que isso causa nos pacientes e nos profissionais que atuam na área.

Na assistência à saúde, quando atuei como enfermeira assistencial, tive as vivências do cotidiano nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e pude perceber os principais entraves: locais que abrigam os serviços na maioria das vezes são casas alugadas, que não são adequadas a atender os pacientes, não possuem acessibilidade, possuíam cercas, degraus, portas estreitas, piso escorregadio, propiciando quedas, e risco a outros tipos de acidentes.

A falta de informatização dos CAPS propiciava os erros nas anotações de enfermagem e de outros profissionais, como também a superdosagem nas medicações (uma vez que os pacientes pegavam receitas nos CAPS e também nas unidades de saúde), não existindo controle dos medicamentos prescritos e entrega dos mesmos.

Na direção dos serviços especializados, posso citar os problemas de erros em medicações com moradores de residências terapêuticas, causando eventos adversos aos pacientes que são moradores dessas casas.

Outro nó crítico está relacionado a rotatividade de profissionais que trabalham em saúde mental, os quais muitas vezes não permanecem nos serviços por falta de perfil e pela complexidade do trabalho.

Ademais, a falta de investimento nos serviços de saúde mental, que ocorre na maioria das vezes por falta de um olhar na integralidade do cuidado, entendendo a importância do serviço no contexto de saúde pública e o impacto na vida da população.

A saúde mental é uma área muito intensa de se trabalhar, pois não são todos os profissionais que têm manejo e o perfil de pacientes sobrecarrega muito mentalmente os profissionais.

Desta maneira, ao iniciar o mestrado profissional em 2021, já como aluna especial, via nas disciplinas cursadas a oportunidade de contribuir com a saúde mental, na identificação dos pontos que necessitam atenção, criando mecanismos de acesso a uma

comunicação eficiente, protocolos de atendimento que visem atendimento integral, minimizando erros e eventos adversos, protegendo os pacientes atendidos e proporcionando um ambiente de trabalho salubre onde os profissionais gostem de trabalhar.



## 2. INTRODUÇÃO

No Brasil, a prestação de serviços e cuidado com a saúde mental passou por diversas transformações até chegar ao sistema de atenção psicossocial que conhecemos hoje. A Reforma Psiquiátrica ocorreu através de uma complexa política pública, a qual foi assegurada por meio de diversas leis (municipais, regionais e federais) e portarias, cujo resultado foi uma completa alteração no modelo de atendimento psiquiátrico. Através desse processo, foi observada a mudança do conceito de internação dos pacientes com problemas psicossociais por longo tempo em hospitais psiquiátricos por um modelo de reabilitação extra-hospitalar (Berlink, 2008; Sousa, 2020). Essa transformação no modelo de assistência ao paciente possibilitou a criação de novas práticas de atendimento, com maior ênfase no resgate da cidadania, bem como reinserção destes usuários e das suas famílias no meio social (Sousa, 2020).

Inserido neste contexto, um tema mundialmente discutido é a segurança do paciente, visto a necessidade em se repensar sobre as práticas em saúde na perspectiva da gestão (Tavares, 2021). Esse pensamento se iniciou em no fim da década de 90, com a publicação de um relatório publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, frente as 44 a 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos decorrentes de erros evitáveis (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000; Reason, 2000). Desde esta data, tem acontecido crescente preocupação por parte dos gestores de saúde sobre a importância da segurança do paciente (Tavares, 2021).

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou de diversas atividades em âmbito mundial, cujo objetivo foi o debate temas sobre a segurança dos pacientes, a fim de identificar as intervenções para melhorar o atendimento e para reduzir danos. Em 2013, a OMS pactuou 06 (seis) indicadores, sendo eles: identificação correta do paciente, melhoria da segurança na prescrição, cirurgia segura, lavagem de mãos, desenvolvimento da comunicação efetiva entre os profissionais, comunicação efetiva entre os profissionais e uso/administração de medicamentos.

No Brasil, houveram diversas publicações, entre elas: 1) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 de 25 de novembro de 2011, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelece os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; 2) Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente; 3) RDC nº

36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA, constitui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

De acordo com Tavares (2021), os cuidados ao paciente com transtorno mental são diferentes daqueles oferecidos ao paciente clínico, devido a questões exclusivas da assistência em saúde mental, o que inclui maiores riscos como o de violência e autoagressão, por exemplo. Assim, através da notificação de incidentes e eventos adversos, é possível a criação e avaliação de indicadores para o monitoramento da qualidade da segurança do paciente em saúde mental (Ramos; Trindade, 2011).

Neste sentido, acredita-se que o desconhecimento sobre os protocolos de segurança do paciente gera riscos a eventos adversos para o paciente. Além disso, o propõe-se com o presente estudo investigar se as atitudes de segurança da equipe multiprofissional, interferem na ocorrência de incidentes e eventos adversos.

## 2.1. Considerações iniciais

Esta dissertação foi organizada nas seguintes seções: inicialmente, uma **Fundamentação Teórica** será apresentada como forma de revisão da literatura sobre os temas abordados na dissertação. Serão então elencados os **Objetivos** em que são expostos os propósitos do estudo; os **Resultados**, que contemplam dois artigos elaborados; a **Conclusão**, que discorre sobre a síntese dos principais resultados do estudo; as **Perspectivas**, nas quais são apresentadas as expectativas para estudos futuros; e o **Pós-texto**, no qual estão incluídos referências bibliográficas, anexos e apêndices.

O primeiro artigo intitulado “Incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança dos profissionais: uma revisão integrativa” teve como objetivo analisar os incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança de profissionais. Este artigo está submetido para o periódico *Revista de APS – Atenção Primária à Saúde – da UFJF* (Qualis B1).

O segundo artigo intitulado “Associação entre incidentes com pacientes e atitudes de segurança dos profissionais da rede de atenção psicossocial da cidade de Lins - SP” teve como objetivo analisar a ocorrência de incidentes ocorridos com pacientes e sua relação com atitudes de segurança da equipe multiprofissional da Rede de Atenção Psicossocial, em Lins, São Paulo. Este artigo está submetido para o periódico *Revista Brasileira de Enfermagem* (Qualis A2).

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Modelos de atenção e de gestão das práticas em saúde mental no Brasil**

No Brasil, a partir do processo de reforma psiquiátrica, impulsionado pela Lei nº 10.216/2001 e da instituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), busca-se transformar os modelos de atenção e de gestão das práticas em saúde mental, valorizando o cuidado aos portadores de transtorno mental, usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, através de ações integrais e intersetoriais, acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial (Brasil, 2001).

Nesse sentido, avançou-se em direção à implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada através da Portaria nº 3088/2011, por meio da adoção de dispositivos e serviços estratégicos, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Serviço Residencial Terapêutico, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, entre outros. Nestes serviços, prioriza-se o trabalho em equipe compostas, na maioria das vezes, por enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, entre outros, os quais desenvolvem ações e atividades de acolhimento, acompanhamento dos usuários de maneira individual e em grupos, bem como assistência às famílias (Dutra *et al.*, 2017).

Entretanto, há uma distância entre as diretrizes que preconizam o cuidado em saúde mental e a assistência que é efetivamente prestada. Segundo Timm e Rodrigues (2016), não parece ser o caso de haver dúvidas acerca da necessidade de estabelecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde e proporcionar assistência de qualidade.

Deste modo, é notável a importância do debate sobre a segurança do paciente para instituir cuidados mais seguros que não causem danos. Isto se deve ao fato de a segurança do paciente não ser um problema que se restringe a indivíduos isolados ou a uma única categoria profissional, mas sim ser referente a um processo que requer transformação abrangente em nível institucional (Timm; Rodrigues, 2016).

#### **3.2 Atenção psicossocial**

De acordo com Costa-Rosa *et al.* (2003), a atenção psicossocial teve suas origens baseadas em uma variedade de influências teórico-práticas de experiências históricas internacionais e nacionais, destacando-se:

1) Psiquiatria comunitária americana: objetivo de superar a visão exclusivamente médica da psiquiatria, enfatizando a integração dos serviços de saúde mental na comunidade e a participação dos pacientes no seu próprio tratamento;

2) Psiquiatria de setor francesa: abordagem desenvolvida na França que propôs a reorganização dos serviços de saúde mental em uma perspectiva comunitária, buscando descentralizar o atendimento psiquiátrico e aproximar os serviços das comunidades, promovendo a desinstitucionalização;

3) Antipsiquiatria: movimento que emergiu na década de 1960, principalmente no Reino Unido, cujos defensores questionavam os fundamentos da psiquiatria tradicional, buscando promover abordagem mais humanizada e centrada na pessoa;

4) Psicoterapia institucional: abordagem desenvolvida na França que visava transformar as instituições psiquiátricas, promovendo a participação ativa dos pacientes e profissionais;

5) Psiquiatria democrática italiana: surgiu na década de 1960, liderada por Franco Basaglia, o qual promoveu uma reforma radical no sistema psiquiátrico italiano, fechando hospitais psiquiátricos e promovendo a criação de serviços de saúde mental comunitários;

6) Além dessas influências internacionais, no contexto nacional, a produção da saúde mental enquanto política pública recebeu contribuições significativas da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva é uma área de conhecimento que busca compreender a saúde como um fenômeno complexo, influenciado por determinantes sociais, econômicos e políticos. Nesse sentido, a abordagem da Atenção Psicossocial busca articular as políticas de saúde mental com os princípios e diretrizes da Saúde Coletiva, visando promover a equidade, a participação social e a integralidade no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) foi um marco importante nesse processo, garantindo o direito das pessoas com transtornos mentais de receberem tratamento em serviços comunitários, e restringindo o uso de internações em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, a Atenção Psicossocial emergiu como uma abordagem que valoriza o cuidado em liberdade, a atenção integral e a participação ativa das pessoas e comunidades. Ela busca articular ações e serviços de saúde mental nos diversos pontos da rede de atenção, incluindo CAPS, Centros de Convivência, Consultórios na Rua, entre outros dispositivos.

### 3.3 Segurança do paciente

De acordo com Paese e Sasso (2013), a segurança do paciente é entendida como elemento essencial da qualidade de cuidados em saúde. Isto porque as organizações do cuidado se esforçam continuamente para melhorar, de modo a haver um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente, e, para alcançá-la, seria necessário compreender os valores, crenças e normas que são considerados importantes em uma organização, bem como as atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente que são incentivados, recompensados e esperados (Paese e Sasso, 2013).

Diante deste cenário de tentativa de melhoria do sistema, uma das modalidades para avaliação da cultura da segurança do paciente é o seu desenvolvimento mediante investigação por questionário. Tais questionários são aplicados aos trabalhadores e gestores em relação às suas atitudes em relação à segurança, assim como suas percepções sobre como a segurança é priorizada e gerenciada tanto em sua unidade de trabalho quanto em toda a organização (Paese, 2013). Deste modo, a temática da segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde (APS) tem ocupado lugar de destaque nas principais organizações internacionais de saúde, tendo em vista o aporte de pacientes atendidos, a gama de procedimentos realizados, e a rotatividade de profissionais que trabalham na atenção primária.

No Brasil, esta problemática teve mais visibilidade em função do Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde em 2013, que incluiu a APS como ordenadora do cuidado em diferentes níveis de atenção. O que se deve ao fato de que incidentes também ocorrem na APS, como apontam os estudos em países em desenvolvimento. Entretanto, deve-se considerar que as pesquisas neste campo ainda são incipientes, de modo que é necessário que novos estudos sejam incluídos na agenda da política de saúde brasileira, visando a busca por um cuidado mais seguro e de qualidade (Marchon *et al.*, 2015).

Embora a maioria dos cuidados seja prestada no nível da APS, as investigações sobre a segurança dos pacientes têm sido centradas em hospitais. Os cuidados hospitalares são os de maior complexidade e é natural que esse ambiente seja o foco inicial dessas investigações. Contudo, os cuidados na APS também ficaram mais complexos e, nas últimas décadas, a concepção de que a baixa densidade tecnológica é incompatível com as funções de uma APS de qualidade tem-se fortalecido, de modo que, com o aumento da

complexidade tecnológica, houve uma ampliação das funções clínicas da APS, ou seja, cuidados que eram prestados em outros níveis de atenção e passaram a ser realizados aqui (Mendes, 2014).

### **3.4 Segurança do paciente na Atenção Primária em Saúde**

A segurança do paciente é uma preocupação fundamental em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a APS. A APS desempenha um papel crucial na promoção da segurança do paciente, pois é o ponto inicial de acesso aos serviços de saúde e onde a maioria das pessoas recebe cuidados de saúde contínuos (Ministério da Saúde, 2017).

De acordo com Carlesi *et al.* (2017) muitos incidentes de segurança que acontecem no contexto da atenção psicossocial são semelhantes àqueles reportados em outros contextos de assistência, por exemplo, erros de medicação, erros de diagnóstico e acidentes com pacientes, como queda. Especialistas apontam como área prioritária para as pesquisas na atenção psicossocial a perspectiva do paciente em seus cuidados de saúde mental, incluindo a sua perspectiva sobre o planejamento da segurança dos cuidados, os danos autoprovocados e o processo de medicação. Para iniciar um processo de engajamento do paciente nesse movimento, os profissionais prestadores de assistência psicossocial precisam estar preparados para reconhecer e compreender os fatores que interferem no desfecho do paciente. Entretanto, ainda é necessário desenvolver instrumentos que direcionem a atuação do profissional nesse contexto, especialmente relacionados à prevenção de incidentes, ao gerenciamento de riscos e ao fortalecimento da cultura de segurança na atenção psicossocial.

Elucidar os riscos e fatores relacionados aos incidentes de segurança do paciente, a partir das experiências vividas pelos profissionais imersos na atenção psicossocial, é o primeiro passo para apoiar a elaboração de políticas e protocolos específicos para o cuidado seguro dessa população, assim como para fortalecer políticas de segurança já existentes.

Andrade (2018) fala que no contexto da PNSM, discutir segurança do paciente se faz necessário, uma vez que consiste em um atributo da qualidade do cuidado. Tratam-se de condutas preventivas e educativas dos processos assistenciais, com o intuito de identificar incidentes antes que causem danos aos pacientes. É importante conhecer os processos mais críticos e com maior probabilidade de incidentes para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção e mitigação de riscos no cuidado à saúde.

Desta forma, reitera-se a necessidade de ampliar a cultura de segurança na atenção psicossocial à saúde a fim de habilitar pacientes e profissionais para reconhecer e gerenciar os eventos adversos, sendo sensíveis à sua capacidade compartilhada para a mudança, reduzindo erros e a cultura de culpa, para uma cultura de educação continuada, centrada na equipe e no cuidado.

### **3.5 Segurança do paciente na Atenção Psicossocial**

Os estudos sobre segurança do paciente na Atenção Psicossocial ainda são incipientes, o que é acentuado por diferenças sobre o Evento Adverso (EA) quando originado no hospital ou fora dela. Enquanto nos hospitais a maioria dos EA é associada à cirurgia e ao tratamento medicamentoso, o EA mais frequente na Atenção Psicossocial está associado ao tratamento medicamentoso, risco de quedas e ao diagnóstico (Mesquita *et al.*, 2016).

Existem diferenças também quanto às metodologias utilizadas para medir os danos e compreender suas causas. A maioria dos estudos hospitalares utiliza a revisão retrospectiva de prontuários, já nos estudos sobre Atenção Psicossocial, o método mais utilizado é a análise de incidentes oriundos de sistemas de notificação (Marchon *et al.*, 2015).

A segurança do paciente na Atenção Psicossocial requer uma abordagem multidisciplinar, colaborativa e centrada no paciente, que valorize a participação ativa dos pacientes e a construção de vínculos terapêuticos sólidos. Ao priorizar a segurança do paciente, a Atenção Psicossocial promove cuidados que são eficazes, humanizados e respeitosos dos direitos e bem-estar das pessoas em busca de apoio e tratamento para questões de saúde mental.

Algumas considerações específicas em relação à segurança do paciente na Atenção Psicossocial incluem a avaliação de risco, ambiente seguro, uso apropriado de medicamentos, coordenação de cuidados, proteção dos direitos humanos, capacitação e educação.

Deste modo, é indiscutível que, ao tratarmos da segurança do paciente, todos os trabalhadores de serviços de saúde dedicados à assistência a pacientes devem ser considerados. Entretanto, pela frequência, intensidade e proximidade da inter-relação trabalhador-paciente, que é o objeto de trabalho dos serviços de saúde, merecem destaque algumas categorias profissionais, genericamente denominadas de “profissional da área da



saúde”, tais como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de serviços de diagnóstico e terapêutica, entre outros (Timm; Rodrigues, 2016).

### **3.6 Papel da equipe multiprofissional da Atenção Psicossocial**

A equipe multiprofissional é composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, cujo objetivo é trabalhar em conjunto para oferecer cuidados de saúde abrangentes e integrados aos pacientes (Peduzzi, 2001). Desta forma, é possível aproveitar as habilidades complementares de cada membro da equipe, ampliando a assistência.

A composição da equipe varia de acordo com as necessidades específicas de cuidado e do contexto ao qual os pacientes se encontram, podendo incluir médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, entre outros. Ao reconhecer e valorizar a contribuição de cada profissional, a equipe compartilha conhecimentos, e com isso, há a possibilidade da tomada de decisões conjuntas e garantia da continuidade do cuidado (Peduzzi, 2001).

O trabalho multiprofissional na Atenção Psicossocial é importante estratégia de efetivação do processo de desinstitucionalização e elaboração de novas práticas de cuidados em saúde (Jafelice; Silva; Marcolan, 2019). Em um estudo realizado no Brasil, Jafelice, Silva e Marcolan (2019) encontraram que o cuidado ampliado, a entrada de profissionais com formação na área, a presença de estagiários/estudantes e as parcerias possíveis entre os membros da equipe foram as principais potencialidades do trabalho multiprofissional em Saúde Mental em CAPS de São Paulo. Dentre os desafios, os mesmos autores destacaram a falta de recursos humanos, as precárias condições de trabalho das equipes, as dificuldades na articulação com outros serviços da rede, a formação profissional distante das propostas de integração disciplinar, a presença de hierarquia entre diferentes profissões, entre outros.

Portanto, é possível perceber que, mesmo com os potenciais benefícios, ainda são inúmeras as dificuldades enfrentadas por estes profissionais. Desta forma, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estudos com esta temática, visando ampliar e melhorar o trabalho prestado por estes profissionais.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Analisar, por meio de uma revisão integrativa, os incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança tomadas por profissionais e avaliar a associação entre incidentes ocorridos com pacientes atrelados as atitudes de segurança dos profissionais da equipe multiprofissional que constituem a Atenção Psicossocial da cidade de Lins, São Paulo.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar os principais eventos adversos e incidentes que ocorrem na Rede de Atenção Psicossocial de Lins, São Paulo;
- Identificar as atitudes de seguranças da equipe de trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial de Lins, São Paulo;
- Caracterizar os estudos que abordam os incidentes com pacientes de Atenção Psicossocial e atitudes de segurança de profissionais da saúde.

## 5. RESULTADOS

### ARTIGO 1

Artigo intitulado “Incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança dos profissionais: uma revisão integrativa”, submetido para o periódico *REVISTA DE APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – da UFJF* (Qualis B1).

#### INCIDENTES COM PACIENTES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATITUDES DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Adriana Herman<sup>1\*</sup>, Paulo Cezar Mendes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia

\*Autor correspondente: [adriana\\_herman@hotmail.com](mailto:adriana_herman@hotmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** As atitudes de segurança dos profissionais de saúde na atenção psicossocial desempenham um papel crucial na garantia de um ambiente terapêutico eficaz e seguro para os pacientes. Assim, é essencial que a cultura de segurança seja compreendida de forma mais consistente, com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados em saúde mental. **Objetivo:** Analisar os incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança de profissionais. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa, nas bases de dados LILACS, MedLine, SciELO e Pubmed. Foram selecionados artigos nacionais, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados entre janeiro/2012 a novembro/2022. **Resultados:** Foram incluídos 07 (sete) artigos, realizados tanto no nível de atenção especializada como no âmbito hospitalar. Observou-se que o risco e os incidentes propriamente ditos ocorreram em todos os setores, independentemente do nível de atenção em saúde. Fatores como estrutura física, experiência da equipe, erros de administração de medicamentos, agressividade do paciente, falta de preparo profissional

e questões organizacionais foram relacionadas com a ocorrência de incidentes.

**Conclusão:** Observou-se a ocorrência de incidentes em todos os níveis da atenção psicossocial. Foram constatadas ainda dificuldades por parte dos profissionais de diferenciar conceitos básicos (como erro e risco), poucos conhecimentos sobre a legislação que envolve a segurança do paciente, além da prática de ações de segurança de forma parcial, compartimentada e não sistematizada.

**Palavras-chave:** Atenção Psicossocial; Segurança do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Health professionals' safety attitudes in psychosocial care play a crucial role in ensuring an effective and safe environment for patients. Thus, it is essential that the safety culture be understood more consistently, in order to guarantee the quality of mental health care. **Aim:** To analyze incidents involving psychosocial care patients and professionals' safety attitudes. **Methods:** An integrative review was carried out in LILACS, MedLine, SciELO and Pubmed databases. National articles were selected, in English, Spanish and Portuguese, published between January/2012 and November/2022. **Results:** 07 (seven) articles were included, carried out both at the level of specialized care and in the hospital environment. Note that the risk and incidents themselves occurred in all sectors, regardless of the level of health care. Factors such as physical structure, team experience, medication administration errors, patient aggressiveness, lack of professional training and organizational issues were related to the occurrence of incidents. **Conclusion:** Observe the occurrence of incidents at all levels of psychosocial care. Difficulties were encountered by professionals in differentiating basic concepts (such as error and risk), little knowledge about legislation involving patient safety, in addition to the practice of partial, compartmentalized and non-systematized safety actions.

**Keywords:** Psychosocial Care; Patient safety; Patient Care Team.

## INTRODUÇÃO

A cultura de segurança é elemento fundamental da cultura organizacional, sendo definida como um conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e comportamentos individuais ou coletivos que influenciam o estilo e o compromisso de uma organização em relação à gestão da segurança do paciente (Nieva; Sorra, 2003). Nesse sentido, o desenvolvimento de uma cultura de segurança é um elemento central de muitos esforços para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do atendimento em ambientes de cuidados de saúde (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000; Shojanian *et al.*, 2001). Essa temática tem mediado diversos debates no cenário mundial da saúde, com o objetivo de institucionalizar as melhores práticas nos ambientes de cuidado de saúde ao paciente (Leape, 2008).

Estudos mostram que a cultura de segurança e o conceito de clima de segurança estão relacionados a comportamentos clínicos como relato de erros (Braithwaite *et al.*, 2010), redução de eventos adversos (EA) (Singer *et al.*, 2009; Mardon *et al.*, 2010) e redução da mortalidade (Estabrooks *et al.*, 2002; Sexton, 2002).

Ademais, entender quais abordagens são mais eficazes e os fatores de implementação que podem influenciar a eficácia da segurança do paciente são fundamentais para alcançar uma melhoria significativa da cultura de segurança (Singer; Vogus, 2012). Nesse sentido, um recente estudo, envolvendo 108 trabalhadores – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem e técnicos de radiologia – de duas instituições hospitalares brasileiras, analisou as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional (Arboit *et al.*, 2020). Os autores encontraram que as crenças, atitudes e percepções dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente ainda apresentam importantes fragilidades e mesmo tendo considerado a percepção geral da cultura de segurança como adequada, destacam-se as fragilidades quanto ao dimensionamento de pessoal, respostas não punitivas aos erros e trabalho em equipe entre as unidades (Arboit *et al.*, 2020).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um instrumento para o cuidado integral à saúde mental da população brasileira, oriunda da reforma psiquiátrica no Brasil, tendo como objetivo garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências em saúde mental. Entretanto, apesar dos avanços da reforma psiquiátrica, os trabalhos têm se concentrado predominantemente

na saúde física, apesar da controvérsia mais ampla sobre a atenção e a importância atribuída à saúde mental, pois a saúde mental em geral tem sido vista como uma área negligenciada e na qual os pacientes podem ter menos probabilidade de ter voz quando se trata de seus cuidados e segurança (Mind, 2004; D'lima *et al.*, 2017). Também foi sugerido que o estigma em torno das questões de saúde mental tem o potencial por si só de contribuir para que a equipe negligencie a segurança do paciente e a qualidade do atendimento (Brickell *et al.*, 2009).

Portanto, para oferecer cuidados de alta qualidade aos pacientes, é essencial que uma compreensão mais consistente da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados em saúde mental, para que essa, não seja apenas desenvolvida, mas também divulgada adequadamente para garantir que tenha o maior impacto.

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi analisar, por meio de uma revisão integrativa, os incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança tomadas pelos profissionais a fim de buscar melhorias no atendimento e no cuidado desses pacientes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sendo um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio da síntese de estudos publicados anteriormente, com objetivo de promover a análise crítica e reflexiva dos resultados encontrados, propiciando conhecimento amplo sobre o tema discutido (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Este método permite, de forma ordenada e sistemática, compilar informações sobre determinados assuntos.

Foram seguidas as seguintes etapas: 1) estabelecimento da questão de pesquisa; 2) busca na literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; e 6) síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

### ***Estabelecimento da questão de pesquisa***

A questão norteadora foi elaborada por meio da estratégia PICOT, em que P correspondeu a paciente ou problema; I à intervenção; C a controle ou comparação; O a desfecho; e T a tempo. Diante do tema de interesse, estabeleceram-se P como pacientes

da atenção psicossocial; I como atitudes de segurança; C não se aplica; O como identificação dos incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança de profissionais; e T o intervalo de tempo entre janeiro de 2012 a novembro de 2022. Em vista disso, delineou-se a questão norteadora: “Quais são os incidentes com pacientes de atenção psicossocial e quais as atitudes de segurança de profissionais que atuam com esta população?”

Os descritores controlados em saúde (DeCS) utilizados foram “atenção psicossocial”, “segurança do paciente”; “atenção primária à saúde”; “equipe multiprofissional”.

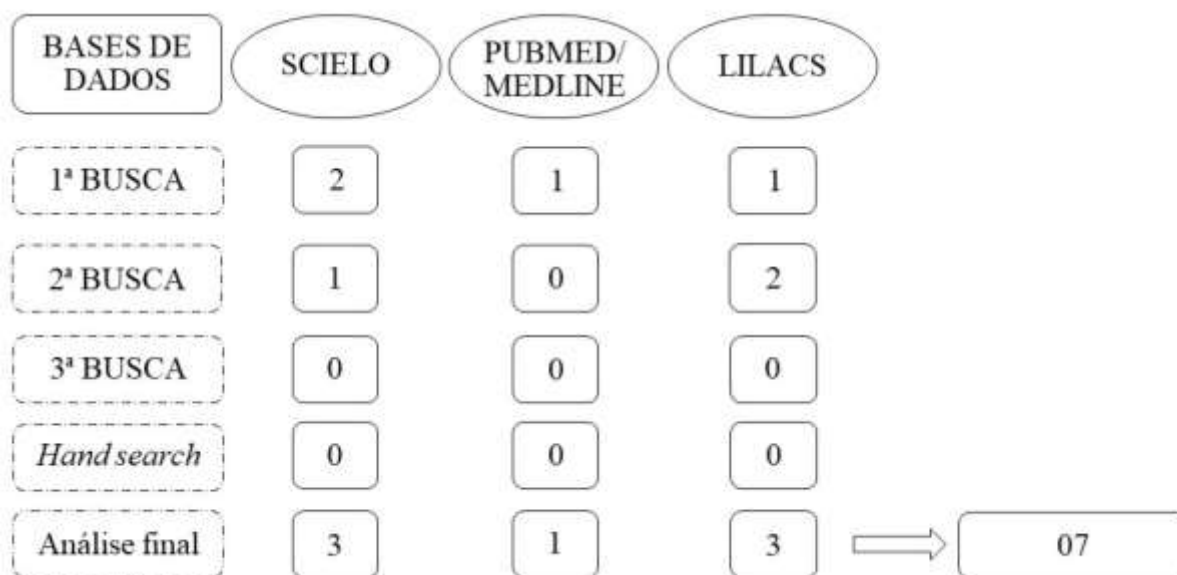
### ***Busca na literatura***

O levantamento dos dados para o estudo consistiu em uma busca avançada nas bases de dados informatizadas como Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System on line* (MedLine) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Science Direct* e *U. S. National Library of Medicine* (PubMed). A escolha dessas bases de dados se deu por serem as principais plataformas de literatura médica e da área da saúde.

Foram incluídos na revisão integrativa os artigos completos, nacionais, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados entre janeiro de 2012 a novembro de 2022 e disponíveis integralmente nas bases de dados previamente citadas. Este período de tempo foi selecionado devido à publicação referente à estruturação da RAPS que ocorreu em 2012. Para ampliar a busca, foram analisadas as referências dos artigos originais (*hand search*). Foram excluídos os artigos duplicados nas bases de dados, tipo editorial e opinião do especialista.

Foram extraídas as principais informações dos estudos selecionados, incluindo título, autoria, ano, objetivo, metodologia, público-alvo, resultados e síntese das conclusões. Essas informações foram organizadas e sumarizadas de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e interpretação.

A figura 1 apresenta as etapas de busca dos artigos.



Fonte: Herman, Mendes (2023).

Figura 1 - Fluxograma do processo de triagem dos artigos incluídos na revisão integrativa.

### *Avaliação dos estudos incluídos na revisão*

Para avaliar o nível de evidência científica dos artigos, foi aplicada a seguinte classificação hierárquica: nível I - evidência encontrada como resultado de meta-análise de estudos clínicos controlados e com randomização; nível II - evidência encontrada no estudo de desenho experimental; nível III - evidência encontrada em pesquisas quase experimentais; nível IV- evidências encontradas em estudos não experimental, descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa; nível V- evidências encontradas em relatórios de casos ou relatos de experiências; e nível VI- evidências obtidas em opiniões de especialistas ou com base em normas ou legislação.

## RESULTADOS

Foram incluídos nesta RI um total de sete artigos encontrados através da seleção realizada nas bases de dados. Os artigos selecionados para compor esta revisão de literatura, foram organizados e apresentados no quadro 1.



Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura que avaliaram eventos adversos, incidentes com pacientes de atenção psicossocial e atitudes de segurança de profissionais, no período de 2012 a 2022, Uberlândia – MG, 2023.

<b>Autoria, ano e nível de evidência</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusões</b>
CASSOLA <i>et al.</i> , 2022  Nível IV	92 registros de ocorrências de quedas com 67 pacientes envolvidos.	Analisar as ocorrências de quedas associadas ao dano em pacientes internados em uma unidade psiquiátrica.	Trata-se de um estudo ecológico retrospectivo, realizado num hospital geral universitário de grande porte do Sul do Brasil, em uma unidade de internação psiquiátrica. Os participantes eram adultos internados na unidade de internação psiquiátrica, entre janeiro de 2018 a maio de 2019.	Quanto ao grau de dano, 39,1% das quedas foram leves e 29,1% consideradas de moderadas a graves, principalmente em pacientes com esquizofrenia e transtorno bipolar. As variáveis diagnósticas do paciente, tipo de queda, turno do evento, local da queda e eletroconvulsoterapia não mostraram associação com o grau de dano apresentado pelos pacientes após o evento.	Identificou-se a prevalência de evento com danos leves, principalmente em pacientes com esquizofrenia e transtorno de humor bipolar, cuja maioria ocorreu da própria altura e dentro do quarto, principalmente no turno da noite. Os dados permitiram salientar questões de vulnerabilidade do paciente psiquiátrico, seja adulto jovem e/ou idoso, quebrando paradigmas de investimentos em pesquisas sobre quedas direcionadas à população idosa.
TAVARES; PERES; SILVA, 2022  Nível IV	15 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar.	Descrever os eventos adversos (EA) presentes na internação psiquiátrica, analisando-os à luz da teoria do erro humano.	Pesquisa qualitativa, realizada em 2018 em um hospital psiquiátrico. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas. A análise foi lexical por	Evidenciaram-se EA medicamentosos por erros de administração ou por reações adversas a medicamentos, que produzem danos como impregnação, reações extrapiramidais associadas aos riscos de queda e broncoaspiração pela sonolência e/ou sedação. Outros danos relacionam-se	Os dados subsidiam ações para o fortalecimento dos sistemas de segurança nos ambientes de internação psiquiátrica, que devem mitigar os EA aos medicamentos, quedas, danos por contenções, broncoaspiração e lesões corporais por

Autoria, ano e nível de evidência	Público-alvo	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
			meio do software Alceste.	à agressividade do paciente, que produz lesões corporais a si ou a outro, como durante uma tentativa de suicídio ou uso de violência como comportamento de fuga ou defesa.	agressividade. As propostas incluem a incorporação de tecnologias de processo e de produto, como sistemas de alertas na prescrição informatizada, escores específicos de avaliação do risco de queda, uso da simulação na capacitação das técnicas, programas interdisciplinares de inclusão social e prevenção da agressividade e reestruturação ambiental.
OLIVEIRA; TOLEDO, 2021  Nível IV	11 profissionais da equipe multiprofissional de Unidades de Internação Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UIPHG).	Compreender o significado da segurança do paciente para a equipe multiprofissional de uma UIPHG.	Estudo de abordagem qualitativa, fenomenológico-social, utilizando-se do referencial teórico-metodológico de Alfred Schütz.	Foi possível compreender que o significado da segurança do paciente psiquiátrico envolve as experiências no manejo da equipe, com ênfase na contenção física e no controle de sintomatologia, mas também aponta para a expectativa de construção de um novo fazer que leve em conta a humanização. Inclui ainda questões referentes à composição organizacional e dificuldades vivenciadas quanto à estrutura física, sua interferência no processo de	A significação da segurança do paciente psiquiátrico leva em conta o acervo de conhecimento dos participantes, com características médico-centradas. É evidente, ainda, que os discursos apontam a expectativa da construção de um novo olhar, com maior escuta e humanização, ligado ao modelo biopsicossocial.

Autoria, ano e nível de evidência	Público-alvo	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
				cuidar de forma segura e as expectativas de melhoria.	
SOUZA <i>et al.</i> , 2020 Nível IV	31 profissionais em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III.	Conhecer pela percepção dos profissionais os riscos e os fatores relacionados aos incidentes de segurança do paciente em atenção psicossocial.	Encontros grupais, nos quais os profissionais desenvolveram atividades, que levaram a reflexão e aprendizagem sobre a segurança do paciente.	Os profissionais revelaram a falta de preparo profissional, a relação com a equipe multidisciplinar, a hegemonia médica nos processos de decisão e as questões organizacionais, como a planta física, o dimensionamento de pessoal e características institucionais, como fatores que contribuem para o aumento de riscos envolvendo o paciente psiquiátrico.	São necessários esforços contínuos por parte da alta direção e dos profissionais para melhorar o processo de trabalho e estrutura organizacional na atenção psicossocial, a fim de contribuir com o desenvolvimento da autonomia e reinserção social do paciente, evitar a institucionalização e, especialmente, garantir uma atenção psicossocial segura.
TOLEDO <i>et al.</i> , 2019 Nível IV	13 membros da equipe de enfermagem de uma UIPHG no município de Campinas-SP.	Conhecer a percepção do erro na visão da equipe de enfermagem que trabalha em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral universitário.	Entrevistas com os profissionais, transcritas e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo na modalidade análise de categorias.	Observou-se o erro na situação em que ocorre a evasão de paciente e o reconhecimento do erro, que favorece a interrogação sobre o processo de trabalho. Evidenciou-se que a equipe participante do estudo também apresenta percepção diferente da apresentada pela literatura, equivalendo o conceito de erro aos fatores contribuintes para o aumento do risco, descritos pela planta física, dimensionamento de pessoal, falta de	Os autores concluíram que a equipe não delimita os erros cometidos de maneira específica, relacionando-os ao processo de cuidar do paciente psiquiátrico.

Autoria, ano e nível de evidência	Público-alvo	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
				preparo profissional e característica institucional.	
SOUZA <i>et al.</i> , 2017  Nível V	31 profissionais do CAPS.	Apresentar o relato de experiência do desenvolvimento de uma pesquisa intervenção, que empreendeu a reflexão sobre o cuidado seguro aos usuários dos serviços comunitários de saúde mental.	A investigação ocorreu por meio de 11 encontros grupais através da utilização do Ciclo de aprendizagem vivencial (CAV).	Os profissionais atribuíram as situações que comprometem a segurança do paciente ao processo patológico dos usuários do serviço, o que evidenciou a dificuldade de responsabilização no processo de cuidado seguro. Ao longo dos encontros fizeram ponderações a respeito do papel que o profissional tem em cada situação de risco e como podem minimizá-las, de acordo com a compreensão adquirida dos termos e das políticas sobre segurança do paciente.	Os autores concluíram que fica evidente que, para discutir a segurança do paciente, há de se refletir, analisar e modificar nos pontos necessários dos processos de trabalho da equipe.
KOVALSKI <i>et al.</i> , 2016  Nível IV	32 enfermeiros da atuantes em Centros de Atenção Psicossocial, unidades básicas de saúde e em unidades hospitalares.	Identificar as ações de segurança aos pacientes com transtorno mental e idosos, atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS),	Entrevista semiestruturada com questões que abordam a temática em estudo.	Os profissionais atuantes nos serviços de saúde têm poucos conhecimentos sobre a legislação que envolve a segurança do paciente, entretanto, desenvolvem ações de geração de segurança de forma parcial, compartimentada e não sistematizada.	Os dados preliminares indicam que os participantes tem poucos conhecimentos sobre a legislação que envolve a segurança do paciente. Contudo, existem evidências de segurança no que se refere a organização e estruturação dos serviços voltados a segurança do paciente. O estudo mostra também que

Autoria, ano e nível de evidência	Público-alvo	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
		CAPS e em serviços hospitalares, na voz de enfermeiros; conhecer e analisar a gestão das ações de segurança instituídas e implementadas na assistência aos pacientes com transtornos mentais e idosos, atendidos em UBS, CAPS e em serviços hospitalares, na ótica de enfermeiros.			existem entendimentos distorcidos quanto à questão na segurança no trabalho e a segurança do paciente, embora possamos entender e afirmar que as duas questões não se excluem.

**Nota:** CAPS: Centros de Atenção Psicossocial; CAV: Ciclo de aprendizagem vivencial; EA: eventos adversos; UBS: Unidades Básicas de Saúde;

UIPHG: Unidades de Internação Psiquiátricas em Hospitais Gerais.

Fonte: Herman, Mendes (2023).

## DISCUSSÃO

Na presente RI foram incluídos sete artigos através da seleção realizada nas bases de dados. Este número, apesar de pequeno, pode ser explicado devido ao intervalo de tempo pesquisado (última década). Entretanto, apesar de poucos estudos, foram pesquisadas as principais bases de dados que incluem publicações da área da saúde e foram incluídos todos os estudos que contemplaram os objetivos da presente revisão.

A partir de exaustivas leituras dos sete artigos, emergiram as quatro categorias que denominamos de 1. Especificidades Estruturais, terapêuticas e assistenciais; 2. Local em que os incidentes ocorrem; 3. Preparo dos profissionais para o cuidado com pacientes psiquiátricos e treinamento contínuo para a os gestores e para a equipe de saúde; e 4. Conhecimentos sobre a legislação que envolve a segurança do paciente, as quais apresentamos a seguir:

### *1. Especificidades estruturais, terapêuticas e assistenciais*

Ao analisarmos os conteúdos apresentados pelos estudos apresentados no quadro, pode-se contemplar que, na assistência psiquiátrica, a segurança do paciente é influenciada pelas especificidades estruturais, terapêuticas e assistenciais (Souza et al., 2020; Oliveira; Toledo, 2021; Cassola et al., 2022; Tavares; Peres; Silva, 2022).

Tavares, Peres e Silva (2022) destacam que erros de administração de medicamentos e reações adversas associados ao perfil, muitas vezes, agressivo do paciente são as principais situações que subsidiam ações para o fortalecimento dos sistemas de segurança. O erro de medicação é uma ocorrência prevenível, originada pelo uso inadequado de medicamentos. Na maioria das vezes, a falha está relacionada com práticas profissionais, materiais empregados no contexto da saúde, procedimentos, comunicação deficiente, prescrição, armazenamento, rótulos, embalagens, identificação do paciente, preparo, distribuição, administração, monitoramento e utilização de medicamentos (Anacleto *et al.*, 2010).

Nesse sentido, vale destacar a importância da assistência farmacêutica, a qual exerce eficiência no cumprimento de todos os processos que agem como barreiras para não causar dano ao paciente (Silva; Costa e Rosa, 2022). Erros de medicação podem provocar alto custo e desperdício para o serviço de saúde, bem como danos graves e irreversíveis ao bem-estar do paciente (Silva; Costa e Rosa, 2022).

Além disso, foi observado que os incidentes podem ocorrer independentemente

da idade dos pacientes, como quedas (Cassola *et al.*, 2022). Oliveira e Toledo (2021) observaram que a experiência da equipe de saúde e a estrutura física foram os principais fatores associados à segurança do paciente. Nesse sentido, dentre os perigos associados à infraestrutura física, destaca-se que as quedas constituem um desafio significativo (Rosa; Menezes, 2015). A mitigação destes incidentes nestes ambientes pode ser efetuada através da eliminação do uso de cera nos pavimentos, sendo esta substituída por cera de caráter antiderrapante. Ademais, a instalação de barras de apoio nas áreas dos banheiros, próximas aos sanitários e chuveiros, a implementação de degraus duplos para auxiliar os pacientes junto às camas, bem como a solicitação para a obtenção de camas equipadas com grades de proteção, as quais possibilitam o ajuste da altura em relação ao solo, também podem concorrer para a diminuição das quedas (Joint Commission, 2015).

Assim, adaptar a configuração física, o mobiliário e a assistência às particularidades da população assistida tornam-se importantes ferramentas no gerenciamento de elementos de risco, afim de evitar a ocorrência de incidentes.

## 2. Local em que os incidentes ocorrem

Dentre os estudos que foram destacados no Quadro 1, observa-se que, independentemente do nível de atenção em saúde, se atenção primária ou hospitalar, foram observados incidentes na atenção psicossocial.

Gallego *et al.* (2012) avaliaram 46 organizações, classificadas em 18 tipos de serviço do sistema de saúde pública do sul da Austrália. Evidenciou-se que todos os índices do *Safety Attitudes Questionnaire* apresentaram variações estatisticamente significativas, embora modestas, de acordo com o tipo de serviço. Os serviços primários de saúde tendem a ter perfis de pontuação de segurança mais positivos. Já os serviços que atendem pacientes com transtorno mental, bem como os hospitais psiquiátricos, estavam entre aqueles com culturas de segurança mais negativas (Gallego *et al.*, 2012). É importante destacar que estudos que avaliaram eventos adversos não consideraram as internações, cujo diagnóstico principal estivesse relacionado à psiquiatria ou suprimiu a especialidade saúde mental (Akbari Sari *et al.*, 2015; Rafter *et al.*, 2017).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2017), a atenção primária ou atenção básica, assume papel fundamental como ponto de entrada principal ao sistema de saúde público brasileiro. A partir dela, uma equipe multiprofissional tem o papel de solucionar os problemas de saúde nesse nível de atenção ou referenciar para cuidados

mais complexos, de forma que as exigências de bem-estar da população sejam atendidas de forma integral. De forma geral, os serviços prestados na atenção primária à saúde tendem a ser com menor grau de complexidade, de forma que casos menos graves possam ser manejados. Desta forma, podemos especular que o resultado encontrado por Gallego *et al.* (2012) possa ser em virtude disso, uma vez que casos menos graves têm mais fácil condução, enquanto que, casos mais complexos, necessitem de cuidados ainda maiores.

Nesse sentido, sistematizar as principais características de cada setor é de suma importância, objetivando a construção de protocolos assistenciais que visem maior nível de segurança em todas as esferas de cuidado.

### *3. Preparo dos profissionais para o cuidado com pacientes psiquiátricos e treinamento contínuo para a equipe e gestão*

Os estudos incluídos na presente revisão apontam que o preparo dos profissionais para o cuidado com pacientes psiquiátricos é um dos fatores mais importantes para a segurança do paciente (Souza *et al.*, 2020; Oliveira; Toledo, 2021).

Kanerva, Lamminakanen e Kivinen (2016) ressaltam a importância de treinamento contínuo para a equipe e gestão, considerando a visão dos pacientes, e tratando os pacientes como colaboradores em seus cuidados. É importante evidenciar ainda que a construção de um modelo biopsicossocial, com maior escuta e humanização deve ser realizado (Oliveira; Toledo, 2021).

Oliveira *et al.* (2016) realizaram um estudo com objetivo de analisar o perfil de formação e qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os fatores associados com a qualidade dos serviços de APS da região noroeste de Goiânia. Os autores encontraram associação positiva entre a qualidade dos serviços de atenção primária com a percepção de capacitação dos profissionais de saúde, evidenciando, portanto, a importância da realização de educação continuada.

Desta forma, o investimento por parte dos órgãos de gestão em treinamento contínuo para as equipes de saúde desempenha um papel crucial no aprimoramento do sistema de saúde e na qualidade dos serviços oferecidos, contribuindo positivamente para a melhoria na qualidade do atendimento, prevenção de erros/eventos adversos e maior satisfação dos profissionais.

### *4. Conhecimentos sobre a legislação que envolve a segurança do paciente*



A compreensão da legislação relacionada à segurança do paciente é essencial, principalmente para os profissionais de saúde e gestores de instituições de saúde. Um dos estudos incluídos nesta revisão da literatura evidenciou que os profissionais de saúde têm poucos conhecimentos sobre a legislação que envolve a segurança do paciente, e que desenvolvem ações de segurança de forma parcial, compartimentada e não sistematizada (Kovalski *et al.*, 2016). Isso pode ser um ponto-chave para ação dos gestores, sendo possível a aplicação de treinamentos e capacitações, bem como o desenvolvimento de protocolos específicos para este público.

Em suma, o conhecimento da legislação sobre segurança do paciente é fundamental para promover cuidados de saúde seguros, éticos e de alta qualidade. Isso não apenas protege os pacientes, mas também fortalece a integridade do sistema de saúde como um todo.

Nos deparamos com dificuldades em encontrar estudos científicos que tratam da qualidade da assistência psicossocial, com foco nos incidentes, eventos adversos e na gestão da segurança pacientes de atenção psicossocial em serviços comunitários de saúde mental. Souza *et al.* (2017), com o objetivo de identificar a produção científica sobre a segurança do paciente em serviços comunitários de saúde mental, também destacaram a escassez de produções científicas na área, principalmente nos serviços comunitários da atenção primária. Além disso os autores perceberam que o foco dos estudos encontrados foi centrado na atenção hospitalar, tendo encontrado como amostra final somente dois artigos sobre segurança do paciente em saúde mental nos serviços comunitários, sendo esses internacionais, reiterando os poucos estudos produzidos. Desta forma, ressaltamos a importância da realização de estudos nesta área, de forma que seja produzido sistematicamente conhecimento sobre os riscos de incidentes na assistência psicossocial, afim de melhorar qualidade do serviço em saúde oferecido.

Como pontos fortes desta RI, destaca-se que estes resultados podem contribuir para incentivar e demonstrar a relevância do desenvolvimento de estratégias para avanços na formação de profissionais que atendem pacientes de atenção psicossocial. Para isso, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado assistencial, devem ser as bases da construção do ensino em saúde, e das práticas realizadas, garantindo assistência de qualidade e segurança aos pacientes. Além disso, destaca-se a importância da carência de investigações nesse campo, frente ao reduzido número de artigos encontrados. Novas pesquisas, que avaliem as condições de trabalho, os riscos de ocorrência de incidentes e os incidentes propriamente ditos devem ser realizados, com o intuito de melhora das

condições de trabalho e do serviço prestado.

## CONCLUSÃO

De acordo com os dados levantados na presente revisão, notou-se a presença de incidentes em todos os níveis de cuidados em saúde mental. Observou-se uma predominância de eventos com danos leves, sendo que a maioria desses eventos ocorreu nas próprias instalações do paciente, notadamente em seus quartos e principalmente durante o período noturno. A importância da segurança do paciente em diversos contextos reflete a necessidade de reconhecer o conhecimento acumulado pelos profissionais envolvidos. Além disso, as discussões apontam para a expectativa de adotar uma perspectiva renovada, caracterizada por uma abordagem mais atenciosa e humanizada, alinhada com o modelo biopsicossocial de cuidados de saúde.

Ademais, observou-se que equipes podem não identificar de forma precisa os erros cometidos, não estabelecendo conexões diretas entre esses erros e o processo de cuidado do paciente psiquiátrico. Assim, é necessário o desenvolvimento de ações para o fortalecimento dos sistemas de segurança nos ambientes de atenção psicossocial, sejam esses, na atenção primária ou em internações psiquiátricas.

Nesse sentido, é claramente necessário refletir, analisar e fazer ajustes nos pontos relevantes dos processos de trabalho da equipe para abordar a segurança do paciente. Os achados também apontam para um conhecimento limitado por parte dos participantes em relação à legislação que diz respeito à segurança do paciente e também em diferenciar conceitos básicos (como erro e risco), além da prática de ações de segurança de forma parcial, compartimentada e não sistematizada. Foi encontrado que há interpretações equivocadas no que se refere à distinção entre segurança no trabalho e segurança do paciente, embora seja importante ressaltar que essas duas questões não são mutuamente exclusivas.

Assim, deve-se destacar o papel dos gestores, devido a necessidade de desenvolvimento de medidas gerenciais que proporcionem um ambiente livre de culpa, com encorajamento ao trabalho interdisciplinar, a inclusão do paciente como colaborador em seus cuidados, sua reintegração social, ademais, incitar o estabelecimento de uma cultura de segurança positiva.

Propostas de implementação de medidas destinadas a melhorias incluem a adoção de tecnologias relacionadas aos processos e produtos, como a implementação de sistemas

de alerta na prescrição eletrônica, a utilização de escores específicos para avaliar o risco de quedas, a aplicação de simulações para treinar técnicas apropriadas, a promoção de programas interdisciplinares que visam à inclusão social e à prevenção da agressividade, bem como a reestruturação do ambiente físico.

Essas iniciativas são essenciais para garantir a segurança dos pacientes em ambientes de saúde mental e para aprimorar a qualidade dos cuidados oferecidos. Além disso, demonstram um compromisso com a implementação de práticas baseadas em evidências e a promoção do bem-estar dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- AKBARI SARI, A.; DOSHMANGIR, L.; TORABI, F.; RASHIDIAN, A.; SEDAGHAT, M.; GHOMI, R.; *et al.* The incidence, nature and consequences of adverse events in iranian hospitals. **Arch Iran Med.**, v. 18, n. 12, p. 811-5. 2015.
- ANACLETO, T. A. *et al.* Erros de Medicação: Farmácia Hospitalar. **Revista Pharmacia Brasileira**, v. 24, n. 74, p. 1-24, 2010.
- ARBOIT, E. L.; BELLINI, G.; SCHÜTZ, C. R.; MORAES, M. C. S.; KINALSKI, S. S.; BARCELLOS, R. A. A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, e125953088, 2020.
- BRAITHWAITE, J.; WESTBROOK, M. T.; TRAVAGLIA, J. F.; HUGHES, C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. **Qual Saf Health Care.**, v. 19, p. 229–33. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
- BRICKELL, T. A.; NICHOLLS, T. L.; PROCYSHYN, R. M.; MCLEAN, C.; DEMPSTER, R. J.; LAVOIE, J. A. A.; *et al.* **Patient Safety in Mental Health.** Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association, 2009.

CASSOLA, T. P.; MAIDANA JUNIOR, J. N.; PINHO, L. B.; SCHMID, M.; SUZUKI, L. M.; SEVERO, I. M. Análise das ocorrências de quedas associadas ao dano em unidade de internação psiquiátrica. **Rev Min Enferm.**, v. 26, p. e-1436. 2022.

D'LIMA, D.; CRAWFORD, M. J.; DARZI, A.; ARCHER, S. Patient safety and quality of care in mental health: a world of its own? **B J Psych Bulletin**, v. 41, n. 5, p. 241-43. 2017.

ESTABROOKS, C. A.; TOURANGEAU, A. E.; HUMPHREY, C. K.; HESKETH, K. L.; GIOVANNETTI, P.; THOMSON, D.; *et al.* Measuring the hospital practice environment: a Canadian context. **Res Nurs Health.**, v. 25, p. 256– 68. 2002.

GALLEGO, B.; *et al.* Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 4, p. 311-320, 2012.

JOINT COMMISSION. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. **Sentinel Event Alert**, v. 55, p. 1-5, 2015.

KANERVA, A., LAMMINTAKANEN, J., & KIVINEN, T. Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Inpatient Care. *Perspectives in psychiatric care*, v. 52, n. 1, p. 25–31. 2016.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Pr; 2000.

KOVALSKI, A. P., *et al.* Segurança de pacientes com transtornos mentais e idosos em Unidades básica de saúde, centros de atenção psicossocial e Instituições hospitalares. **XXI Jornada de Pesquisa**, 2016.

LEAPE, L. L. Scope of problem and history of patient safety. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, v. 35, n. 1, p.1-10, 2008.

MARDON, R. E.; KHANNA, K.; SORRA, J.; DYER, N.; FAMOLARO, T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. **J Patient Saf.**, v. 6, p. 226–32. 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 17(4), 758–764, 2008.

MIND. Ward Watch: Mind's campaign to improve hospital conditions for mental health patients. Mind, 2004.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v. 12, n. 2, p. 17-23, 2003.

OLIVEIRA, M. P. R.; MENEZES, I. H. C. F.; SOUSA, L. M.; PEIXOTO, M. DO R. G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547–559, 2016.

OLIVEIRA, A.; TOLEDO, V. P. Segurança do paciente em uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: estudo fenomenológico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, p. e03671. 2021.

RAFTER, N.; HICKEY, A.; CONROY, R. M.; CONDELL, S.; O'CONNOR, P.; VAUGHAN, D. *et al.* The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals-a retrospective record review study. **BMJ Qual Saf.**, v. 26, n. 2, p. 111-9. 2017.

ROSA, C. D.P.; MENEZES, M. A. J. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. **RGSS**, v. 4, n. 1, p. 55-70, 2015.

SEXTON, J. B. *A Matter of Life or Death: Social, Psychological, and Organizational Factors Related to Patient Outcomes in the Intensive Care Unit*. Austin: Univ of Texas; 2002.

SHOJANIA, K. G.; DUNCAN, B. W.; MCDONALD, K. M.; WACHTER, R. M.; MARKOWITZ, A. J. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2001.

SILVA, C.; COSTA, F.; ROSA, E. A importância da assistência farmacêutica na farmácia hospitalar na segurança do paciente. **Anais do 24 simposio de TCC do centro universitário ICESP**, v. 1, n. 1, 2022.

SINGER, S.; LIN, S.; FALWELL, A.; GABA, D.; BAKER, L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. **Health Serv Res.**, v. 44, p. 399–421. 2009.

SINGER, S. J.; VOGUS, T. J. Safety climate research: taking stock and looking forward. **BMJ Qual Saf.**, v. 22, p. 1–4. 2012.

SOUZA, A., BEZERRA, A., CAIXETA, C. C., NUNES, F. C., & PINHO, E. S. Segurança do paciente em saúde mental refletida a partir do Ciclo de Aprendizagem Vivencial: pesquisa qualitativa intervencionista. **CIAIQ**, v. 2, 2017.

SOUZA, A. C. S.; BEZERRA, A. L. Q.; CAIXETA, C. C.; PINHO, E. S.; PARANAGUÁ, T. T. DE B.; TEIXEIRA, C. C. Perception of professionals about patient safety in psychosocial care. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 73, e20180831, 2020.

TAVARES, I, G. A. M.; PERES, M. A. A.; SILVA, R. C. Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica. **Esc Anna Nery**, v. 26, p. e20210385. 2022.

TOLEDO, V. P.; OLIVEIRA, A.; PACHECO, I.; GARCIA, A. P. R. F. Segurança do paciente psiquiátrico: percepção da equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, p. e242325. 2019.

## ARTIGO 2

Artigo intitulado “Associação entre incidentes com pacientes e atitudes de segurança dos profissionais da rede de atenção psicossocial da cidade de Lins - SP”, submetido para o periódico *Revista Brasileira de Enfermagem* (Qualis A2).

### ASSOCIAÇÃO ENTRE INCIDENTES COM PACIENTES E ATITUDES DE SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DE LINS - SP

Adriana Herman<sup>1\*</sup>, Paulo Cezar Mendes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia

\*Autor correspondente: [adriana\\_herman@hotmail.com](mailto:adriana_herman@hotmail.com)

#### RESUMO

**Introdução:** A segurança do paciente é um componente fundamental na qualidade dos serviços de trato a saúde. Elucidar os riscos e fatores relacionados aos incidentes de segurança do paciente é fundamental para auxiliar na elaboração de políticas e protocolos específicos para o cuidado seguro dessa população. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de incidentes ocorridos com pacientes e sua relação com atitudes de segurança da equipe multiprofissional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em Lins, São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com profissionais atuantes na RAPS do município de Lins, São Paulo, baseado na aplicação de questionários para coleta dados sociodemográficos, incidentes na RAPS e Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ). Foram utilizados modelos de regressão logística para prever a razão de chances para categorias dos incidentes ocorridos com pacientes na RAPS e os domínios de atitudes de segurança dos profissionais. **Resultados:** As atitudes de segurança “satisfação no trabalho” e “clima de trabalho em equipe” corroboram para a cultura de segurança do paciente na RAPS. Os profissionais que não realizavam a higiene das mãos apresentaram maior reconhecimento de estresse. Além disso, aqueles que tinham uma melhor comunicação, mostraram mais clima de segurança e mais satisfação

no trabalho e aqueles que não tiveram conhecimento de erros de medicação apresentaram maior clima de segurança. Também foi observado que profissionais que não avaliaram os riscos de autolesões e lesões causadas por terceiros, bem como aqueles que receberam prontuários de pacientes com informações incompletas, apresentaram maior nível de satisfação no trabalho.

**Palavras-chave:** Atenção Psicossocial; Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Patient safety is a key component of quality healthcare. Elucidating the risks and factors related to patient safety incidents is essential to assist in the development of specific policies and protocols for the safe care of this population. **Objective:** To analyze the occurrence of incidents with patients in the Psychosocial Care Network (RAPS) and their relationship with the safety attitudes of professionals involved in health care. **Methodology:** It is a cross-sectional study, carried out with professionals working in RAPS in the city of Lins, São Paulo, based on the application of questionnaires to collect sociodemographic data, incidents in RAPS and Safety Attitudes (Safety Attitudes Questionnaire - SAQ). Logistic regression models were used to predict the odds ratio for categories of incidents that occurred with patients in RAPS and the domains of professionals' safety attitudes. **Results:** The safety attitudes “job satisfaction” and “teamwork climate” corroborate the patient safety culture in RAPS. Professionals who did not perform hand hygiene showed greater recognition of stress. In addition, those who had better communication showed more safety climate and more job satisfaction and those who were not aware of medication errors showed a greater safety climate. It was also observed that professionals who did not assess the risks of self-harm and harm caused by others, as well as those who received patient records with incomplete information, had a higher level of job satisfaction.

**Keywords:** Psychiatric Rehabilitation; Patient Safety; Primary Health Care; Patient Care Team.



## INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da reforma psiquiátrica impulsionada pela Lei nº 10.216/2001 e pela instituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), ocorreu uma transformação significativa nos modelos de atenção e gestão das práticas em saúde mental. Houve um aumento na valorização do cuidado voltado para pessoas com transtorno mental, usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, por meio de ações integrais e intersetoriais, acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial (Brasil, 2001). Em 2011, com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3088/2011, foram adotados dispositivos e serviços estratégicos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nos quais o trabalho em equipes multiprofissionais passou a ser priorizado (Dutra *et al.*, 2017).

Entretanto, desde então, tem sido observada uma considerável discrepância entre as diretrizes que preconizam o cuidado em saúde mental e a assistência efetivamente prestada. Conforme destacado por Timm e Rodrigues (2016), a segurança do paciente é um processo que requer uma transformação institucional. Nesse contexto, é evidente a importância do debate sobre a segurança do paciente para estabelecer cuidados mais seguros que não resultem em danos.

Identificar os riscos e fatores associados aos incidentes de segurança do paciente, a partir das experiências vivenciadas pelos profissionais que estão envolvidos na atenção psicossocial, é o primeiro passo para apoiar a formulação de políticas e protocolos específicos para o cuidado seguro dessa população. Além disso, essa análise contribui para fortalecer as políticas de segurança já existentes.

A segurança do paciente na atenção especializada (nível secundário) tem ganhado destaque nas principais organizações internacionais de saúde, devido ao grande número de pacientes atendidos, à diversidade de procedimentos realizados e à rotatividade de profissionais. Embora a maioria dos cuidados seja prestada no nível secundário, as pesquisas sobre segurança do paciente têm se concentrado principalmente em hospitais. No contexto dos serviços psiquiátricos comunitários, existe uma escassez tanto nacional quanto internacional de literatura que aborde a segurança do paciente. Por esse motivo, há um incentivo para expandir o estudo de incidentes na atenção psicossocial, a fim de subsidiar decisões mais assertivas com base em evidências científicas.

A cidade de Lins, localizada na região centro-oeste do estado de São Paulo (IBGE, 2023), desempenha um papel especial neste contexto. Lins possui uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que abrange quase todos os serviços previstos nas portarias do Ministério da Saúde: Hospital Psiquiátrico (sob gestão estadual), CAPS adulto, CAPS infantil (CAPS-i), CAPS álcool e outras drogas (CAPS AD) e serviços residenciais terapêuticos (sob gestão municipal). O município possui 74.779 habitantes (IBGE, 2023) e se destaca como uma referência no cuidado psicossocial. Portanto, investigar a segurança do paciente no nível secundário (atenção especializada) é de suma importância, uma vez que a maior parte dos serviços é prestada nesse nível e há poucos estudos que investigam a segurança do paciente nessa área específica.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a ocorrência de incidentes ocorridos com pacientes e sua relação com atitudes de segurança da equipe multiprofissional da RAPS, em Lins, São Paulo.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### ***Participantes e ética***

Trata-se de um estudo transversal, realizado entre julho e agosto de 2022, que teve como população-alvo profissionais que trabalhavam na RAPS do município de Lins, São Paulo, que estivessem no momento do estudo cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (universo amostral n=45 - Médico: 04, Enfermeiro: 07, Assistente Social: 03, Técnico de Enfermagem: 06, Terapeuta Ocupacional: 03, Psicólogo: 05, Assistente administrativo: 03, Cuidador em Saúde: 10, Pedagogo: 01, Visitador sanitário: 01, Auxiliar de serviços: 01, Auxiliar de saúde: 01), atuantes em Unidades de Saúde que compunham a Atenção Psicossocial do município.

Para a seleção da amostra, não foi realizado cálculo amostral, optando-se por trabalhar com toda a população que cumprisse os critérios de seleção e aceitassem participar voluntariamente, uma vez que a população é pequena, configurando-se numa amostra de conveniência.

Foram incluídos, profissionais com tempo mínimo de três meses de trabalho, em exercício de suas atividades nas unidades saúde mental e que concordassem em participar do estudo mediante a leitura, ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles profissionais que se recusassem assinar o

TCLE, e aqueles que não forneceram respostas completas e/ou não preencheram corretamente os questionários.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (protocolo nº 2.227.315/2022), da Universidade Federal de Uberlândia. A pesquisa foi conduzida de acordo com as diretrizes da Declaração de Helsinque. Todos os participantes assinaram o TCLE.

### ***Coleta de dados***

Os profissionais que atenderam aos critérios de seleção da pesquisa (n=34), abrangendo os três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), foram convidados a participar do estudo, informados sobre o objetivo da pesquisa e convidados. Trinta profissionais concordaram em participar, e após o aceite, foi enviado um formulário online e anônimo do Google Forms®, através de uma lista de transmissão, composto pelo TCLE e três instrumentos: um questionário sociodemográfico, elaborado pelos autores; um questionário de identificação de incidentes na Atenção Psicossocial; e o questionário das Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*).

O questionário sociodemográfico foi aplicado para avaliar aspectos como sexo, idade, categoria profissional, tempo de trabalho na unidade de saúde, carga horária semanal, e vínculo empregatício.

Para identificar os incidentes na Atenção Psicossocial, foi desenvolvido um questionário pela equipe executora. O questionário é composto por 8 perguntas, permitindo avaliar se houve algum incidente, sua característica, tipo de gravidade e fatores contribuintes para sua ocorrência, sendo elas relacionadas com: lavagem das mãos; identificação dos pacientes; risco de quedas; comunicação no local de trabalho; a prescrição, dispensação e administração de medicamentos; riscos de auto e heteroferimentos no local de trabalho; incidentes no local de trabalho; e erros, incidentes e eventos adversos que já ocorreram.

O questionário das Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*) foi utilizado para avaliar a cultura da segurança por meio do cuidado de saúde que é prestado (Carvalho; Cassiani, 2012). O instrumento possui 36 questões divididas em seis domínios: clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do estresse, percepção da gestão da unidade e condições de trabalho. A resposta de cada item segue a escala de cinco pontos de Likert: concorda totalmente (100

pontos), concorda parcialmente (75 pontos), neutro (50 pontos), discorda parcialmente (25 pontos) e discorda totalmente (0 pontos); a opção “não se aplica” não é pontuada. Enfatizam-se que os itens de conotação negativa (itens 2, 11 e 36), foram codificados de forma reversa. Para o cálculo do escore total de cada domínio do SAQ, somou-se os valores atribuídos às respostas dos respectivos itens e o resultado foi dividido pelo número de itens do domínio. Após, somou-se os escores de todos os domínios e este escore final foi interpretado do seguinte modo: zero representa a pior percepção e 100 representa a melhor percepção do clima de segurança. São considerados valores positivos do escore total aqueles iguais ou superiores a 75 (Makary, 2017).

### *Análise estatística*

As análises estatísticas foram realizadas no SPSS versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), e  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Inicialmente, a normalidade dos dados foi testada pelo teste de Kolmogorov–Smirnov. As variáveis categóricas foram resumidas por meio de frequências e porcentagens, e as variáveis contínuas foram resumidas por média e desvio-padrão.

Modelos de regressão logística foram usados para prever a razão de chances para categorias dos incidentes ocorridos com pacientes na Atenção Psicossocial e os domínios de atitudes de segurança da equipe multiprofissional. Os resultados foram expressos como *Odds Ratio* com intervalo de confiança de 95%.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com o intuito de atrelar a incidência de eventos adversos envolvendo pacientes com atitudes de segurança, este estudo concentra-se na análise de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde. A compreensão dessa associação é fundamental para promover cuidados mais seguros e de alta qualidade, bem como identificar áreas de melhoria no sistema de atendimento de saúde.

Assim, a idade média dos profissionais foi de  $41,5 \pm 7,8$  anos, a maioria era do sexo feminino e possuía especialização/residência. Os cuidadores em saúde, seguidos de enfermeiros, representaram os profissionais que participaram em maior número. Em relação ao tempo de atuação na profissão, a amostra estava igualmente dividida entre recém-formados (até 01 ano) (33,3%), com 01-05 anos (33,4), e com mais de 05 anos de

formados (33,3%). A amostra do trabalho de Souza *et al.* (2020) apresentou semelhanças ao presente estudo, como a maioria dos trabalhadores de um CAPS serem mulheres e terem como nível de escolaridade o ensino superior. Entretanto, os entrevistados eram mais jovens e a maioria relatou trabalhar no setor entre 2-4 anos completos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização do perfil socioprofissional de trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial no município de Lins, São Paulo, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Dados sociodemográficos</i></b>		
Idade (anos)*	41,5	7,8
Sexo		
Feminino	23	76,7
Masculino	7	23,3
Nível de escolaridade		
2º grau completo	7	23,3
3º grau completo	6	20,0
Especialização/ Residência	16	53,4
Mestrado	1	3,3
<b><i>Trabalho</i></b>		
Profissão		
Cuidador em saúde	8	26,6
Enfermeiro	7	23,4
Psicólogo	5	16,7
Técnico em enfermagem	3	10,0
Terapeuta ocupacional	2	6,7
Assistente administrativo	1	3,3
Assistente social	1	3,3
Médico	1	3,3
Outro	2	6,7
Tempo em que atua na profissão		
Até 1 ano	10	33,3
1 a 3 anos	6	20,0
3 a 5 anos	4	13,4
Mais de 5 anos	10	33,3
Vínculo empregatício		
Santa Casa de Misericórdia de Chavantes	20	66,7
CLT	6	20,0
Estatutário	3	10,0
Outro	1	3,3
Carga horária		
30h	8	26,7
40h	19	63,3
Outro	3	10,0

**Nota:** \*Dados apresentados em média e desvio padrão; CLT= Consolidação das Leis do Trabalho. Fonte: Herman, Mendes (2023).

O panorama supracitado, relacionado ao tempo de formação dos profissionais, tende a influenciar na ocorrência de incidentes e na segurança do paciente. Gonçalves *et al.*, (2016) ao analisarem o tempo de formação, observaram que as informações sobre “medicações” e “cuidados gerais/ procedimentos realizados” foram menos referidas pelos profissionais com maior tempo de formação. E, em relação à informação sobre a “condição clínica do paciente”, foi verificado que o tempo de formação daqueles que referiram essa informação foi menor do que o tempo de formação daqueles que não a abordaram. Os autores relataram que esses resultados podem estar relacionados ao fato de suas formações terem sido realizadas anteriormente ao movimento global da segurança do paciente, que atingiu grande destaque após o ano 2000 (Who, 2012). No presente estudo, o objetivo não foi avaliar tempo de formação com os incidentes e segurança do paciente, mas é importante destacar que a atualização profissional e capacitações são estratégias importantes para profissionais que estão formados há mais tempo.

Sobre os incidentes assistenciais, 66,7% dos voluntários relatou já terem presenciado quedas relacionadas ao espaço físico e também falhas na comunicação. Quarenta por cento dos participantes responderam que já tiveram conhecimento de erros de medicação e 30% não higienizaram as mãos antes de um atendimento. Em relação aos incidentes administrativos, 66,7% relataram que já notificaram sobre incidentes no local de trabalho, 56,7% chamaram o paciente por outro nome e 53,3 receberam prontuário com informações incompletas de pacientes. Os demais incidentes assistenciais e administrativos são apresentados na tabela 2.

**Tabela 2** – Tipos de incidentes ocorridos na Rede de Atenção Psicossocial no município de Lins, São Paulo, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023.

<b>Tipo de incidente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Assistencial</i></b>		
Higiene das mãos	9	30,0
Quedas relacionadas ao espaço físico	20	66,7
Comunicação	22	66,7
Administração de medicação	0	0
Via de administração de medicação	0	0
Dispensação de medicação	1	3,3
Prescrição de medicação	0	0
Já tive conhecimento de erros de medicação	12	40,0
Deixou paciente cair	1	3,3
Realização de procedimento sem ter atribuição	7	23,3

Fonte: Herman, Mendes (2023).

Realização de algum procedimento ou orientação que poderia ter causado algum dano ao paciente	2	6,6
Risco de auto e hetero ferimentos	15	50,0
<b><i>Administrativo</i></b>		
Troca de prontuário de pacientes	6	20,0
Anotações em prontuários trocados	4	13,3
Chamou paciente por outro nome	17	56,7
Não sabia o nome do paciente durante o atendimento	2	6,6
Recebeu prontuário com informações incompletas de pacientes	16	53,3
Notificação sobre incidentes no local de trabalho	20	66,7

De acordo com Souza (2019), diversos riscos de incidentes estão relacionados à estrutura e à organização de CAPS, como erro de dispensação de medicamentos, risco de quedas e risco de auto e hetero ferimento. Muitas vezes, os CAPS funcionam em casas alugadas, que segundo os profissionais são pequenas para o número de usuários (Souza, 2019) e apresentam espaços inadequados para a oferta dos diversos serviços (Caixeta *et al.*, 2017). Desta forma, destaca-se a importância da articulação do CAPS com o território para melhor aproveitamento de espaços, deixando-os mais adequados à realização das atividades.

Na tabela 3 são apresentados os domínios de atitudes de segurança, juntamente com a média e desvio-padrão de escore obtido para cada domínio, além do escore total do questionário de Atitudes de Segurança (*Safety Attitudes Questionnaire - SAQ*). O domínio de “satisfação no trabalho” apresentou o maior escore (média:  $90,7 \pm 17,6$ ). O domínio “clima de trabalho em equipe” também atingiu escore superior a 75, sendo considerado positivo. Os demais domínios e o escore total do SAQ ficaram com médias abaixo de 75.

**Tabela 3** – Principais atitudes de segurança relatadas por profissionais da Rede de Atenção Psicossocial no município de Lins, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023.

<b>Domínios do SAQ</b>	<b>Média ± DP</b>
Clima de trabalho em equipe	$75,8 \pm 19,4$
Clima de segurança	$70,2 \pm 21,9$
Satisfação no trabalho	$90,7 \pm 17,6$
Reconhecimento do estresse	$68,7 \pm 30,5$
Percepção da gerência	$62,4 \pm 19,2$
Condições de trabalho	$69,9 \pm 17,2$
SAQ total	$72,9 \pm 9,7$

Nota: SAQ = *Safety Attitude Questionnaire*.

Fonte: Herman, Mendes (2023).

A satisfação no trabalho é um fator que colabora para uma visão positiva e confiante do ambiente de trabalho, estando associada com a qualidade da assistência prestada (Barbosa *et al.*, 2016). Na pesquisa realizada por Magalhães *et al.* (2019), o domínio “satisfação no trabalho” apresentou o melhor escore, se mostrando como um fator favorável a segurança do paciente. É importante destacar que a satisfação no trabalho é positivamente relacionada com produtividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, além de melhorar aspectos como absenteísmo e rotatividade (Pavan *et al.*, 2019).

Nesse sentido, implementar rotinas assistenciais que melhorem a satisfação profissional pode contribuir para maior desempenho profissional, fortalecendo, conseqüentemente, a cultura de segurança (Alves; Guirardello, 2016). No nosso estudo, aqueles que não avaliaram risco de auto e hetero ferimentos e que não receberam prontuários com informações incompletas de pacientes tinham mais satisfação no trabalho. De acordo com Rigobello *et al.* (2012), a satisfação do profissional com o trabalho está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada.

O clima de trabalho em equipe precisa ser adequado para que os profissionais possam exercer suas atividades de maneira satisfatória. Assim, a manutenção do clima de trabalho em equipe é de suma importância para que haja o resultado esperado pelos colaboradores para manter uma harmonia no local (Pavan *et al.*, 2019). Na perspectiva da cultura de segurança, o presente estudo apresenta o trabalho em equipe como domínio que atingiu a pontuação mínima satisfatória. De acordo com Cavalcante *et al.* (2016), o clima de trabalho precisa ser adequado para que exista apoio entre a equipe, pois isso impacta diretamente na assistência e no entrosamento das equipes de trabalho.

Sobre a análise de regressão logística entre os incidentes ocorridos com pacientes na Atenção Psicossocial e os domínios de atitudes de segurança, foi observado que os profissionais que não realizavam a higiene das mãos tinham maior reconhecimento de estresse. Além disso, quem tinha uma melhor comunicação tinham mais clima de segurança e mais satisfação no trabalho. Os profissionais que não tiveram conhecimento de erros de medicação apresentaram maior clima de segurança. Também foi encontrado que os profissionais que não têm risco de auto e hetero ferimentos e que não receberam prontuários com informações incompletas de pacientes tinham mais satisfação no trabalho (Tabela 4).



**Tabela 4** – Regressão logística entre os incidentes ocorridos com pacientes na Atenção Psicossocial e os domínios de atitudes de segurança da equipe multiprofissional da cidade de Lins, São Paulo, no período de julho e agosto de 2022 (n=30), Uberlândia – MG, 2023.

Incidentes	Domínios de atitudes de segurança											
	Clima de trabalho em equipe		Clima de segurança		Satisfação no trabalho		Reconhecimento do estresse		Percepção da gerência		Condições de trabalho	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Higiene das mãos	0,947	0,893 - 1,004	0,970	0,925 - 1,017	0,955	0,905 - 1,008	<b>1,045</b>	<b>1,001 - 1,090</b>	0,977	0,931 -1,024	0,895	0,795 -1,009
Quedas relacionadas ao espaço físico	0,905	0,834 - 0,982	0,940	0,882 - 1,001	0,930	0,872 -0,993	1,021	0,994 - 1,048	0,983	0,942 - 1,025	0,825	0,629 - 1,081
Comunicação	0,930	0,865 - 1,001	<b>0,917</b>	<b>0,843 - 0,999</b>	<b>0,899</b>	<b>0,821 - 0,983</b>	1,011	0,985 - 1,038	0,964	0,918 - 1,013	0,933	0,826 -1,053
Já tive conhecimento de erros de medicação	0,966	0,926 - 1,008	<b>0,959</b>	<b>0,921 - 0,998</b>	0,956	0,910 - 1,004	0,995	0,971 - 1,019	0,971	0,931 - 1,013	0,972	0,928 -1,019
Realização de procedimento sem ter atribuição	0,979	0,935 - 1,026	0,998	0,955 - 1,042	0,973	0,924 -1,025	1,007	0,978 - 1,037	1,019	0,969 -1,071	0,981	0,922 -1,045
Risco de auto e hetero ferimentos	0,960	0,918 - 1,005	0,975	0,940 - 1,011	<b>0,933</b>	<b>0,881 - 0,988</b>	1,010	0,985 - 1,035	0,971	0,931 -1,012	0,956	0,898 -1,018
Troca de prontuário de pacientes ou anotações em prontuários trocados	0,995	0,951 - 1,041	1,001	0,959 - 1,045	0,981	0,929 - 1,035	1,022	0,981 - 1,065	0,989	0,942 -1,040	1,007	0,952 -1,065
Chamou paciente por outro nome ou não sabia o nome do paciente durante o atendimento	0,969	0,924 - 1,016	0,974	0,933 - 1,017	0,988	0,943 - 1,035	1,021	0,992 - 1,050	0,990	0,949 - 1,032	0,913	0,807 - 1,033
Recebeu prontuário com informações incompletas de pacientes	0,944	0,8988 - 1,002	0,971	0,933 - 1,011	<b>0,941</b>	<b>0,888 - 0,996</b>	1,031	0,926 - 1,062	0,970	0,928 - 1,014	0,824	0,640- 1,061
Notificação sobre incidentes no local de trabalho	1,008	0,968 - 1,051	1,002	0,967 - 1,038	0,995	0,951 - 1,040	0,992	0,968 - 1,017	0,977	0,937 - 1,019	1,029	0,967 -1,096

**Nota:** IC: Intervalo de confiança; OR: *Odds Ratio*.

Fonte: Herman, Mendes (2023).

É importante salientar que a sobrecarga de trabalho, o cansaço e o estresse do profissional são causas frequentes de erros durante os procedimentos realizados por profissionais da saúde (Freire; Costa, 2016). Em profissionais da enfermagem, por exemplo, a sobrecarga de trabalho leva ao aumento dos riscos de incidentes, e deve ser entendida como uma consequência de vários fatores que proporcionam o aumento do risco da segurança ao paciente (Ribas; Salim, 2013). De acordo com essa informação, nosso estudo encontrou que os profissionais que não realizavam a higiene das mãos tinham maior reconhecimento de estresse. Vandresen *et al.* (2018) destacam que o dimensionamento de pessoal, em quantidade e qualidade adequados, são importantes para redução da sobrecarga de trabalho e atuam como ponto-chave para uma prática assistencial adequada, se tornando indispensável para promoção de práticas seguras.

A comunicação é um domínio que evidencia a cultura da segurança do paciente, sendo causa e recurso para impedir as ameaças à segurança do paciente (Paese; Sasso, 2013). Nessa pesquisa, aqueles que relataram maiores pontuações na “comunicação” também tiveram maior clima de segurança. Em um estudo realizado na Alemanha foi observado que 15% de todos os eventos foram relacionados diretamente aos problemas de comunicação entre os cuidadores e pacientes ou dentro da equipe, e que em mais de 50% a comunicação foi um fator contribuinte. Na Austrália, problemas de comunicação foram uma das quatro categorias principais associadas a eventos adversos (Sandars; Cook, 2007). De acordo com Souza (2019), um incidente (crise e a agitação) com um paciente em um CAPS poderia ter sido evitado se a equipe de saúde tivesse se atentado ao perfil do usuário, por meio da adoção de condutas simples como comunicação prévia com usuário ou familiar, ou abordagem individual no momento em que o usuário adentrou na unidade. Desta forma, é possível observar que a comunicação é fator indispensável para a adequada segurança do paciente.

O domínio clima de segurança relaciona-se à percepção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança. A segurança do profissional e do paciente interagem de formas complexas e importantes, uma vez que há sobreposição nos tipos de preocupações de segurança e nos fatores que aumentam os riscos para a ocorrência de incidentes (Brickell *et al.*, 2009).

Kudo *et al.* (2008) investigaram as dimensões do clima de segurança entre enfermeiros japoneses, e os autores concluíram que as atitudes da administração quanto

à segurança e quanto à comunicação entre os membros da equipe foram os fatores mais relevantes nessa análise. Em relação a esse domínio, este estudo aponta que aqueles profissionais que apresentaram maior clima de segurança, não tiveram conhecimento de erros de medicação. Desde 1999, estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de avaliar a influência das condições de trabalho dos profissionais de saúde na segurança do paciente. Nesse sentido, Hickam *et al.* (2004) realizaram uma revisão sistemática e apontam fortes evidências de que as condições de trabalho influenciam a ocorrência de erros de medicação, bem como resultados relacionados ao paciente, como: infecção hospitalar, eventos adversos, úlcera por pressão e mortalidade. Assim, condições de trabalho precárias podem reduzir a qualidade do cuidado, o que contribui para o aumento de riscos ao paciente (Oliveira *et al.*, 2014).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo, os dados apontaram que a maioria dos profissionais já presenciaram situações que colocam em risco a segurança do paciente, como quedas relacionadas ao espaço físico, falhas na comunicação, erros de medicação, não higienização das mãos antes de um atendimento. No que diz respeito aos incidentes administrativos, aproximadamente metade dos voluntários já chamaram o paciente por outro nome e receberam prontuário com informações incompletas de pacientes. As fragilidades identificadas em todas as dimensões analisadas poderão proporcionar reflexões da prática clínica atual, bem como contribuir para a implementação de estratégias que visam aumentar a segurança do paciente na atenção à saúde.

Os domínios “satisfação no trabalho” e “clima de trabalho em equipe”, do questionário de Atitudes de Segurança (SAQ), apresentaram escores considerados adequados e estão diretamente relacionados com a segurança do paciente. Nesse sentido, destaca-se a importância de o profissional de saúde ser valorizado e ter seu trabalho reconhecido (seja por sua chefia ou por seus colegas), uma vez que isso poderá impactar diretamente na segurança do paciente.

Em adição, profissionais que não realizavam a higiene das mãos tinham maior reconhecimento de estresse, quem apresentava melhor comunicação tinha mais clima de segurança e mais satisfação no trabalho. Aqueles que não tiveram conhecimento de erros

de medicação apresentaram maior clima de segurança e os profissionais com menor risco de auto e hetero ferimentos e que não receberam prontuários com informações incompletas de pacientes tinham mais satisfação no trabalho. Desta forma, compete aos diferentes profissionais da RAPS atuar na promoção da segurança do paciente em todas as suas dimensões, principalmente em razão do impacto de eventos adversos na qualidade da assistência.

O presente estudo possui algumas limitações, sendo que os dados são provenientes de uma pesquisa com desenho transversal, o que impossibilita a determinação de relações de causa e efeito. Além disso, a amostra avaliada foi relativamente pequena. Entretanto, apesar do tamanho amostral reduzido, é relevante mencionar que os resultados foram obtidos a partir da participação da maioria dos profissionais de saúde da Atenção Psicossocial da cidade de Lins - SP, refletindo, portanto, a realidade local.

São requeridas mais pesquisas para aprofundar a compreensão sobre como a cultura de segurança se relaciona com a ocorrência de eventos negativos envolvendo pacientes e profissionais na rede de cuidados psicossociais. Ademais, é recomendável estender essa análise para outras áreas do sistema de saúde público, com o intuito de aprimorar a qualidade dos serviços prestados.

## REFERÊNCIAS

ALVES, D. F.; GUIRARDELLO, E. D. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 2, e58817. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>

BARBOSA, M. H.; FLORIANO, D. R.; FARIA, K. O.; GONÇALVES, K. N.; FERREIRA, L. A. Patient safety climate at a private hospital. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p.1-8. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>.

BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

BRICKELL, T. A.; NICHOLLS, T. L.; PROCYSHYN, R. M.; MCLEAN, C.;  
DEMPSTER, R. J.; LAVOIE, J. A. A. *et al.* **Patient safety in mental health** [Internet].  
Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association;  
2009. Disponível em:  
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/Mental%20Health%20Paper.pdf>  
Acesso em: 19 out 2022.

CAIXETA, C. C.; SOUSA, J. M.; BARBOSA, M. A.; PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.;  
PIRES, J. S.; NUNES, F. C. Os fatores restritivos da prática com grupos terapêuticos:  
construindo hipóteses de soluções. In: **6º Congresso Ibero-Americano em  
Investigação Qualitativa**; Salamanca, Espanha: CIAIQ, v. 2, p. 325-34. 2017.

CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B. Cross-cultural adaptation of the Safety  
Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Revista Latino-Americana de  
Enfermagem**, v. 20, n. 3, pp. 575-582. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>.

CAVALCANTE, A.K.; CAVALCANTE, F. A.; PIRES, D. C.; BATISTA, E. M.;  
NOGUEIRA, L. T. Nursing perception of safety culture: integrative review. **J Nurs  
UFPE**, v. 10, n. 10, p. 3890-7. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201622>.

DUTRA, V. F. D.; BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M. P. Mediando a autonomia:  
uma prática do cuidado essencial na saúde mental. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 3,  
e20160284. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284>

FREIRE, M. N.; COSTA, E. R. Qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem no ambiente de trabalho. **Revista de Enfermagem contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 151- 158. 2016. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317.3378rec.v5i1.871>.

GONÇALVES, M. I.; ROCHA, P. K.; ANDERS, J. C.; KUSAHARA, D. M.; TOMAZONI, A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, e2310014. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002310014>.

HICKAM, D. H.; SEVERANCE, S.; FELDSTEIN, A.; RAY, L.; GORMAN, P.; SCHULDHEIS, S.; HERSH, W. R.; KRAGES, K. P.; HELFAND, M. The effect of health care working conditions on patient safety. **Evid Rep Technol Assess (Summ)**, v. 74, p.1-3. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Lins. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/lins/panorama>. Acesso em: 03 set 2023.

KUDO, Y.; SATOH, T.; KIDO, S.; WATANABE, M.; MIKI, T.; MIYAJIMA, E.; SAEGUSA, Y.; TSUNODA, M.; AIZAWA, Y. A pilot study testing the dimensions of safety climate among Japanese nurses. **Ind Health**, v. 46, n. 2, p.158-65. 2008. DOI: <https://doi.org/10.2486/indhealth.46.158>.

MAGALHÃES, F. H. L.; PEREIRA, I. C. A.; LUIZ, R. B.; BARBOSA, M. H.; FERREIRA, M. B. G. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, e. 20180272. 2019, DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>.

MAKARY, M. A.; SEXTON, J. B.; FREISCHLAG, J. A.; MILLMAN, A.; PRYOR, D.; HOLZMUELLER, C.; PRONOVOST, P. J. Patient safety in surgery. **Annals of Surgery**, v. 243, n. 5, p. 628–635. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000216410.74062.0f>

OLIVEIRA, M. A. F.; CESTARI, T. Y.; PEREIRA, M. O.; PINHO, P. H.; GONÇALVES, R. M. D. A.; CLARO, H. G. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, p. 368-78. 2014.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 302-310. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>.

PAVAN, N. F. P.; MAGALHÃES, A. L. P.; PONCIO, D. F.; ASCARI, R. A.; ZANINI, P. D.; KNIHS, N. S.; SILVA, O. M. Cultura de segurança do paciente no transplante renal no oeste catarinense. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 4, p. 398-405. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900055>.

RIBAS, A. L.; SALIM, C. R. **Gestão de pessoas para concursos**. Brasília: Alumnus, 2013.

RIGOBELLO, M. C. G.; CARVALHO, R. E. F. L.; CASSIANI, S. H. B.; GALON, T.; CAPUCHO, H. C.; DEUS, N. N. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5 p. 728-735. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.

SANDARS, J.; COOK, G. **ABC of patient safety**. Oxford (UK): Blackwell Publishing Ltd; 2007.

SOUZA, A. C. S. **Incidentes com pacientes atendidos nos centros de atenção psicossociais: vivências da equipe de saúde**. 2019. 265 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

SOUZA, A. C. S.; BEZERRA, A. L. Q.; CAIXETA, C. C.; PINHO, E. S.; PARANAGUÁ, T. T. B.; TEIXEIRA, C. C. Percepção dos profissionais sobre segurança dos pacientes na atenção psicossocial. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 1, p. e20180831. 2020.

TIMM, M; RODRIGUES, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 26-37. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.

VANDRESEN, L.; et al. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017-0107, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0107

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety [Internet]. 2012. [acesso 2012 Out 19]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>



## 7. CONCLUSÃO

Considera-se que esse estudo contribuiu com o conhecimento sobre os incidentes ocorridos com pacientes da saúde mental e sua relação com atitudes de segurança da equipe multiprofissional da rede de atenção psicossocial.

De acordo com os dados levantados na revisão integrativa, foi evidenciada a incidência de eventos em todos os níveis do cuidado em saúde mental. Predominantemente, esses eventos resultaram em danos leves, sendo mais comuns nas instalações onde os pacientes se encontravam, principalmente em seus próprios quartos e, em sua maioria, durante o período noturno. Destaca-se a relevância da segurança do paciente em múltiplos cenários, ressaltando a importância de reconhecer o conhecimento acumulado pelos profissionais envolvidos. As discussões também apontam para a necessidade de adotar uma nova abordagem, caracterizada por uma atenção mais compassiva e humanizada, alinhada ao modelo biopsicossocial de cuidados em saúde.

Nesse sentido, os dados da pesquisa em campo apontaram que a maioria dos profissionais já presenciaram situações que colocam em risco a segurança do paciente. Assim, é necessário o desenvolvimento de ações para o fortalecimento dos sistemas de segurança nos ambientes de atenção psicossocial.

Refletiu-se nesse estudo, que fragilidades foram identificadas em todas as dimensões analisadas, permitindo reflexões sobre a prática clínica atual. Esperamos que nossos resultados possam contribuir para a implementação de estratégias que visam aumentar a segurança do paciente na atenção à saúde.

Nossos achados fornecem evidências que sugerem a necessidade da implementação de protocolos específicos para a rede de atenção psicossocial, de modo que haja a máxima redução da ocorrência de eventos adversos. Além disso, esperamos que estes resultados tenham impacto positivo em toda a comunidade acadêmica e assistencial.

## **8. PERSPECTIVAS FUTURAS**

Estudos adicionais são necessários para melhor avaliar a relação entre a cultura de segurança e a ocorrência de eventos adversos com pacientes e profissionais que atuam na rede de atenção psicossocial. Além disso, sugere-se que essa avaliação também seja realizada em outras áreas do sistema público de saúde, visando melhora na qualidade assistencial.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. E. L.; LOPES, J. M.; SOUZA FILHO, M. C. M.; VIEIRA JÚNIOR, R. F. V.; FARIAS, L. P. C.; SANTOS, C. C. M.; GAMA, Z. A. S. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, pp. 161-172. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.

ANVISA. RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 23 de julho de 2023.

ANVISA. RDC nº 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, 2011. Disponível em: [http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_63\\_2011\\_.pdf/3838d288-34e4-4e9a-9650-fe4089078185](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_63_2011_.pdf/3838d288-34e4-4e9a-9650-fe4089078185). Acesso em: 23 de julho de 2023.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008.

BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Portaria GM/MS nº 529/2013**. Brasília, v.1, 2013, 32 p. Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Acesso em: 13 ago. 2022.

CARLESÍ, K. C.; PADILHA, K. G.; TOFFOLETTO, M. C.; HENRIQUEZ-ROLDÁN, C.; CANALES JUAN, M. A. Patient safety incidents and nursing workload. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 25, e2841, 2017.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. (2003). **Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva**. In P. Amarante. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau. 2003.

DUTRA, V. F. D.; BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M. P. Mediando a autonomia: uma prática do cuidado essencial na saúde mental. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 3, e20160284. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284>

JAFELICE, G. T.; SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. Potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas**, v. 18, n. 1, p. 17-25. 2022.

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.172106>

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

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V.; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na APS no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.

MENDES, C. M. B. Promoção da Cultura e Segurança do na Atenção Primária. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2014.

MESQUITA, K. O.; SILVA, L. C. C.; LIRA, R. C. M.; FREITAS, C. A. S. L.; LIRA, G. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 10 de julho de 2023.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 22, n. 2, p 302-310. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001. DOI: 10.1590/S0034-89102001000100016.

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

REASON, James. Human error: models and management. **BMJ Quality & Safety**. v. 320, p. 768-770, 2000.

SOUSA, H. E. F. A reforma psiquiátrica e a criação dos centros de atenção psicossocial brasileiros: um rápido mergulho através história. **Ideias & Inovação**, v. 5, n. 3, p. 45-52, 2020.

TAVARES, V. R. O. **Protocolo para classificação de riscos à segurança do paciente em hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte**. 2021. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de

Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em:

<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/37139/1/Protocolo%20para%20classifica%20c3%a7%20de%20riscos%20c3%a0%20seguran%20a7a%20do%20paciente%20em%20hospital%20psiqui%20a1trico%20p%20bablico%20de%20Belo%20Horizonte.pdf>. Acesso em: 18 de julho de 2023.

TIMM, M; RODRIGUES, M.C.S. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 26-37. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600005>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. v.1. Final Technical Report and Technical Annexes, Geneva: 2009.

**ANEXOS****ANEXO A – Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A segurança do paciente na rede de atenção psicossocial através do cuidado da equipe multiprofissional

**Pesquisador:** ADRIANA HERMAN

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59313822.3.0000.5152

**Instituição Proponente:** PPGAT- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.548.164

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLÂNDIA, 27 de Julho de 2022

---

**Assinado por:**  
**ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO**  
(Coordenador(a))

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “A SEGURANÇA DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ATRAVÉS DO CUIDADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Adriana Herman e Paulo Cesar Mendes.

Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar a associação entre incidentes ocorridos com pacientes na Atenção Psicossocial com atitudes de segurança dos profissionais envolvidos na assistência à saúde da cidade de Lins - SP.

O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pelo pesquisador Adriana Herman e estará disponível no questionário on-line, o que irá compor a primeira parte do questionário. Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa (conforme item IV da Resolução nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016).

Na sua participação, você irá responder um questionário on-line cujo objetivo é avaliar a associação entre incidentes ocorridos com pacientes na Atenção Psicossocial com atitudes de segurança dos profissionais envolvidos na assistência à saúde da cidade de Lins - SP. POR SE TRATAR DE UM QUESTIONÁRIO ON-LINE E A COLETA DE DADOS SER DE FORMA VIRTUAL, QUE VOCÊ GUARDE EM SEUS ARQUIVOS UMA VIA DO DOCUMENTO DE REGISTRO DE CONSENTIMENTO E/OU GARANTA O ENVIO DE UMA VIA ASSINADA PELOS PESQUISADORES. Você irá responder sete questões no “questionário sociodemográfico”, 36 questões no “questionário de atitudes de segurança” e a 8 questões questionário de “identificação de incidentes na atenção psicossocial”. O tempo estimado para as respostas é de 20 minutos. Nós pesquisadores iremos atender as orientações da Resolução nº 510/16, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. É compromisso do pesquisador responsável a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Os riscos consistem na geração de reações emocionais e psicológicas, como a possibilidade de constrangimento devido à natureza das perguntas, sentimentos de arrependimento, culpa e desconforto devidos as perguntas contidas nos questionários. Além disso, outro possível risco inclui a divulgação dos dados confidenciais do voluntário, contudo, todos os voluntários serão identificados por códigos com o intuito de minimizar estes riscos e asseguramos a confidencialidade e a privacidade dos

voluntários, a não violação e a integridade dos documentos, além da não utilização dessas informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Ademais, garantimos que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Por fim, assumimos a responsabilidade de dar assistência integral aos possíveis danos que podem ser causados por esta pesquisa. O benefício ao participante é reflexão em relação aos incidentes que podem ocorrer com pacientes na Atenção Psicossocial. Além disso, os resultados da pesquisa também poderão colaborar para a elaboração de protocolos de segurança do paciente para a realidade dos profissionais estimulando a adoção de boas práticas de cuidado garantindo a prestação de assistência segura e qualificada aos pacientes, preservando também a segurança dos profissionais de saúde.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

**Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelos pesquisadores.**

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Adriana Herman

Universidade Federal de Uberlândia e Prefeitura Municipal de Lins

Contato: (14) 3533-4299 ramal 4208

Endereço: Av Nicolau Závros, 754, Vila Clélia, Lins -SP. Prefeitura municipal de Lins, Secretaria de Saúde, Diretoria Saúde Mental.

Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link:

[https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha\\_Direitos\\_Eticos\\_2020.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf).

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br). O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ..... de ..... de 20.....

---

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante de pesquisa



**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO INICIAL**

Código do voluntário: \_\_\_\_\_

- 1- Qual sua função?
  - A) Médico
  - B) Enfermeiro
  - C) Técnico de enfermagem
  - D) Psicólogo
  - E) Assistente social
  - F) Terapeuta ocupacional
  - G) Assistente administrativo
  - H) Auxiliar de asseio
  - I) Cuidador em saúde
  - J) Outro
  
- 1- Qual sua idade
  - A) 20-30 anos
  - B) 30-40 anos
  - C) 40-50 anos
  - D) Acima de 50 anos
  
- 2- Qual seu sexo biológico?
  - A) Masculino
  - B) Feminino
  
- 3- Há quanto tempo você trabalha nesta função na Prefeitura?
  - A) 3 meses a 1 ano
  - B) 1 a 3 anos
  - C) 3 a 5 anos
  - D) Acima de 5 anos
  
- 4- Qual seu vínculo empregatício?
  - A) Estatutário
  - B) CLT
  - C) Santa Casa Misericórdia de Chavantes
  - D) Outro
  
- 5- Qual sua carga horária de trabalho semanal?
  - A) 20 horas
  - B) 30 horas
  - C) 40 horas
  - D) Outra
  
- 6- Você possui outro vínculo empregatício?
  - A) Sim

B) Não

7- Qual sua maior escolaridade:

- A) 2º grau completo
- B) 3º grau completo
- C) Especialização /residência
- D) Mestrado
- E) Doutorado

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Código do voluntário: \_\_\_\_\_

- 1- Sobre a higiene das mãos você realiza:
  - a) Antes e após os atendimentos aos pacientes
  - b) Realiza somente quando tem algum contato físico
  - c) Raramente realiza
  - d) Não realiza
  
- 2- Sobre a identificação dos pacientes você:
  - a) Já trocou prontuário de pacientes
  - b) Já fez anotações em prontuários trocados
  - c) Já chamou paciente por outro nome
  - d) Não sabia o nome do paciente durante o atendimento
  - e) Recebeu prontuário com informações incompletas de pacientes
  
- 3- Sobre o risco de queda você:
  - a) Considera o local de trabalho seguro contra quedas
  - b) Considera que o local precisa de adequações
  - c) Já presenciou quedas de pacientes durante os atendimentos
  - d) Nunca presenciou quedas mas teve conhecimento que ocorreram
  
- 4- Sobre a comunicação no seu local de trabalho:
  - a) A comunicação é clara e objetiva
  - b) Não existe comunicação
  - c) A comunicação precisa melhorar
  - d) A comunicação é ineficaz
  
- 5- Sobre a prescrição, dispensação e administração de medicamentos:
  - a) Já administrei medicação errada ao paciente
  - b) Já dispensei medicação errada ao paciente
  - c) Já prescrevi medicação errada ao paciente
  - d) Já tive conhecimento de erros de medicação no meu local de trabalho
  - e) Nunca administrei, prescrevi ou dispensei medicação errada no meu local de trabalho.
  
- 6- Sobre riscos de auto e hetero ferimentos no meu local de trabalho:
  - a) Meu local de trabalho é totalmente seguro contra ferimentos
  - b) Meu local de trabalho oferece riscos de ferimentos aos pacientes
  - c) Meu local de trabalho precisa de reformas e adequações contra ferimentos
  - d) Riscos existem: \_\_\_\_\_
  
- 7- Sobre os incidentes no meu local de trabalho:
  - a) Já errei e não notifiquei com medo de punição
  - b) Já errei e notifiquei ao meu chefe fui punido

- c) Já errei, notifiquei, não fui punido e fui orientado.
  - d) Nunca errei, mas tive conhecimento de quem errou e não notificou
  - e) Todos que erram e notificam são punidos
- 8- Sobre erros, incidentes e eventos adversos marque as alternativas que já ocorreram com você:
- a) Deixei paciente cair
  - b) Administrei medicação errada
  - c) Administrei medicação por via errada
  - d) Realizei procedimento sem ser minha atribuição
  - e) Fiz anotação errada em prontuário
  - f) Atendi paciente sem higienizar as mãos
  - g) Realizei algum procedimento ou orientação que poderia ter causado algum dano ao paciente

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES DE SEGURANÇA**

Código do voluntário: \_\_\_\_\_

- A) Discordo totalmente
- B) Discordo parcialmente
- C) Concordo totalmente
- D) Concordo parcialmente
- E) Não se aplica

- 1- As sugestões do enfermeiro são bem recebidas nessa área
- 2- Nesta área é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado do paciente
- 3- Nesta área, as discordâncias são resolvidas de modo apropriado (ex. não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)
- 4- Eu tenho o apoio que necessito de outros membros da equipe para cuidar dos pacientes
- 5- É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem
- 6- Os médicos e enfermeiros trabalham juntos como uma equipe coordenada
- 7- Eu me sentiria seguro se fosse tratado aqui como paciente
- 8- Erros são tratados de maneira apropriada nesta área
- 9- Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas a segurança do paciente nesta área
- 10- Eu recebo retorno apropriado sobre meu desempenho
- 11- Nesta área é difícil discutir sobre erros
- 12- Sou encorajado por meus colegas a informar qualquer preocupação que eu possa ter quanto a segurança do paciente
- 13- A cultura nesta área torna mais fácil aprender com os erros dos outros
- 14- Minhas sugestões sobre segurança seriam postas em ação se eu as expressasse à administração
- 15- Eu gosto do meu trabalho
- 16- Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família
- 17- Este é um bom lugar para trabalhar
- 18- Eu me orgulho de trabalhar nesta área
- 19- A moral nesta área é alta
- 20- Quando minha carga de trabalho é excessiva, meu desempenho é prejudicado
- 21- Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado
- 22- Eu tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis
- 23- O cansaço prejudica meu desempenho durante situações de emergência
- 24- A administração apoia meus esforços diários
- 25- A administração não compromete conscientemente a segurança do paciente
- 26- A administração está fazendo um bom trabalho
- 27- Profissionais problemáticos da equipe são tratados de maneira construtiva pela administração
- 28- Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que podem afetar meu trabalho

- 29- Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes
- 30- Esta unidade faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe
- 31- Toda informação necessária para decisões diagnósticas e terapêuticas está disponível rotineiramente para mim
- 32- Estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados
- 33- Eu vivencio boa colaboração com os enfermeiros nesta área
- 34- Eu vivencio boa colaboração com a equipe médica nesta área
- 35- Eu vivencio boa colaboração com os farmacêuticos nesta área
- 36- Falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns