



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar
PPGSTEH – Mestrado Profissional

Andreia Novais Dias Blanco

**Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda e uma
Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora**

Rio de Janeiro

2019

Andreia Novais Dias Blanco

**Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda e uma
Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Renata Flavia Abreu da Silva

Rio de Janeiro
2019

**Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda e uma Pulseira
Fotográfica como Ferramenta Inovadora**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar Mestrado Profissional – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Renata Flavia Abreu da Silva
Presidente

Prof.^a Dra. Ana Karine Ramos Brum
1^a Examinadora

Prof. Dr. Paulo Sergio Marcellini
2^o Examinador

Prof. Dr. Luís Antônio dos Santos Diego
1^o Suplente

Prof.^a Dra. Tereza Tonini
2^o Suplente

Rio de Janeiro
2019

Dedicatória

*A Deus, que nunca me desamparou, e à minha família
que sempre esteve ao meu lado. Vocês são a razão da
minha existência!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me capacitar e me conceder a realização deste sonho.

Ao meu esposo Carlos pelo incentivo constante, pela paciência e apoio incansável. Sem você eu não conseguiria. Te amo!

Às minhas filhas Mariana e Ana Clara peço perdão pela ausência, mas o nosso amor é mais forte. Esta vitória também é de vocês!

Aos meus pais José e Guida, pela ajuda diária e pelo incentivo constante.

À minha irmã Claudia por dividir comigo as angústias desta jornada e pela ideia inicial de que poderia ser possível.

À minha orientadora Renata Flavia que, além de se tornar uma amiga, demonstrou seu profissionalismo durante todo o tempo e me impulsionou a chegar até o final.

Às amigas Monik Nowotny, por lapidar a minha ideia inicial, e Solange Campos, pelas sábias palavras em momentos difíceis.

À amiga Marta Campos pelo companheirismo de sempre.

Às professoras Vanessa Corrêa e Rosâne Melo pelas brilhantes contribuições que conduziram à realização deste trabalho.

À acadêmica de enfermagem Amanda Rebeca que muito me ajudou na busca dos estudos da revisão integrativa.

Ao amigo Evandro Fidelis pela compreensão e colaboração durante este período.

À amiga Geisy Pinheiro por me ouvir e me incentivar.

Ao amigo Luiz Carlos da Rocha que, mesmo distante, torceu pelo meu sucesso.

RESUMO

O estudo versou sobre a identificação, como meta de segurança, do paciente com transtorno mental na fase aguda, entendendo esta situação como geradora de risco, principalmente pela especificidade desta clientela. Para tanto, traçou-se como objetivo geral: elaborar um protocolo para a correta identificação do paciente com transtorno mental na fase aguda. Foi um estudo exploratório, com abordagem qualitativa e os métodos para a coleta de dados foram divididos em três fases. O estudo foi inserido na Plataforma Brasil sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 96664318.0.0000.5285 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo Parecer nº 2.854.164. Inicialmente, foi realizada uma revisão integrativa com o intuito de verificar o processo de identificação e a assistência em saúde dos portadores de transtornos mentais, considerando-se a temática da segurança do paciente. Obtiveram-se estudos, com base nos critérios de inclusão, os quais foram analisados, porém nenhum deles se remeteu à identificação propriamente dita. Posteriormente, os profissionais especialistas na área de segurança do paciente foram abordados por meio de um questionário elaborado no Google Forms®, via aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas, onde a experiência individual e as orientações acerca da correta identificação de forma geral foram consideradas. Por fim, foi realizado um grupo focal com enfermeiros especialistas em saúde mental, para compreender como é realizada a identificação deste paciente dentro de unidades psiquiátricas, no cotidiano da prática. A análise de dados ocorreu de forma descritiva, de modo que as diferentes fases percorridas no estudo foram consideradas e comparadas entre si. A falha na comunicação e alteração do nível de consciência dos pacientes foram apontadas em todas as fases, evidenciando estes fatores como uma barreira importante para a correta identificação desta clientela. O estigma sofrido por este indivíduo também foi citado, mas não considerado pelos enfermeiros participantes da pesquisa, que entendem que a resistência para a correta identificação seria por parte da equipe de profissionais da saúde mental. Portanto, sugeriram a utilização da pulseira de identificação, ainda não usual no serviço onde atuam. Os dois grupos de profissionais adotados no trabalho enfatizam a necessidade de um protocolo próprio para esta clientela, fato corroborado pelos estudos da revisão integrativa. E entre as estratégias propostas pelos profissionais da segurança para facilitar todo o processo de identificação, considera-se a inserção de uma foto na pulseira de identificação destes pacientes, que transpassaria a princípio toda e qualquer dificuldade comportamental do portador de transtorno mental na fase aguda. Sendo esta, também, uma forma segura e incontestável de identificação deste paciente. Identificar o portador de transtorno mental durante todo o período da assistência é uma tarefa complexa, que requer alternativas norteadas por políticas com foco na segurança. Conclui-se que a criação de um protocolo com especificidades voltadas ao paciente portador de transtorno mental na fase aguda, utilizando a pulseira fotográfica como ferramenta essencial neste processo e baseado no Protocolo de Identificação do Ministério da Saúde, pode colaborar para o aumento da qualidade da assistência a esta clientela e, conseqüentemente, à sua segurança.

Descritores: Sistema de Identificação de Pacientes; Transtornos Mentais; Segurança do Paciente; Emergência Psiquiátrica.

ABSTRACT

The study focused on the identification as a safety target for patients with mental disorders in the acute phase, understanding this situation as a risk generator, mainly due to the specificity of this clientele. For this purpose, a general objective was to elaborate a protocol for the correct identification of the patient with mental disorder in the acute phase. It was an exploratory study with a qualitative approach and the methods for data collection were divided into three phases. The study was included in Plataforma Brasil under the Presentation Certificate for Ethical Appreciation 96664318.0.0000.5285 and approved by the Committee of Ethics on Research under the Opinion 2.854.164. Initially, an integrative review was carried out in order to verify the identification process and the health care of patients with mental disorders, taking into account the patient safety subject. The studies were obtained based on the inclusion criteria, which were analyzed, however none of them referred to the identification itself. Subsequently, experts in the area of patient safety were addressed through a questionnaire, developed in Google Forms[®], sent by a multiplatform instant messaging application, where individual experience and guidelines about the correct identification in general were considered. Finally, a focus group was conducted with nurses specialized in mental health in order to understand how the identification of such patient is performed within psychiatric units in the daily practice. The data analysis was done descriptively, in such a way that the different phases covered in the study were considered and compared to each other. Miscommunication and the patient's altered level of consciousness were pointed out in all phases, evidencing these factors as an important barrier to the correct identification of this clientele. The stigma suffered by these individuals has also been mentioned, but not considered by the nurses participants of this research, who understand that the resistance to the correct identification would be on the part of the team of mental health professionals. Therefore they suggested the use of the identification bracelet, still not usual where they work. The two groups of professionals included in the study emphasize the need for a proper protocol for this clientele, a fact corroborated by the studies of the integrative review. Among the strategies proposed by the safety professionals to facilitate the whole process of identification, the insertion of a photo in the identification bracelet of these patients has been considered; that would overpass any and all behavioral difficulties of patients with mental disorder in the acute phase. It would also be a safe and undeniable form of identification of these patients. Identifying the individual with mental disorder during the whole care period is a complex task, requiring policy-driven alternatives with a focus on safety. It is concluded that the creation of a protocol with specificities aimed at the patient with mental disorder in the acute phase, with the use of the photographic bracelet as an essential tool in this process and based on the Protocol of Identification of the Ministry of Health, can collaborate to increase the quality of the assistance to this clientele and, consequently, their safety.

Keywords: Patient Identification System; Mental Disorders; Patient safety; Psychiatric Emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|--|----|
| FIGURA 1 – | FLUXOGRAMA DE ESTUDOS IDENTIFICADOS NOS PORTAIS DE BUSCA | 37 |
| FIGURA 2 – | PROTÓTIPO DE PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PRÓPRIA PARA PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL NA FASE AGUDA | 73 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------|--|----|
| QUADRO 1 – | ELEMENTOS UTILIZADOS PARA BUSCA NAS BASES DE DADOS | 32 |
| QUADRO 2 – | ESTRATÉGIA DE BUSCA | 33 |
| QUADRO 3 – | RESULTADOS DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA | 38 |
| QUADRO 4 – | ESPECIFICIDADES DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NA FASE AGUDA RELACIONADAS À IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | 42 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|---|----|
| TABELA 1 – | PERFIL DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 46 |
| TABELA 2 – | ESTRATÉGIA DE IDENTIFICAÇÃO PARA O PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL NA FASE AGUDA | 47 |
| TABELA 3 – | AGENTE FACILITADOR DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL NA FASE AGUDA | 49 |
| TABELA 4 – | BARREIRAS NO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL NA FASE AGUDA | 51 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1. PROBLEMATIZAÇÃO | 15 |
| 1.2. OBJETIVO GERAL | 16 |
| 1.2.1. Objetivos Específicos | 16 |
| 1.3. JUSTIFICATIVA | 16 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 2.1. CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE | 19 |
| 2.1.1. Protocolo de Identificação do Paciente / Ministério da Saúde..... | 22 |
| 2.2. CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL | 24 |
| 2.2.1. Os Transtornos Mentais | 26 |
| 2.3. O PROTOCOLO COMO UM PROCESSO INOVADOR | 28 |
| 3. METODOLOGIA | 31 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 37 |
| 4.1. RESULTADOS RELACIONADOS À REVISÃO INTEGRATIVA | 37 |
| 4.2. RESULTADOS RELACIONADOS À ABORDAGEM AOS PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 45 |
| 4.3. RESULTADOS RELACIONADOS AO GRUPO FOCAL | 54 |
| 4.3.1. Falha Atual na Identificação do Paciente com Transtorno mental | 54 |
| 4.3.2. Formas de Identificação do Portador de Transtorno Mental na Fase Aguda | 57 |
| 4.3.3. Especificidade do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda | 59 |
| 4.3.4. Padronização dos Cuidados na Saúde Mental | 60 |
| 4.3.5. Equipe Interdisciplinar | 61 |

| | |
|--|-----------|
| 5. ELABORAÇÃO DO PRODUTO ACADÊMICO..... | 62 |
| 6. PRODUTO ACADÊMICO | 65 |
| 7. CONCLUSÃO | 74 |
| REFERÊNCIAS | 76 |
| ANEXOS | 88 |
| ANEXO 1 – ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO | 88 |
| ANEXO 2 – INSTRUMENTO ADAPTADO URSI (2005) – FASE 1 | 91 |
| ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 2 | 92 |
| ANEXO 4 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PROFISSIONAIS DA SEGURANÇA DO PACIENTE – FASE 2..... | 93 |
| ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 3 | 94 |
| ANEXO 6 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL – FASE 3 | 95 |
| ANEXO 7 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – GRUPO FOCAL – FASE 3 | 96 |
| ANEXO 8 – PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE | 97 |
| ANEXO 9 – QUESTÕES ÉTICAS – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA | 108 |
| ANEXO 10 – TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO | 109 |
| ANEXO 11 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 110 |

1. INTRODUÇÃO

A inquietação pelo desenvolvimento do presente estudo surgiu pelo interesse na área da segurança do paciente, tema atual e amplamente discutido mundialmente, que visa, entre outros objetivos, a minimizar falhas provenientes da assistência à saúde.

Políticas públicas voltadas para a temática têm sido propostas de forma a nortear as demandas oriundas dos cenários de saúde. Porém, ao se considerar a assistência oferecida a alguns grupos de pacientes, quanto às suas especificidades, observam-se dificuldades na aplicação prática do que é proposto pelas diretrizes. Esse distanciamento pode ser observado quando nos remetemos ao campo da saúde mental.

O paciente com transtorno mental possui particularidades decorrentes do seu estado psíquico, principalmente diante da agudização de seu quadro. Portanto, o atendimento em saúde oferecido a este indivíduo deverá, além dos cuidados normalmente prestados aos pacientes em geral, possuir uma abordagem diferenciada de forma a evitar circunstâncias que poderão ser prejudiciais ao próprio usuário ou à equipe que o assiste (PRADO, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estima-se que aproximadamente 650 milhões de pessoas apresentem algum tipo de transtorno mental, compreendendo quatro das dez principais causas de incapacitação no mundo (ALCÂNTARA *et al.*, 2018).

Há pouco tempo, o Brasil possuía espaços exclusivos e bem delimitados para o atendimento do portador de transtorno mental: hospital geral para tratar do corpo e hospícios para tratar da mente. Contudo, após a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), estes pacientes passaram ao receber tratamento para suas necessidades físicas e mentais no mesmo espaço e pela mesma equipe (PRADO, 2015). Por isso, os profissionais de saúde que atuam em diferentes cenários devem ser capazes de dar suporte às demandas destes pacientes.

Neste contexto, enfatiza-se que, segundo Sousa (2014), nos últimos anos, a conjuntura dos sistemas de saúde sofreu importantes transformações no que se refere a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, detectando doenças em seu estágio inicial. O aumento da quantidade de intervenções, associado à complexidade dos serviços, potencializam riscos adicionais na prestação desse cuidado. Salienta-se, então, que, diante deste diagnóstico sobre riscos envolvendo os processos assistenciais, há de se tentar minimizá-los por meio de protocolos com foco na Segurança do Paciente.

Segundo a OMS, os erros no cuidado de saúde em países desenvolvidos variam na faixa de 5 a 15% por internação hospitalar, e nos países em desenvolvimento temos menos

informações sobre o estado geral da segurança do paciente, devido à escassez de dados (DONALDSON, 2013).

Após iniciativas mundiais, em 2013, o Ministério da Saúde, juntamente com a OMS, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de promover ações inerentes à segurança do paciente no Brasil, corroborando algumas já conhecidas metas internacionais (BRASIL, 2013).

A Identificação Correta do Paciente, primeira meta internacional, cuja valorização baseia-se em evidências analisadas no âmbito global como uma ferramenta importante na prevenção e redução do risco e dano ao indivíduo, pode ser considerada a pedra angular da assistência segura ao paciente, pois a partir desta, todas as demais metas poderão ser atingidas (CAPUCHO, 2013).

Identificar corretamente o paciente é a garantia de que o tratamento será realizado na pessoa certa, diminuindo as chances de erros, que podem ocorrer em qualquer momento da internação. Segundo o Ministério da Saúde, para uma correta identificação, algumas orientações são fornecidas a fim de facilitar este processo, como a utilização da pulseira em todos os pacientes, além da conferência dos dados da mesma antes de qualquer intervenção (BRASIL, 2013).

Trazendo o paciente com transtorno mental na crise aguda para este contexto, podemos nos deparar com uma condição nada confortável. Mensurar os possíveis desdobramentos de um atendimento na agudez dos sintomas psiquiátricos não é uma tarefa fácil, pois, de acordo com Bonfada *et al.* (2012), nesta hora o indivíduo transborda a sua angústia e sofrimento, a ponto de se desprender de sua realidade social e corporal, podendo haver consequências danosas para si e para os que o cercam.

Pode ser que o paciente não se reconheça neste momento. Para Ciampa *apud* Menezes (2012, p. 156), “nós nos identificamos com o nome, que nos identifica com o conjunto de outros seres, que indica nossa singularidade...”. A falta do conhecimento de si pode limitar o reconhecimento destes indivíduos dentro do contexto social e comprometer a segurança do cuidado em saúde, por estar mais vulnerável.

Desta forma, a assistência à saúde, quando oferecida, deverá ser permanentemente avaliada e otimizada, levando-se em consideração a segurança deste paciente e, neste caso mais especificamente, a sua correta identificação.

1.1. PROBLEMATIZAÇÃO

A assistência à saúde, quando relacionada aos pacientes portadores de transtornos mentais, tem suas peculiaridades, e é um desafio para os profissionais, principalmente quando o quadro psiquiátrico não é o alvo da assistência. Além das emergências, estes indivíduos chegam às unidades clínicas e cirúrgicas para atendimento não relacionado à sua patologia de base, e correspondem a 30% do total de pacientes internados no local (PAES, 2009).

Atualmente, as instituições de saúde buscam ofertar uma assistência segura, visando à qualidade do serviço e à diminuição da ocorrência de falhas relacionadas à segurança do paciente. A divulgação de trabalhos nacionais e internacionais na área da segurança tem fomentado a importância deste item no cotidiano da área assistencial, buscando conscientizar os profissionais a promoverem um ambiente seguro. Isto é corroborado por Oliveira *et al.* (2014, p. 123) quando estes afirmam que “são crescentes as iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial, com envolvimento da alta direção das instituições até seus colaboradores”.

Quando a prática assistencial está embasada em protocolos do PNSP, os quais definem com clareza as orientações para a segurança na assistência à saúde, a qualidade desse atendimento sem dúvida será melhor, pois a experiência baseada em conceitos visa à excelência do cuidado. Honório e Caetano (2009, p. 188) “comprovam que a utilização de protocolos proporciona prática mais qualificada e assistência mais eficaz e humanizada ao paciente”.

O Ministério da Saúde orienta, por meio de seu protocolo de identificação, que o profissional de saúde deverá perguntar o nome ao usuário ou ao acompanhante antes de qualquer procedimento, de modo a compará-lo com as informações descritas na pulseira de identificação (BRASIL, 2013). Porém, na prática assistencial, inserindo os portadores de transtorno mental na fase aguda, faz-se necessário repensar e redobrar a atenção em todo o processo de identificação. Por ser generalista, este protocolo apresenta orientações a serem seguidas nas instituições de saúde, adequando-se às realidades locais, todavia, grupos vulneráveis e com especificidades não são abordados.

A finalidade e o poder de abrangência do protocolo do Ministério da Saúde são notórios, o qual pode ser considerado um norteador na correta identificação do paciente pelos profissionais de saúde. Por isso, é preciso rever e reorganizar as formas de atendimento, reconhecendo o problema de identificação desta clientela como uma possibilidade real de

melhoria, uma vez que com a definição do processo de trabalho é possível criar condições para que o cuidado planejado seja realizado de forma correta e individualizada.

Mediante estes fatos, destaca-se como problema de pesquisa a necessidade da elaboração de um processo de identificação em atendimento às peculiaridades destes pacientes portadores de transtornos mentais na fase aguda, população de maior vulnerabilidade entre os pacientes com transtornos mentais.

1.2. OBJETIVO GERAL

Elaborar um Protocolo para garantir a correta identificação dos pacientes portadores de transtorno mental na fase aguda.

1.1.1. Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão integrativa na busca das especificidades necessárias à identificação dos pacientes portadores de transtorno mental na fase aguda;
- Verificar como se dá o processo de identificação dos pacientes portadores de transtorno mental na fase aguda na prática assistencial.

1.3. JUSTIFICATIVA

Na atualidade, o maior desafio das organizações de assistência à saúde é a implementação de estratégias no intuito de diminuir a frequência de erros dos profissionais e das falhas nos processos, visando à segurança (PEDROSA *et al.*, 2014).

O relatório “To err is human: building a safer health care system” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), publicado em 1999, evidenciou a alta taxa de mortalidade em pacientes de hospitais norte-americanos devido à ocorrência de eventos adversos e o consequente aumento dos custos. Evento Adverso (EA) foi definido pela OMS “como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta” (BRASIL, 2014, p. 4). Assim, estima-se a morte de aproximadamente cem mil pessoas a cada ano com gastos de USD 17 a USD 29 bilhões nos Estados Unidos (BRASIL, 2014, p. 4).

Neste mesmo estudo evidenciou-se que no Reino Unido e na Irlanda do Norte havia um aumento no tempo de internação hospitalar por conta dos EAs, gerando um gasto de £2 bilhões por ano e um prejuízo ao Sistema Nacional de Saúde com questões judiciais

instauradas por parte da família e/ou pacientes que chegou a £400 milhões ao ano (BRASIL, 2014).

A Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, aponta que a falta de segurança do paciente é causadora de 42,7 milhões de incidentes com dano em todo o mundo, e desse total, dois terços ocorrem nos países em desenvolvimento (JHA, 2013 *apud* FRANÇOLIN, 2015). Essa mesma pesquisa replicada em outros países desenvolvidos e alguns em desenvolvimento, entre eles o Brasil, mostrou uma incidência de EAs em aproximadamente 10% dos pacientes internados, sendo 50% evitáveis (BRASIL, 2014).

Sabe-se, então, que a segurança do paciente é um ponto crítico da qualidade do cuidado em saúde. E a identificação correta é uma ferramenta essencial utilizada para evitar e minimizar falhas assistenciais, assegurando o alcance das outras metas de segurança (CAPUCHO, 2013).

Mesmo com a tentativa de padronizar e difundir conhecimentos de segurança do paciente aos profissionais que atuam na assistência, a identificação do paciente ainda não tem, tal como na pesquisa, o verdadeiro reconhecimento como uma prática primordial do cuidado seguro pela equipe de saúde (TASE *et al.*, 2013). E este problema poderá ser potencializado ao considerarmos os cenários ocupados pelos grupos de pacientes vulneráveis.

Alguns autores (ASKELAND *et al.*, 2009; PERRY *et al.*, 2007 *apud* TASE, 2013, p. 198; QUADRADO *et al.*, 2012; WHO, 2007) apontam as falhas na identificação do paciente como uma grande preocupação na prática assistencial, pois são responsáveis por uma “série de eventos adversos ou erros, envolvendo a administração de medicamentos e hemocomponentes, a realização de procedimentos ou cirurgias e os exames laboratoriais, e radiológicos...”.

Anualmente, cerca de 850 pacientes são transfundidos com sangue destinado a outros pacientes e aproximadamente 3% do total evoluem para óbito. Ou seja, a cada 1.000 pacientes, um indivíduo recebe a bolsa de sangue ou de hemocomponentes que seria destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa (BRASIL, 2013).

Estudos norte-americanos informam que, dos 24.382 erros ocorridos no país, 2.900 estavam relacionados à identificação dos pacientes, estimando-se um gasto superior a USD 13 milhões para reparar estes erros (MAYOR, 2007 *apud* HOFFMEISTER, 2015; NÉRI, 2006).

Na área da saúde mental, e geralmente no momento em que o paciente está em surto, há uma perda da realidade por parte deste indivíduo. Para Moraski (2005, p. 215), “os sintomas agudos geram uma complexidade de comportamentos desadaptados no sujeito,

evidenciados pela deterioração na aparência, agressão, agitação, negativismo, despersonalização, desrealização, imprevisibilidade entre outros”.

Os transtornos mentais graves ou persistentes, principais responsáveis pelo quadro agudizado deste paciente, são doenças incapacitantes que atingem de 0.4% a 7.7% da população mundial (DEMYTTENAERE *et al.*, 2004; KESSLER *et al.*, 2009 *apud* CZEPIELEWSKI, 2016).

Condições inerentes aos portadores de transtornos mentais na fase aguda podem ser agentes potencializadores de falhas em seu processo de identificação e, assim, aumentar os riscos relacionados à assistência à saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. CENÁRIO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Historicamente, a preocupação com a segurança do paciente é motivo de discussão entre os estudiosos, pois, apesar do cuidado em saúde trazer uma vasta gama de benefícios, há evidências concretas de que os erros são cada vez mais frequentes (BUENO *et al.*, 2012). A qualidade da segurança do paciente está intimamente relacionada à capacidade do profissional da saúde em transpor barreiras na busca da excelência deste cuidado, como, por exemplo, oferecendo “uma assistência livre de danos, norteada na eficácia, eficiência e conhecimento técnico-científico associado a modernas tecnologias” (WACHTER *apud* NASCIMENTO, 2015, p. 2).

No século 4 antes de Cristo, Hipócrates, pai da medicina, um estudioso com ideias à frente do seu tempo, inserido em um contexto de saúde primitiva, escreveu a frase “*Primum non nocere*”, cuja tradução é “Primeiro não causar dano” (WACHTER, 2010). Dentro desta afirmação, insinuava que, já naquela época, a assistência em saúde era causadora de dano, mostrando uma preocupação, ainda que incipiente, com a segurança do paciente e o controle da sua qualidade.

No século 19, mais precisamente em 1863, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, por meio de seu livro “Notes on Hospitals”, afirmou: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (ANDERMANN *et al.*, 2011 *apud* PASSOS *et al.*, 2016, p. 2; LOPES; SANTOS, 2010). Nightingale, também à frente de seu tempo, provou que a assistência aos enfermos possuía falhas, e que isto, por ser um grande problema, significava um alerta para a realidade do cuidado (GEORGE *apud* BUENO, 2012).

Em 1911, Ernest Codmam, um cirurgião de Boston, ao analisar pacientes em processo de recuperação, provou que uma quantidade significativa destes usuários era vítima de falhas no atendimento. Logo a seguir, em 1918, em parceria com o Colégio Americano de Cirurgiões, houve divulgação do *Diseases of Medical Progress* (Doenças do Progresso Médico), mostrando a prevalência e prevenção de falhas e comprovando o quanto o desenvolvimento tecnológico da assistência em saúde era inseguro (MACHADO, 2014).

A partir de 2000, surgiu uma nova fase, a “Era da Segurança do Paciente”, que estimulou inúmeras entidades nacionais e internacionais a minimizarem os erros, resultando na assistência mais segura e com qualidade (DIAS, 2014).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da 57ª Assembleia Mundial de Saúde, com a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, impulsionou a disseminação, aceleração e identificação das prioridades na área de segurança do paciente em diferentes países, cujo resultado foi uma ampla pesquisa do tema.

A Aliança Mundial passou a focar suas ações de modo a favorecer normas e práticas de segurança do paciente. Tem ações voltadas em mobilizações denominadas “Desafio Global para a Segurança do Paciente”, com a utilização de uma taxonomia padronizada, criando subsídios para as normas e pesquisas, oferecendo soluções pertinentes à problemática e criando oportunidades de aprendizagem, como as orientações de “boas práticas” (OMS, 2009).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2017), o desafio global apontado pela Aliança Mundial tem como objetivo identificar ações para minimizar riscos aos pacientes e orientar os países que tenham interesse em implantá-las em seu território.

Vale ressaltar que em 2011, a OMS, em parceria com a *Joint Commission International* (JCI), criaram as metas internacionais de segurança do paciente, as quais enfatizam problemas relacionados à assistência à saúde e propõem soluções para melhorar a segurança do paciente (BRASIL, 2013; JCI, 2014; WHO, 2012). As metas adotadas pelo Ministério da Saúde são seis:

- 1) Identificar os pacientes corretamente;
- 2) Melhorar a comunicação efetiva;
- 3) Melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância;
- 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- 5) Higienizar as mãos para evitar infecções;
- 6) Reduzir os riscos de quedas e úlceras por pressão.

Para Miasso (2000), segurança do paciente se resume a um conjunto de iniciativas com o objetivo de evitar, prevenir e minimizar resultados negativos originados do cuidado em saúde. A OMS declara que corresponde à redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013). Assim sendo, ao longo do tempo, os possíveis danos causados aos pacientes estão sendo amplamente discutidos na área da saúde em caráter global. Contudo, ainda existe a necessidade de melhorar sua adequação à prática assistencial.

No Brasil, pesquisas na área de segurança do paciente surgiram no início da década de 2000, simultaneamente ao que acontecia no panorama global (BUENO *et al.*, 2012). A partir

da época da Aliança Mundial, o governo brasileiro apresentou propostas de melhorias nacionais na área de segurança em saúde (BRASIL, 2011).

Em 2001, a Anvisa criou o Projeto Hospitais Sentinelas com o objetivo principal de observar, no âmbito dos serviços, o gerenciamento de riscos e segurança de produtos de saúde regularmente utilizados, tais como: medicamentos, kits para exames laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e seus componentes. Hospitais brasileiros aderiram voluntariamente ao projeto e desenvolveram uma estrutura responsável por “realizar a busca, a identificação e a notificação dos eventos adversos e das queixas técnicas, relacionadas aos produtos sob vigilância sanitária” (BRASIL, 2014, p. 10).

Em 2006, no estado de Minas Gerais, foi realizado por farmacêuticos o primeiro Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP), dos Estados Unidos. A partir deste evento, houve a criação do ISMP Brasil, em 2009, que é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, conveniada à ISPM norte-americana, que promove eventos nacionais e internacionais, com a divulgação de boletins informativos, capítulos e artigos sobre o tema (BRASIL, 2014).

Em 2008, um grupo de enfermeiros criou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp), cujos objetivos são: a disseminação e a implementação da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, usuários, familiares e outros (BRASIL, 2014).

Já em 2011, foi divulgada pela Anvisa a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, com o objetivo “estabelecer requisitos de Boas Práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente”, com abrangência nacional. E, no que tange à Segurança do Paciente, estabeleceu algumas estratégias, definidas no artigo 8º, que fundamenta a segurança do paciente simultaneamente às políticas internacionais:

I. Mecanismos de identificação do paciente; II. Orientações para a higienização das mãos; III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica; V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (ANVISA, 2011, p. 4-5).

Em 1º de abril de 2013 foi instituído pela Portaria nº 529 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), resultado de uma iniciativa do Ministério da Saúde e Anvisa, cujo objetivo é o de auxiliar na qualificação do cuidado de saúde em todos os estabelecimentos do território nacional, buscando a promoção de ações que visem à melhoria da segurança do paciente “a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013).

São objetivos do PNSP, de acordo com o seu artigo 3º:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013, p. 2).

Além disto, o PNSP tem também como objetivo a implantação e acompanhamento do uso dos Protocolos de Segurança do Paciente, sendo os três primeiros aprovados por meio da Portaria 1.377, de 9 de julho de 2013: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos e Úlcera por Pressão, seguida da Portaria 2.095, de 24 de setembro de 2013, a qual aprovou o Protocolo de Prevenção de Quedas, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, dando origem aos seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

2.1.1 Protocolo de Identificação do Paciente / Ministério da Saúde

A identificação do paciente é prioritária dentre os diversos processos assistenciais nos serviços de saúde, pois na ocorrência de alguma inconformidade relacionada a esta questão, os resultados podem ser muito negativos. Porém, quando valorizada e implementada pelos profissionais de saúde, é considerada uma prática de segurança baseada em medidas evitáveis, que devem estar descritas em protocolos institucionais (BATES *et al.*, 2009 *apud* TASE *et al.*, 2013).

As instituições de saúde devem avaliar continuamente a adesão dos profissionais às práticas de identificação do paciente, por meio de políticas e procedimentos próprios. A equipe deve entender que práticas inseguras não podem ser aceitas nem ignoradas. Todo

usuário do serviço de saúde deve ter sua identidade checada e garantida durante o período do seu atendimento (BEYE, 2002 *apud* BRITO, 2015).

O Ministério da Saúde, em parceria com a Anvisa e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituiu em 2013 o Protocolo de Identificação do Paciente, com abrangência de todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em âmbito nacional, nos quais procedimentos terapêuticos e diagnósticos são realizados (BRASIL, 2013).

Conforme orientação fornecida por este protocolo, existe a necessidade da utilização de pulseiras de identificação pelos pacientes, assim como a prática de checagem destas pela observação direta, corroborada pela informação verbal fornecida pelo paciente, no momento que antecede qualquer tipo de procedimento (BRASIL, 2013).

A pulseira de identificação deverá ser composta por dois identificadores: nome completo do paciente e nome completo da mãe do paciente ou data de nascimento do paciente ou número de prontuário do paciente (BRASIL, 2013).

Uma orientação que cabe citar é o incentivo ao paciente / acompanhante / familiar / cuidador no processo de identificação correta, explicando o motivo de, pelo menos, dois identificadores da pulseira, e a obrigatoriedade da conferência da identificação antes do cuidado (BRASIL, 2013). É de suma importância que o paciente e/ou o acompanhante participe ativamente deste processo, entendendo a real necessidade desta etapa da assistência.

Para minimizar os riscos inerentes à identificação, o protocolo cita algumas circunstâncias onde estes poderão ser elevados, tais como: nível de consciência do paciente, mudanças de leito, de setor e de instituição. Outros casos também são mencionados, como: pacientes que não podem utilizar a pulseira por motivos diversos, comatosos, confusos e com identidade desconhecida, os quais devem ter seu protocolo definido dentro de cada unidade de saúde (BRASIL, 2013).

Apesar disto, não há uma orientação do que deverá ser feito nestas condições; fica sob responsabilidade da unidade de saúde local o manejo das eventualidades (BRASIL, 2013).

Trata-se, portanto, de um protocolo onde orientações gerais são fornecidas para nortear o correto processo de identificação do paciente, sem considerar as especificidades de alguns grupos de pacientes, dentre eles o portador de transtorno mental na fase aguda, que, na maioria das vezes, mostra-se pouco colaborativo durante o atendimento.

2.2. CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL

Até o início dos anos 1970, o atendimento ao paciente psiquiátrico no Brasil foi marcado pela assistência precária a esse público, resultando na superlotação das instituições psiquiátricas, de modo a cronificar a doença mental, pois o modelo médico-hospitalocêntrico era o único adotado (JACOBINA, 2000 *apud* VILELA, 2004; RIBEIRO, 1999).

Nesta época, as legislações relativas à Saúde Mental no Brasil excluía da sociedade as pessoas acometidas por uma doença mental, e não havia nenhum controle de qualidade da assistência prestada a este paciente, sendo muito comuns mortes envolvendo os indivíduos confinados em instituições próprias para este atendimento. A loucura que, anteriormente, era conceituada como um fenômeno natural, passou a ser denominada como um agente causador de malefícios à sociedade, por meio das pessoas acometidas por ela. Os “loucos” eram considerados perigosos pela sua agressividade, e desta forma eram mantidos separados em celas próprias pelos profissionais de saúde, que alegavam a cura por meio do isolamento (OLIVEIRA *apud* CÂNDIDO *et al.*, 2012). Não havia dignidade neste atendimento; a única preocupação era com a regulamentação do ambiente terapêutico, dentro do espaço hospitalar (BRITO *et al.*, 2012).

Como a ocorrência de mortes envolvendo o confinamento destes indivíduos acontecia em quantidade expressiva naquelas instituições, os trabalhadores da saúde mental passaram a considerar tal prática como inútil; então, mobilizaram-se em diversas cidades do Brasil, no final da década de 1970, para lutar contra esta condição. Esse marco foi conhecido como Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), o qual teve também o apoio dos familiares destes pacientes institucionalizados, com o objetivo de tornar esta assistência mais humana (OGATA, 2000 *apud* VILELA, 2004). Este movimento resultou na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e na promulgação da Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001.

A RPB teve como finalidade principal a desinstitucionalização do doente mental nas causas biológicas, genéticas, sociais e psicológicas do seu adoecer (FONTANA, 2005). Para Sousa *et al.* (2014), foi considerada uma luta realizada por associações de usuários e familiares, e algumas Organizações Não Governamentais (ONGs), com o intuito de requerer uma atenção digna ao portador de transtorno mental. De acordo com este novo paradigma, um novo olhar passou a existir, não mais fragmentado como antes, quando apenas a doença era levada em consideração.

Após a RPB, as legislações passaram a considerar como aspecto principal o portador do transtorno mental. A nomenclatura legislativa também foi atualizada, de modo que, de

“assistência a alienados e psicopatas” foi substituída por “pessoas com transtornos mentais”, valorizando a segurança e a qualidade assistencial (FONTANA, 2005).

A Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, representa o ponto inicial no estabelecimento da necessidade do respeito e proteção à dignidade humana. Trata como cidadã a pessoa portadora de transtorno mental ao propor a desinstitucionalização deste paciente, substituir o local de tratamento do mesmo por instituições abertas, melhorar a relação com a sociedade, profissionais de saúde e com outras pessoas com patologias semelhantes (LACCHINI, 2009).

Ainda que tenha havido um avanço significativo na humanização do atendimento ao portador de transtorno mental, não podemos afirmar que a legislação é seguida na sua totalidade (BRITO, 2012). É importante realizar a desconstrução de preconceitos herdados do período que antecedeu a RPB, de maneira que haja a reconstrução de pressupostos que conceituem a doença mental, facilitando o apoio da atenção psicossocial.

De acordo com Bonfada (2012), o preconceito que envolve a pessoa com transtorno mental deve ser continuamente desestimulado, pois atualmente ainda presenciamos o estigma que acompanha estes pacientes.

Estigma é a falta de aceitação social, por entender que este indivíduo está numa condição de incapacidade (GOFFMAN; PINHO *apud* MARTINS *et al.*, 2013). É definido, também, como uma marca negativa atribuída a um indivíduo por diferentes razões, que faz com que os portadores de transtornos mentais sofram com esta situação, a qual não pode ser resolvida exclusivamente por meio das leis contra a discriminação. Tudo isto tem uma relação direta e profunda com a história da psiquiatria e com os valores adquiridos na sociedade (ASSIS *et al.*, 2013).

Segundo a OMS (2018), é de extrema importância a garantia do acesso aos cuidados de saúde para os portadores de transtornos mentais, com a finalidade de proporcionar um tratamento seguro, eficaz e individualizado. Porém, devido às características destes indivíduos, por serem estigmatizados, são normalmente colocados em condição diferente dos demais, dificultando o acesso aos serviços de saúde, fato este confirmado por Xavier *et al.* (2013, p. 10) ao afirmarem que “o estigma parece ainda comprometer o acesso a cuidados de saúde, não apenas ao tratamento psiquiátrico, mas também a cuidados médicos gerais, com aumento da morbidade e mortalidade desta população vulnerável”.

E, quando finalmente as barreiras de acesso aos serviços de saúde são transpassadas, este paciente é atendido sem a qualidade devida, pela falta de credibilidade por parte dos

profissionais, pois os sintomas apresentados são, na maioria das vezes, justificados pela “mente perturbada” (GUARNIERO, 2012).

A equipe de saúde que o recebe tem medo da situação, pois a imprevisibilidade do paciente com transtorno mental pode até resultar numa agressão física, o maior temor do profissional de saúde. O medo destes pacientes é explicado dentro da história da “loucura”, pois a ausência de conhecimento relacionado à doença mental reflete-se na dificuldade do cuidado prestado (NAVARIN; HIRDES, 2008).

Além da agressão, outro medo intrínseco do profissional é o de se reconhecer na “loucura”, pois, segundo Cavalheri (2007), o cuidado de saúde aos portadores de transtornos mentais pode resultar em emoções inconscientes, refletindo na qualidade do cuidado. O atendimento a estes pacientes pode gerar ansiedade e ser percebido como: “medo da loucura”, “perda do controle de suas limitações”, “vulnerabilidades” e “cronicidades de suas dificuldades”.

2.2.1. Os Transtornos Mentais

De acordo com a OMS (2018), “existem diversos transtornos mentais, com apresentações diferentes. Eles geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas”.

Ao longo do tempo, os indivíduos com transtornos mentais foram definidos como: “loucos”, “doidos”, “mentecaptos”, “insanos”, “sandeus”, “desassisados”, “dementes” ou “alienados mentais”. Estas pessoas, quando apresentavam comportamento agressivo ou considerado repugnante à sociedade, eram isoladas em cadeias públicas, locais particulares ou em enfermarias de hospitais de filantropia (ODA, 2004).

Tem-se como definição de “transtorno mental”: “uma síndrome ou um padrão psicológico de significação clínica, que costuma estar associado a um mal-estar ou a uma incapacidade. Neste sentido, convém destacar que uma doença mental é uma alteração dos processos cognitivos e afetivos do desenvolvimento, que se traduz em perturbações em nível do raciocínio, do comportamento, da compreensão da realidade e da adaptação às condições da vida” (CORREOSO, 2016, p. 7).

Townsend (2002) relata que definir o transtorno mental baseado em um conceito universal é extremamente difícil, devido a fatores de ordem cultural. Informa, também, que um determinado comportamento poderá ser reconhecido como doença mental em uma

localidade e considerado normal em outra. Contudo, arrisca-se em sua definição:

A doença mental será caracterizada como respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo (TOWNSEND, 2002, p. 15).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os transtornos mentais são classificados em três grupos: transtornos mentais graves e persistentes; transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; transtornos depressivos, ansiosos e alimentares.

Segundo Drummond (2014), os transtornos mentais graves caracterizam-se por evidenciarem situações de risco que marcam a sua gravidade clínica e interferem diretamente na rotina do indivíduo acometido, resultando, muitas vezes, em um quadro agudo. Esta condição normalmente ocorre “por instabilidade da manifestação dos sintomas que ora apresentam momentos de remissão, ora de exacerbação, caracterizados por delírios, alucinações, agitação, comportamento auto ou heteroagressivo e exposição social” (SOUZA, 2013 *apud* ALCÂNTARA *et al.*, 2018, p. 2; VERDANA, 2013). Outro fator relevante é que “algumas funções psíquicas, durante a exacerbação dos sintomas, podem estar afetadas, ou não” (REGO *et al.*, 2008, p. 2).

Dentre os transtornos mentais graves, podemos citar alguns exemplos, tais como: a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar e a depressão psicótica.

A esquizofrenia e os transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos) (BRASIL, 2013, p. 321).

Têm origem multifatorial onde os fatores genéticos e ambientais estão relacionados com o aumento do risco de desenvolver a doença (SILVA, 2006).

Dados recentes da OMS (2018) divulgaram que a esquizofrenia atinge mais de 21 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo mais comum em homens (12 milhões) do que em mulheres (9 milhões). No Brasil, atinge cerca de 1,8 milhão de pessoas. Indivíduos esquizofrênicos apresentam de 2 a 2,5 vezes mais possibilidades de morrer em uma idade jovem quando comparados ao restante da população. Isso é consequência das comorbidades que atingem estes pacientes, como doenças cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

O transtorno bipolar, que, de acordo com a OMS (2018), afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo, é a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais, depois da depressão unipolar e da esquizofrenia, que cursam com maior carga (MURRAY *apud* COSTA, 2008). A Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB, 2018) estima que 4% da população brasileira seja portadora desta patologia, a qual se caracteriza por importantes e graves alterações de humor, com episódios de mania e depressão, intercalados por períodos de humor normal (OMS, 2018).

A depressão psicótica é uma condição onde poderá ocorrer turvação da consciência em casos mais graves (CANALE, 2006). Estão presentes pensamentos negativos, sentimentos de culpa e de inutilidade, diminuição da satisfação e da disposição para atividades rotineiras e pessimismo diante do futuro (ASSUNÇÃO *et al.*, 1998 *apud* CANALE, 2006; CORRÊA, 1995).

O quadro agudo do transtorno mental grave apresenta-se por meio da crise psicótica, que corresponde a uma desagregação da estrutura psíquica, de modo que o indivíduo manifesta ideias e atitudes desorganizadas como consequência da alteração do pensamento (delírios) e/ou da percepção (alucinações), comuns na esquizofrenia, no transtorno afetivo bipolar, na depressão psicótica, e quando ocorre abuso de drogas (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Situações como esta, atualmente, podem ocorrer em emergência de hospitais gerais, modificando a rotina da equipe de saúde local. A assistência inicial visa, primeiramente, à estabilização do quadro, com hipótese diagnóstica e encaminhamento para dar prosseguimento ao tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Conforme Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, os hospitais gerais devem ser locais de atendimento à urgência/emergência em saúde mental, compondo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito de substituir o modelo manicomial que ocorria antes da Reforma Psiquiátrica.

Traduz-se, então, que pacientes com transtornos mentais na agudez dos sintomas têm livre atendimento em qualquer serviço de emergência, seja ele especializado ou não na área da saúde mental.

2.3. O PROTOCOLO COMO UM PROCESSO INOVADOR

A elaboração de um protocolo próprio para o portador de transtorno mental na fase aguda é uma condição inovadora no processo de identificação destes pacientes, pois existe uma adaptação para uma realidade própria. Ao admitirmos que se trata de um grupo

diferenciado quando comparado ao restante da população, entender a necessidade específica na abordagem destes indivíduos fará a diferença na qualidade da assistência prestada.

Para o Manual de Oslo (2005), inovação está ligada à melhoria de produtos, métodos e processos, com ênfase no *marketing*, negócios e na organização do trabalho. West *et al.* (1996) trazem outra perspectiva ao definirem que, para a manutenção e melhoria da eficiência em uma prática na qual as rápidas mudanças e variados desafios se multiplicam, as organizações precisam se adaptar e a inovação é o processo pelo qual essa adaptação ocorre. Uma inovação pode consistir na implementação de uma única mudança significativa, ou em uma série de pequenas mudanças incrementais que podem, juntas, constituir uma mudança significativa.

Um cenário tão específico como a saúde mental mostra que o atendimento a este usuário é o resumo de situações complexas que exigem dos profissionais de saúde uma redobrada atenção e um controle nesta assistência prestada devido às características desta clientela (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Portanto, as inovações tecnológicas chegam para somar e devem estar diretamente integradas aos cuidados de forma a facilitar o processo de trabalho.

Segundo Bruno-Faria e Fonseca (2014), a inovação é o objetivo de variadas instituições, e fatores devem ser levados em consideração com a finalidade de estimulá-la ou reduzir os obstáculos que têm potencial para impedi-la, em cada prática.

Trazer para a prática uma alteração ou um novo processo de trabalho poderá exigir esforços de quem irá implementá-la, de modo que a compreensão e a colaboração dos profissionais envolvidos sejam fortalecidas para a melhoria da qualidade da assistência, visando a segurança do paciente.

Ainda de acordo com o Manual de Oslo (2005), minimamente, o produto, o processo, o método de *marketing* ou organizacional devem ser novos ou, ainda, melhorados de forma significativa. Estes correspondem aos quatro tipos de inovação existentes.

A inovação do processo, utilizada neste estudo, “inclui métodos novos ou significativamente melhorados para a criação ou provisão de serviços. Incluem-se mudanças significativas em técnicas, equipamentos e/ou *softwares*” com a finalidade de melhorar a qualidade (Manual de Oslo, 2005, p. 57).

A alteração no processo de identificação dos pacientes com transtornos mentais na fase aguda é uma forma de inovação. A partir de um protocolo geral previamente elaborado pelo Ministério da Saúde, criam-se adequações para contemplar um grupo de pacientes específico, gerando um novo protocolo que atenda às suas necessidades próprias e organize melhor as ações a serem implementadas.

Werneck *et al.* (2009) definem os protocolos como instrumentos empregados pelos serviços diante de problemas a serem superados. Devem ser provenientes de demandas, inerentes a questões surgidas na rotina da prática diária, e bastante úteis na organização do processo de trabalho.

Protocolos assistenciais são instrumentos que visam a uniformizar a conduta dos profissionais envolvidos na assistência à saúde, agregando um aumento na segurança para o paciente e para o profissional. Têm, também, o objetivo de favorecer a elaboração e indicadores de processos e resultados, o que resulta no aperfeiçoamento da qualidade do atendimento e na utilização racional dos recursos (PIMENTA, 2015 *apud* LEMOS, 2017). Trata-se, então, de uma situação específica da assistência, previamente definida e norteadas, onde serão descritos os detalhes sobre as ações operacionais, assim como o seu modo de execução e o profissional responsável por tal cumprimento.

Os protocolos, além de minimizarem diferentes práticas clínicas, reduzem as barreiras na informação, chamam a atenção para problemas de saúde e para grupos de pacientes não abordados por políticas públicas, servindo, também, como instrumento educativo (WOLFE *et al.*, 2004 *apud* PAES, 2011; WOOLF; GROL; HUTCHINSON, 1999).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, no intuito de elucidar como ocorre a identificação dos pacientes com transtorno mental na fase aguda na prática assistencial.

Para Gil (2010), o estudo exploratório tem por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. É realizado quando o tema escolhido é pouco explorado, e, segundo Severino (2007), busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho e mapeando as condições de manifestação desse objeto.

De acordo com Minayo (2002), a pesquisa qualitativa tem a preocupação com uma realidade que não pode ser quantificada. Dá ênfase ao mundo dos significados das ações e relações humanas, as quais não podem ser mensuradas por médias e estatísticas.

O estudo ocorreu em três fases, descritas a seguir:

- Fase 1 –

Nesta fase, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o auxílio de uma assistente de pesquisa. De acordo com Souza *et al.* (2010), trata-se de um instrumento imprescindível na área da saúde, pois reúne pesquisas de um determinado tema, dando o devido direcionamento para a prática, por meio de sua síntese fundamentada cientificamente.

Souza (2010, p. 103) afirma:

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a compreensão completa do fenômeno analisado. Além disto, pode abordar diversas situações, tais como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

Para Beyea *et al.* (1998) *apud* Comin (2010), sintetiza estudos existentes, os quais demonstram as conclusões em um item abordado isoladamente.

Mendes (2008) afirma que, para o alcance dos resultados, é necessário percorrer seis etapas distintas, que correspondem aos estágios de desenvolvimento de uma pesquisa convencional. Estas subdivisões são adotadas por diversos autores, com discretas

modificações (BEYEA *et al.*, 1998; BROOME, 2000; COOPER, 1984 *apud* MENDES, 2008; GANONG, 1987; WHITTEMORE, 2005):

ETAPA 1: Identificação do tema e seleção da hipótese de pesquisa

Norteia a condução de uma revisão integrativa bem elaborada. Quando a questão de pesquisa é bem delimitada, os descritores ou palavras-chave são identificados facilmente para a busca dos estudos (SOUZA *et al.*, 2010).

Nesta etapa, observamos o que, de fato, ocorre na prática assistencial envolvendo o paciente abordado no estudo.

O que fala a literatura a respeito do processo de identificação / atendimento em saúde dos pacientes com transtorno mental?

Buscou-se, no entanto, identificar no meio científico os principais obstáculos enfrentados por esta clientela abordada no estudo e o que tem sido feito para a minimização de possíveis barreiras.

ETAPA 2: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura.

A busca de literatura foi realizada por meio do levantamento bibliográfico de publicações indexadas nos seguintes portais de busca: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Biblioteca *Virtual Public/Publisher Medline* (PubMed), a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) respectivamente, conforme o Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Elementos utilizados para busca nas bases de dados

| DeCS / MeSH |
|--|
| Sistema de Identificação de Pacientes / Identification Systems |
| Segurança do Paciente / Patient Safety |
| Transtornos Mentais / Mental Disorders |
| Paciente Psiquiátrico / Psychiatric Patient |
| Pessoas Mentalmente Doentes / Mentally Ill Persons |
| Transtornos Psicóticos / Psychotic Disorders |
| Emergência Psiquiátrica / Emergency Services, Psychiatric |

Fonte: A autora, 2019.

A estratégia de busca adotada nas duas bases de dados ocorreu conforme ilustra o Quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – Estratégia de busca

| BASE | DESCRITORES |
|------------|---|
| BVS (DeCS) | ("sistema de identificação de pacientes" OR "segurança do paciente") AND ("transtornos mentais" OR "paciente psiquiátrico" OR "pessoas mentalmente doentes" OR "transtornos psicóticos" OR "emergência psiquiátrica") |
| PubMed | ((("Psychotic disorders" [Mesh] OR "psychiatric patient" [tw] OR "Emergency Services, Psychiatric"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Mentally Ill Persons"[Mesh]) AND ("Patient Safety" [Mesh] OR "Patient Identification Systems"[Mesh])) |

Fonte: A autora, 2019.

Na BVS, especificamente, utilizou-se como filtro: **SEGURANÇA DO PACIENTE** (assunto principal). E no PubMed, o filtro utilizado foi: *humans* (categoria humana).

Todos os descritores foram agrupados com a utilização de operadores booleanos “OR” e “AND”, os quais significam, respectivamente, “OU” e “E”. Inicialmente, houve uma combinação de alguns termos afins através do “OR”, e posteriormente ampliou-se a busca dos resultados utilizando-se estes termos já agrupados, os quais foram novamente combinados com outros com auxílio do operador “AND” para o produto final da busca.

Os critérios de inclusão foram: artigos indexados nas bases de dados eleitas, em periódicos nacionais e internacionais, entre 2013 e setembro de 2018, disponíveis na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

O início do recorte temporal se deu por conta da publicação, em 2013, do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Considerou-se também que, pelo fato de a taxonomia na área de Segurança do Paciente ter sido publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2010, poderia haver divergência conceitual em estudos publicados anteriormente a esta data e uma possível influência nos resultados encontrados.

A BVS foi eleita por ser um importante espaço virtual, onde consideráveis bancos de dados da área da saúde podem ser acessados, tais como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *National Library of Medicine* (Medline), entre outros.

A PubMed foi outro espaço escolhido por possuir uma bibliografia especializada que possui mais de 17 milhões de referências de artigos da área biomédica. Contém registros desde 1865 e é uma poderosa ferramenta de pesquisa de artigos científicos e outras bibliografias, incluindo mais de 3.000 revistas em texto integral dos editores participantes (UA, 2018).

ETAPA 3: Definição das informações extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento adaptado de Ursi (2005) (ANEXO 1), o qual norteou a busca e a análise destes dados com a finalidade de organizá-los e categorizá-los de uma maneira mais fidedigna.

ETAPA 4: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Nesta etapa de análise detalhada dos estudos selecionados, podem ocorrer mudanças nas recomendações para a prática. O instrumento eleito analisou individualmente cada estudo (artigo), avaliando a metodologia do trabalho, seus resultados, possibilitando, assim, o resumo dos estudos selecionados (conforme demonstrado no Quadro 3 do capítulo a seguir).

A Prática Baseada em Evidências, de acordo com Stetler, 1998 *apud* Souza *et al.*, 2010, destaca um sistema de classificação quanto aos níveis de evidência científica. Estes são categorizados de forma graduada, e estão fundamentados na metodologia adotada. Com o intuito de facilitar a escolha da evidência, peça importante nesta etapa, segue a escala gradual dos níveis de evidência:

- ✓ **Nível 1:** evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- ✓ **Nível 2:** evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- ✓ **Nível 3:** evidências de estudos quase-experimentais;
- ✓ **Nível 4:** evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- ✓ **Nível 5:** evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- ✓ **Nível 6:** evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Neste contexto, na tentativa de adequar a prática à teoria e vice-versa, dentro do grupo de pacientes abordados, e na perspectiva de novas descobertas, todos os tipos de evidências foram utilizados. Neste estudo, não se levou em consideração a comparação entre os níveis, de modo que não houve definição do melhor estudo.

ETAPA 5: Interpretação dos resultados

Significa a fase de discussão dos resultados. Compara-se o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e as implicações resultantes de uma revisão integrativa. A escassez de algum assunto permite ao pesquisador criar sugestões relacionadas a futuras pesquisas que visem à melhoria da assistência em saúde.

ETAPA 6: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas e os resultados decorrentes da análise dos artigos incluídos no estudo.

- Fase 2 –

Correspondeu à coleta de dados por meio da aplicação de um questionário, o qual foi elaborado com o auxílio da ferramenta *Google Forms*[®] e estruturado em duas partes. A primeira foi composta por questões que identificassem o perfil dos profissionais participantes. E a segunda, por perguntas relacionadas ao tema do trabalho (ANEXO 2). O *link* deste instrumento foi enviado, via aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas, para um grupo de profissionais da área de segurança, membros da Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), que desenvolvessem suas tarefas em Núcleos de Segurança do Paciente, Gerência de Risco ou Qualidade, em diferentes cidades brasileiras. A escolha por este método de amostragem se deu para alcançar o maior número possível de participantes de todos os estados do Brasil, com intuito de trazer ao estudo a diversidade de práticas realizadas na identificação do paciente, foco do estudo em apreço.

Cada participante respondeu individualmente às questões somente após leitura e autorização / concordância apresentada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3).

- Fase 3 –

Realização de um grupo focal, onde os participantes foram profissionais da saúde mental que têm ou tiveram contato, em seu cotidiano de trabalho, com o paciente abordado no

estudo; os quais deveriam possuir especialização na área ou experiência prática de pelo menos seis meses neste cenário.

Backes *et al.* (2011) afirmam que grupo focal diz respeito a uma técnica de coleta de dados por intermédio de uma interação grupal, de forma que exista uma ampla problematização do tema, onde os participantes expõem suas opiniões, baseadas no contexto, utilizando suas próprias palavras e suas perguntas, buscando, na mesma hora, as respostas pertinentes ao assunto. Na pesquisa exploratória, tem como foco principal o surgimento de novas ideias, estimulando o raciocínio do pesquisador (CAPLAN *apud* DIAS, 2000).

O grupo focal foi escolhido na tentativa de embutir maior valor ao estudo, por associar a teoria ao cenário prático e minimizar o espaço entre elas. A partir dos relatos de experiências e interação com a temática adotada no estudo, surgiram novas ideias que dificilmente seriam atingidas fora do grupo.

Para Gondim *et al.* (2003), o tamanho do grupo focal deverá ser levado em consideração. Mesmo sendo convenção de que este número pode variar de quatro a dez indivíduos, o nível de envolvimento de cada participante com o assunto abordado deverá ser avaliado, de forma que todos possuam o domínio e o desejo de explorar o tema em discussão.

Além dos participantes da pesquisa, é necessário um moderador, o qual deverá possuir algumas habilidades para a condução da dinâmica. Tem um papel de facilitador na comunicação durante o encontro e deve ter capacidade de identificar o momento em que o tema já foi totalmente explorado (GUI, 2003).

A definição dos membros que fizeram parte do grupo focal foi intencional, pois este grupo de pessoas deveria ser capaz de contribuir com um dos objetivos da pesquisa. Alguns critérios variaram (sexo, idade, diferenças culturais, entre outros), mas necessariamente houve um fator em comum, que neste caso foi ser, ou ter sido, um profissional de saúde que assiste, ou assistiu, o paciente com transtorno mental.

Um roteiro de entrevista (ANEXO 4) foi construído com perguntas relacionadas ao tema, tendo como base um estudo australiano que tratava do mesmo assunto, abordado por Kelly *et al.* (2011).

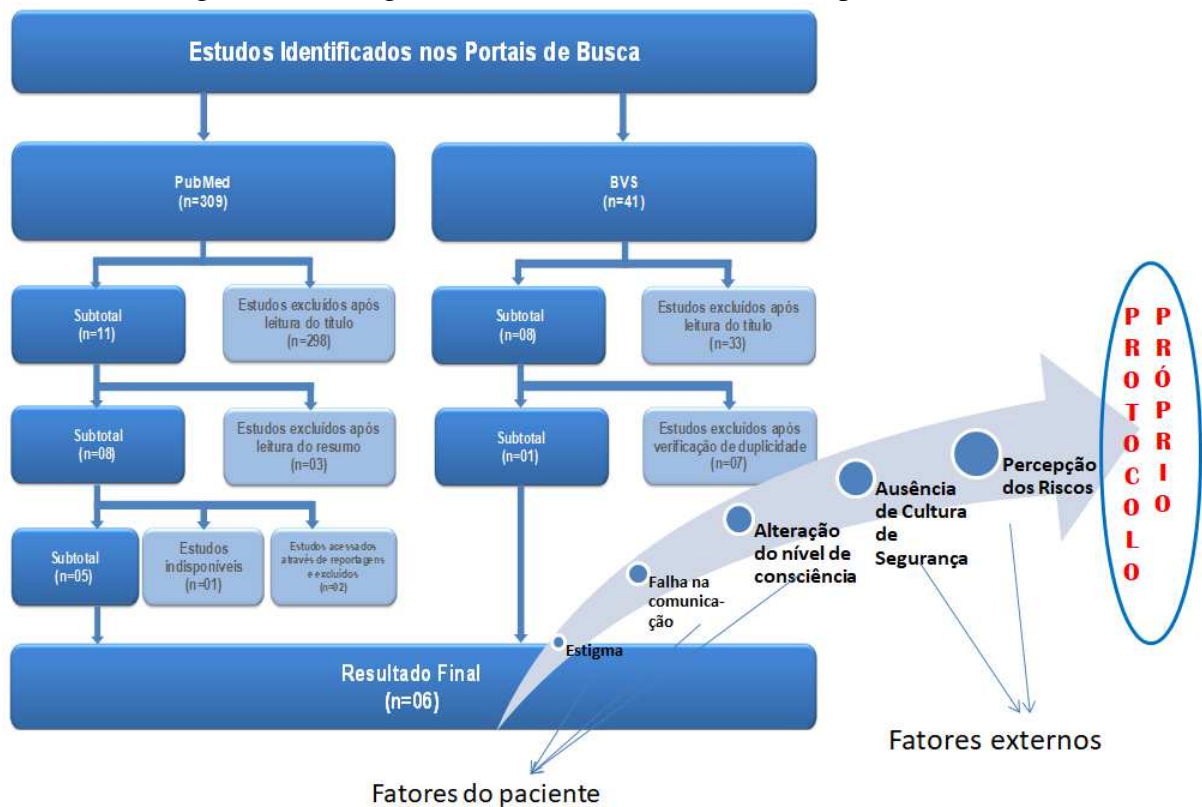
O convite para a participação do estudo se deu por meio de um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas, de forma individual. No dia do encontro, foi entregue um questionário para conhecer o perfil profissional dos participantes, junto ao TCLE, que após leitura e preenchimento foi assinado em concordância (ANEXOS 5 e 6).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. RESULTADOS RELACIONADOS À REVISÃO INTEGRATIVA

Em atendimento ao primeiro objetivo, realizou-se uma revisão integrativa de literatura, onde foram encontrados 350 estudos no total, considerando os portais de buscas escolhidos. Da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), resultaram 41 artigos, dos quais 33 foram eliminados após leitura do título, 7 descartados por duplicidade, resultando em apenas 1 para análise. No PubMed, 309 pesquisas foram eleitas conforme os critérios de inclusão, e destas, foram excluídas 298 após leitura do título, restando 11 para análise. Após leitura dos resumos, 3 estudos foram eliminados, além disso, não houve sucesso no acesso de 3 deles, pois 2 foram encontrados no formato de reportagem somente, e quanto ao terceiro, apesar da tentativa de contato via e-mail com um dos autores e solicitação de auxílio à bibliotecária da Biblioteca de Enfermagem e Nutrição da Unirio, não houve êxito no acesso. Restaram, então, 5 estudos do PubMed para análise. A amostra final foi composta por 6 estudos.

Figura 1 – Fluxograma de estudos identificados nos portais de busca



Para a organização e tabulação dos dados, realizou-se uma leitura minuciosa de cada estudo, na tentativa de extrair o máximo de informações pertinentes ao foco da pesquisa. Estes resultados são demonstrados no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Resultados dos estudos da revisão integrativa (continua)

| Título do Artigo | Autores | País | Ano de Publicação | Características Metodológicas | Objetivo | Resultados | Recomendações | Nível de Evidência |
|---|--|-----------|-------------------|--|---|--|--|--------------------|
| <i>Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Care.</i> | Aime Kaverva, Johanna Larminntakert, Tuula Kivinen | Finlândia | 2016 | Pesquisa exploratória, original, qualitativa. Enfermeiros descreveram suas percepções através de entrevistas semi-estruturadas, e suas respostas foram submetidas a uma análise por conteúdo indutivo. | Explorar as percepções da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em internação psiquiátrica | A bordaram-se dois conjuntos de fatores: um relacionado ao sentimento de segurança física, e o segundo ligado a implementação de cuidados seguros. | É importante uma liderança ativa para influenciar práticas de segurança do paciente, através do treinamento adequado da equipe assistencial. | 5 |
| <i>There is more to risk and safety planning than dramatic risks: Mental health nurses' risk assessment safety-management practice.</i> | Higgins, A.; Doyle, L.; Downes, C.; Morrissey, J.; Costello, P.; Brennan, M.; Nash, M. | Irlanda | 2016 | Pesquisa exploratória, original, quantitativa. Instrumento auto preenchido por 381 enfermeiros de saúde mental em sete regiões da Irlanda. | Explorar as práticas e confiança dos enfermeiros em saúde mental na avaliação de riscos e no planejamento de segurança. | Os enfermeiros se concentram no risco para si (suicídio/auto-mutilação) e para os outros (violência). Demonstração de falta de engajamento no planejamento colaborativo de segurança, da identificação, e inclusão de fatores de proteção. Os riscos "iatrogênicos" foram ignorados. | Existe uma necessidade de educação para que os enfermeiros adotem uma conceitualização de risco mais holístico e adquiriram o conceito de planos de segurança. | 5 |
| <i>Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please.</i> | Rise, M.B.; Westerlund, H.; Bjorgen, D.; Steinsbekk, A. | Noruega | 2014 | Pesquisa exploratória, original, qualitativa. Os usuários dos serviços de saúde mental (417 participantes) informaram suas experiências com o atendimento, gerando 15 relatórios de avaliação, através de um prévio instrumento norueguês, utilizado previamente nos serviços de saúde mental e "somatic", desde 1998. | Explorar como os usuários de saúde mental perceberam a relação entre cuidado seguro e o processo de tratamento. | Os serviços devem ser flexíveis, ajustados às necessidades dos usuários: segurança e previsibilidade dos cuidados, especialmente em fases com "fortes sintomas" da saúde mental (fase deficit - crise); incentivar a capacitação dos pacientes nos períodos com menores sintomas. | A variação gradual entre a necessidade de cuidados seguros e previsíveis pode ser uma estratégia que os serviços de saúde precisam adaptar-se para lidar melhor com a doença mental. | 5 |

Fonte: A autora, 2019.

Quadro 3 – Resultados dos estudos da revisão integrativa (continuação)

| Título do Artigo | Autores | País | Ano de Publicação | Características Metodológicas | Objetivo | Resultados | Recomendações | Nível de Evidência |
|---|---|--------|-------------------|--|--|---|---|--------------------|
| Segurança do Paciente nos Serviços Comunitários de Saúde Mental: estudo bibliométrico | Adrielle C. S. Souza; Ana Lúcia Q. Bezerra; Eurídes S. Pinho; Fernanda C. Nunes; Camilla C. Caixeta | Brasil | 2017 | Pesquisa descritiva, bibliométrica, retrospectiva, quantitativa. Recorrendo às publicações indexadas na LILACS, PubMed, Medline. Identificados 168 estudos, restando duas com a temática abordada (um estudo australiano de 2012 e outro inglês de 2006). Busca efetuada em 2016, de forma independente, por dois investigadores. | Identificar a produção científica sobre a segurança do paciente em serviços comunitários de saúde mental. | Escassez na produção científica em Segurança do Paciente nos Serviços Comunitários de Saúde Mental. Maior foco desses estudos centrado na atenção hospitalar. | Superação desta lacuna do conhecimento identificada. | 4 |
| <i>Patient, provider and system factors contributing to patient safety events during medical and surgical hospitalizations for persons with serious mental illness.</i> | Emma E. McGinty; Pronovost, P.; Thompson, D.; Daunt, D. M.; Daniel E. Ford; Guallar, E. Cahoon, E. K. | EUA | 2017 | Pesquisa exploratória, original, quantitativa. Revisão de registros em prontuários, de internações em hospitais de Maryland (de 1994 a 2004), para uma amostra de adultos com doença mental grave. | Examinar a prevalência de fatores relativos ao paciente, ao provedor e ao sistema com o potencial de contribuir para eventos adversos de segurança com transtorno mental grave em hospitalização médica/cirúrgica. | Fator paciente: o estado mental, nível de consciência, gravidade da doença. Fator provedor: falta de acompanhamento, atrasos/falhas na consulta e nos cuidados, falta de supervisão dos treinados. Fator sistema: não cumprimento de uma política hospitalar. Todos associados a eventos adversos de segurança do paciente. | O esforço para reduzir os riscos de segurança do paciente relacionado ao transtorno mental grave precisará ser multifacetado, abordando fatores do paciente e provedor. | 3 |
| <i>Patient Safety Events and Harms during Medical and Surgical Hospitalizations for Persons with Serious Mental Illness.</i> | Emma E. McGinty; Pronovost, P.; Thompson, D.; Daunt, D. M.; Daniel E. Ford; Guallar, E. Cahoon, E. K. | EUA | 2016 | Pesquisa exploratória, original, quantitativa. Revisão de prontuários de hospitalizações médico-cirúrgicas, ocorridas de 1994 a 2004 em uma coorte comunitária de adultos com doença mental grave. Uma análise cruzada de casos examinou as relações entre eventos de segurança do paciente, danos físicos e probabilidade de morte elevada dentro de 30 dias após a hospitalização. | Explorar o risco de eventos de segurança do paciente e danos físicos não fatais associados e mortalidade em uma transição mental grave. | Eventos de segurança do paciente foram associados com danos físicos e mortalidade em 30 dias em hospitalizações não psiquiátricas para pessoas com doença mental grave. | Altas taxas de eventos prejudiciais neste grupo sugerem que aqueles com doença mental grave podem exigir esforços especiais. | 3 |

Fonte: A autora, 2019.

Trata-se de um quadro descritivo (Quadro 3 acima), cuja finalidade é apresentar, de forma sucinta e objetiva, os estudos encontrados na revisão.

Os países de origem desses estudos foram assim distribuídos: Brasil (1), Finlândia (1), Irlanda (1), Noruega (1) e Estados Unidos (2).

É importante enfatizar a preocupação mundial com a temática abordada ao se constatar o interesse de dois continentes em explorar este conteúdo. Apesar de limitadas fontes, considerando os critérios de inclusão pré-estabelecidos, percebe-se uma inquietude dos autores mundiais diante de peculiaridades observadas durante a assistência ao portador de transtornos mentais. Salienta-se que isto foi identificado em países com sistemas de saúde

diferentes, retratando a importância do assunto e revelando um potencial de aumento dos riscos durante o atendimento a este paciente.

Em relação às forças de evidência, conforme escala desenvolvida por Stetler (1998), observou-se que três artigos possuem nível de evidência 5; um artigo, nível de evidência 4; e dois artigos são de nível 3.

Os artigos foram categorizados quanto ao tipo de estudo, sendo: 33,3% estudos qualitativos e 66,6% quantitativos. A natureza metodológica empregada teve a seguinte distribuição: 16,6 % descritivos e 83,3% exploratórios. Os estudos foram classificados, também, quanto à sua categoria de publicação, conforme explicitado pelos periódicos e apresentado no Quadro 3 acima: 83,3 % foram pesquisas originais e 16,6% estudos bibliométricos.

Constatou-se que dois artigos trouxeram como proposta a avaliação dos riscos aos quais os pacientes portadores de transtornos mentais graves estão expostos; um retratou a evidência de dano e mortalidade em internações clínicas ou cirúrgicas para pessoas com doença mental grave; um trabalhou com a segurança do paciente em internação psiquiátrica; um abordou a percepção dos usuários de saúde mental entre cuidados seguros e processo de tratamento; e um artigo buscou nas publicações científicas a segurança do paciente em serviços comunitários de saúde mental.

Nenhum dos estudos encontrados, ainda que atenda à pergunta de pesquisa, apresenta a especificidade da identificação do paciente com transtorno mental na fase aguda como requisito para a segurança deste, dificultando a extração dos dados.

Todos os artigos eleitos, portanto, estão relacionados à segurança do paciente com transtorno mental, e buscam formas para amenizar as possibilidades de danos provenientes dos cuidados. Ainda assim, profissionais inseridos na prática assistencial relacionam os riscos dos portadores de transtornos mentais a questões de violência, o que se justifica com a história da psiquiatria e com o comportamento característico destes pacientes: agressividade e desorientação (SOUZA, 2013 *apud* ALCÂNTARA *et al.*, 2018; VERDANA, 2013).

Por meio de um treinamento, onde ações de segurança sejam construídas e consolidadas na prática, poderá haver uma diminuição do risco a que estes usuários estão expostos, culminando no alcance da criação de um plano de segurança (HIGGINS *et al.*, 2016; KANERVA *et al.*, 2016).

E, tratando-se de riscos, os estudos exploram a probabilidade da ocorrência de eventos de segurança, buscam evidências de danos e examinam a prevalência de fatores com o potencial de contribuir para eventos adversos (EAs) em portadores de transtorno mental

grave. Na tentativa de mitigação destes riscos, os autores sugerem esforços / cuidados adicionais no atendimento destes pacientes (MCGINTY *et al.*, 2016, 2017).

Apesar do aumento da divulgação e expansão na área da segurança do paciente de uma maneira generalista, publicações sobre o assunto, quando relacionado à saúde mental, ainda são escassas. Fato que pode estar associado à especificidade do atendimento ao paciente com transtorno mental grave, o qual requer princípios de segurança e atendimento diferenciados do restante da população (RISE *et al.*, 2014).

E isto vem ao encontro do que é exposto por McGinty *et al.* (2016), ao afirmarem que pouco se sabe sobre a segurança do paciente em cuidados hospitalares clínicos ou cirúrgicos para pacientes com doença mental grave. Neste trabalho norte-americano, destaca-se que dificilmente estes indivíduos, por requererem um olhar diferenciado, são foco das iniciativas de segurança do paciente nos Estados Unidos. Então, segundo os mesmos autores, para que um atendimento com segurança e qualidade seja efetivamente realizado aos portadores de transtorno mental grave, há de se exigir esforços especiais, visto que este grupo de pacientes está sujeito a altas taxas de eventos prejudiciais.

Souza *et al.* (2017) relatam que, para que a temática de segurança do paciente siga em frente, é necessária uma investigação maior sobre a assistência segura do portador de transtorno mental como requisito fundamental, e neste contexto insere-se o processo de identificação como meta de segurança.

As evidências encontradas foram analisadas levando-se em consideração a prática clínica do atendimento ao usuário com transtorno mental grave, a qual traduz uma abordagem diferenciada na assistência a estes pacientes, visando à garantia da qualidade e da segurança do cuidado.

Sobre a identificação do paciente no contexto da segurança, existem diversos estudos que realizam esta abordagem de forma generalista, por meio de um protocolo norteador de ação. Estes salientam a utilização da pulseira de identificação pelo paciente, a qual deverá ser conferida antes de qualquer cuidado prestado (BRITO, 2015; MACEDO *et al.*, 2017; NETA *et al.*, 2018). E, no Brasil, reitera-se esta prática por meio do Protocolo de Identificação do Paciente, do Ministério da Saúde, sendo uma etapa essencial de segurança entre o paciente e a equipe assistencial (BRASIL, 2013), porém, que não contempla o portador de transtorno mental na fase aguda.

Ainda em atendimento ao primeiro objetivo, após análise do conteúdo textual de cada artigo, foram extraídas as informações que remetem às especificidades do portador de

transtorno mental na fase aguda, que podem ser relacionadas à identificação do paciente durante a assistência à saúde, conforme exposto no Quadro 4 a seguir:

Quadro 4 – Especificidades do Portador de Transtorno Mental na Fase Aguda relacionadas à Identificação do Paciente

| Título do Estudo | Autores | Extração do Texto |
|--|--|---|
| Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Care. | Anne Kaverva; Johanna Lammintaken; Tuula Kivinen | "Uma comunicação deficiente pode ter consequências adversas, ameaçando a segurança do paciente, porém esta não foi mencionada pelos enfermeiros durante o estudo". (p. 29). |
| Patient Safety Events and Harms during Medical and Surgical Hospitalizations for Persons with Serious Mental Illness. | Emma E. McGinty; Pronovost, P.; Thompson, D.; Daumit, D. M.; Daniel E. Ford; Guallar, E. Cahoon, E. K | <p>"Este grupo de pacientes com transtornos mentais tem seu risco aumentado por conta dos desafios de comunicação relacionado ao comprometimento cognitivo e sintomas psicóticos, além da falta de experiência dos profissionais que assistem este grupo". (p.1069).</p> <p>"Os sintomas psicóticos ativos, o comprometimento cognitivo e a falta de apoio social que muitas vezes acompanham uma doença mental grave podem levar os profissionais a minimizar ou interpretar erroneamente os sintomas somáticos". (p.1073).</p> <p>"Os desafios de comunicação entre o paciente e o cuidador tem se mostrado associados a cuidados sub-ótimos em outras populações vulneráveis e também podem ter um papel nos eventos de segurança do paciente entre aqueles com doença mental grave". (p. 1073).</p> |
| Patient, provider and system factors contributing to patient safety events during medical and surgical hospitalizations for persons with serious mental illness. | Emma E. McGinty; Pronovost, P.; Thompson, D.; Daumit, D. M.; Daniel E. Ford; Guallar, E. Cahoon, E. K. | <p>"O estado mental dos pacientes, o nível de consciência, a gravidade da doença,... foram positivamente associados a eventos adversos de segurança do paciente". (p.01).</p> <p>"Fatores potenciais que colocam pessoas com doença mental grave com alto risco de sofrer eventos adversos incluem..., desafios de comunicação paciente-cuidador relacionados ao comprometimento cognitivo, sintomas psicóticos e estigma...". (p.02).</p> <p>"No momento da admissão ou em qualquer ponto durante a internação hospitalar / cirúrgica, 40% das pessoas com doença mental grave exibiam humor anormal, 36% apresentavam fala anormal, 35% apresentaram comprometimento de orientação; 23% demonstraram falta de visão sobre sua condição psiquiátrica". (p.05).</p> <p>"A dificuldade do paciente em se comunicar ou participar dos cuidados e do nível de consciência foi identificada como fatores com potencial de contribuir para eventos de segurança do paciente em 23% e 21% das hospitalizações e geral". (p.06).</p> |
| Safety cared for or empowered in mental health care? Yes, please. | Rise, M.B.; Westerlund, H.; Bjorgen, D.; Steinsbekk, A. | <p>"Usuários dos serviços de saúde mental descreveram a necessidade de segurança e previsibilidade dos cuidados, especialmente em fases com fortes sintomas, como crises agudas". (p.135).</p> <p>"Os usuários dos serviços de saúde mental disseram que para um serviço ser de alta qualidade, este deve ser flexível, se ajustando as diversas necessidades". (p.135).</p> <p>"A previsibilidade e a continuidade dos cuidados são importantes para os pacientes que sofrem de doença mental grave". (p.136).</p> |
| Segurança do Paciente nos Serviços Comunitários de Saúde Mental: estudo bibliométrico | Adrielle C. S. Souza; Ana Lúcia Q. Bezerra; Eurides S. Pinho; Fernanda C. Nunes; Camila C. Caixeta | <p>"Os serviços que atendem portadores de transtorno mental, bem como hospitais psiquiátricos, estavam entre aqueles com culturas de segurança mais negativas". (p. 4674).</p> <p>"O fato de alguns pacientes terem a capacidade reduzida de compreensão, em função do transtorno mental, também pode aumentar a probabilidade de alguns erros de medicação". (p. 4674).</p> |
| There is more to risk and safety planning than dramatic risks: Mental health nurses' risk assessment safety-management practice. | Higgins, A.; Doyle, L.; Downes, C.; Morrissey, J; Costello, P.; Brennan, M.; Nash, M. | <p>"Profissionais que trabalhavam em ambientes de atendimento aos portadores de transtornos mentais em crise aguda, sempre consideravam a condição comportamental do paciente, e o risco de fugir e não se engajar no plano de cuidados foi bem maior quando comparado com o paciente com transtorno mental em ambientes comunitários". (p. 162)</p> <p>"Os riscos das falhas relacionadas à assistência foram ignorados pelos entrevistados."(p.166)</p> |

Fonte: A autora, 2019.

Algumas especificidades no contexto de atendimento ao portador de transtorno mental na fase aguda foram encontradas nos estudos analisados. Todas podem potencializar as falhas na identificação desta clientela. E, para melhor demonstrá-las, foram divididas em dois grupos:

Fatores inerentes ao paciente:

✓ *Alteração do Nível de Consciência*

Também citada como comprometimento cognitivo, foi a mais mencionada pelos autores (HIGGINS *et al.*, 2016; KANERVA *et al.*, 2016; MCGINTY *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2017). É um sinal muito característico destes pacientes em fase aguda da doença, em que se manifestam a perda do contato com a realidade, deterioração dos pensamentos e, conseqüentemente, o afastamento social. Somados a isso, predominam os extremos comportamentais, que são as alucinações e os delírios. Neste momento, o paciente pode não se reconhecer ou imaginar-se com a identidade de outra pessoa. Na maioria das vezes, o indivíduo encontra-se impossibilitado de avaliar sua condição psiquiátrica e a situação na qual foi inserido involuntariamente, muitas vezes imaginando ameaças inexistentes, resultando em agressividade e imprevisibilidade.

✓ *Dificuldade na Comunicação*

Outro fator relacionado com a alteração da consciência é a deficiência na comunicação, a qual é resultante do comprometimento cognitivo, que impossibilita o paciente na participação de seus cuidados (KANERVA *et al.*, 2016; MCGINTY *et al.*, 2016). Pois, quando o sensorio está alterado, a eficiência de comunicar-se fica seriamente prejudicada, podendo gerar conseqüências adversas.

Prado *et al.* (2015), na pesquisa sobre comunicação entre a equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência, dizem que uma dificuldade levantada pelos profissionais foi estabelecer comunicação e interação com o paciente que manifesta delírios, pois esta condição torna a fala e as ideias deste indivíduo incompreensíveis.

As manifestações de alucinações, delírios, autoagressão e agitação psicomotora também provocam ansiedade nos profissionais de saúde, dificultando o estabelecimento da comunicação interpessoal e a concretização da relação de ajuda (CASTRO, 2004).

McGinty *et al.* (2016) associam esta circunstância, também, ao estigma imputado ao portador de transtorno mental, o qual coloca este indivíduo em situação diferente dos demais, por falta de apoio social, sendo o seu discurso desacreditado por terceiros.

✓ *Estigma*

Devido ao estigma destes pacientes, profissionais de saúde desvalorizam as condições destes indivíduos e muitas vezes duvidam do que ouvem, talvez por falta de experiência ou pelo simples fato de o locutor ser um portador de transtorno mental (MCGINTY *et al.*, 2017). Os sentimentos descritos por estes profissionais diante da loucura relacionam-se ao imaginário produzido ao redor do estigma deste indivíduo. Prado (2015) relata o afastamento do profissional de saúde desses pacientes, e o conseqüente comprometimento do cuidado prestado.

Fatores Externos:

✓ *Cultura de Segurança*

Outro fator prejudicial na correta identificação deste paciente é a falta da cultura de segurança nas unidades de saúde que atendem os portadores de transtornos mentais.

Higgins *et al.* (2016), por meio de estudo que avaliou os riscos e o planejamento de segurança na saúde mental, concluíram que os profissionais entrevistados sempre observam com maior intensidade o portador de transtorno mental na fase aguda, quando comparado ao mesmo paciente fora da crise. Porém, os riscos inerentes à assistência foram ignorados.

Quando Kanerva *et al.* (2016) analisaram a percepção dos enfermeiros em relação à segurança do paciente sob internação psiquiátrica, vários aspectos não foram discutidos pelos profissionais, de acordo com os resultados. Estes fatos podem ser explicados por Souza *et al.* (2017, p. 4674) ao afirmarem que “serviços que atendem portadores de transtorno mental, bem como hospitais psiquiátricos, estavam entre aqueles com culturas de segurança mais negativas”.

✓ *Percepção dos Riscos*

Para Souza *et al.* (2017), quando há percepção dos riscos, estes devem ser avaliados na tentativa de buscar as possíveis causas e direcionar reflexões à equipe. Baseado neste princípio, é primordial a criação de um plano de segurança e a implantação da educação permanente institucional no intuito de melhorar a qualidade da assistência. Para que isto aconteça, é importante adotar um conceito de risco absorvendo os pontos relativos à segurança do paciente sob a ótica discutida neste trabalho.

É necessário, então, que o serviço de saúde garanta a continuidade dos cuidados de forma previsível e segura, resultado que só será possível com a construção e implementação de protocolos baseados nos riscos levantados (HIGGINS *et al.*, 2016). Partindo do mesmo princípio, Kanerva *et al.* (2016) concluem que práticas compartilhadas na equipe fornecem clareza para que todos saibam os procedimentos estabelecidos, sendo estes seguidos na rotina diária de trabalho e até mesmo em situações emergenciais, o que reforça a necessidade de um protocolo.

Entre os estudos encontrados na revisão, alguns apontam, por meio de indicadores de segurança, que pacientes com doença mental grave apresentam risco elevado de sofrer diversos tipos de EAs quando comparados a pessoas da população geral (MCGINTY *et al.*, 2016).

A partir do conhecimento agregado pela revisão, é incontestável que as realidades, características e situações anteriormente descritas, peculiares aos portadores de transtorno mental na fase aguda, podem dificultar ou comprometer a correta identificação dos pacientes nestas condições.

4.2. RESULTADOS RELACIONADOS À ABORDAGEM AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Apresentam-se a seguir os resultados referentes às respostas da abordagem realizada aos profissionais da área de segurança do paciente, conforme critérios previamente descritos.

A Tabela 1 relaciona-se ao perfil dos profissionais da segurança do paciente participantes do estudo:

Tabela 1 - Perfil dos Profissionais da Área de Segurança do Paciente

| | Categoria Profissional | Tempo de formação Profissional (em anos) | Tempo de formação na área (em anos) | Estado | Pós-graduação | Área de Atuação |
|-----------------|------------------------|--|-------------------------------------|---------------------|--|-----------------|
| Profissional 01 | Enfermeiro | 17 | 3 | Rio de Janeiro | Cardiologia | Qualidade |
| Profissional 02 | Médico | 31 | 17 | Rio de Janeiro | Gestão da Vigilância Sanitária | GR |
| Profissional 03 | Enfermeiro | 4 | 0,5 | Espírito Santo | Cardiologia /Segurança do Paciente | NSP |
| Profissional 04 | Enfermeiro | 15 | 4 | Rio Grande do Norte | Segurança do Paciente | Qualidade |
| Profissional 05 | Enfermeiro | 6 | 4 | Paraná | Qualidade e Gestão | NSP |
| Profissional 06 | Enfermeiro | 13 | 2 | Rio de Janeiro | Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente | NSP |
| Profissional 07 | Enfermeiro | 5 | 1 | Rio de Janeiro | Saúde da Família / Qualidade e Acreditação | NSP |
| Profissional 08 | Enfermeiro | 15 | 4 | Rio de Janeiro | Doutorado | NSP |
| Profissional 09 | Enfermeiro | 12 | 3 | Rio de Janeiro | Qualidade e Segurança do paciente | NSP |
| Profissional 10 | Téc. de Enfermagem | 24 | 2 | Rio de Janeiro | Qualidade e Segurança do paciente | NSP |
| Profissional 11 | Enfermeiro | 18 | 2 | Rio de Janeiro | Pediatria | NSP |
| Profissional 12 | Enfermeiro | 20 | 3 | Rio de Janeiro | Segurança do Paciente/ Dermatologia | NSP |
| Profissional 13 | Enfermeiro | 14 | 5 | Rio de Janeiro | Mestrado | Qualidade |
| Profissional 14 | Farmacêutico | 9 | 3 | Rio de Janeiro | Mestrado Clínica Médica- pneumologia | GR |
| Profissional 15 | Enfermeiro | 11 | 0,5 | Rio de Janeiro | Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Trabalho | GR |
| Profissional 16 | Médico | 23 | 7 | Rio de Janeiro | Segurança do paciente e qualidade em saúde | NSP |
| Profissional 17 | Enfermeiro | 5 | 4 | Rio de Janeiro | Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente | GR |
| | Média (em anos) | 14,2 | 3,8 | | | |

Legenda: **NSP**: Núcleo de Segurança do Paciente; **GR**: Gerência de Risco.

Fonte: a autora, 2019.

Dentre os respondentes encontram-se 13 enfermeiros, dois médicos, um técnico em enfermagem e um farmacêutico, com tempo de formação profissional, em média, de 14,2 anos. Todos possuem pós-graduação: 10 profissionais, na área de segurança do paciente / qualidade em saúde, o que corresponde a 58,8% do total. Nota-se, também, que alguns participantes possuem mais de uma pós-graduação em áreas distintas, *lato e stricto sensu*, apesar de não informarem em qual área do conhecimento.

As áreas de atuação relativas à segurança do paciente foram divididas em três, conforme o instrumento aplicado. Onze profissionais desempenham suas funções em Núcleo de Segurança do Paciente, seguidos de quatro na Gerência de Risco, e três que atuam na Qualidade. O tempo de trabalho na área de segurança do paciente é de 3,8 anos (média), coincidindo com o início do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ocorrido em 2013.

Em relação às questões pertinentes à temática da segurança e quanto à existência de um protocolo próprio para os pacientes com transtorno mental na fase aguda, 14 profissionais negaram possuir tal documento norteador em sua instituição de trabalho, o que significou 82,3% do total de respostas. Apenas um (5,88%) participante informou que em sua unidade este protocolo estava em processo de construção, e outros dois (11,76%) responderam que existia uma sinalização para este paciente, mas não descreveram qual seria. Uma quantidade expressiva de respostas sinalizando a ausência de protocolo próprio para esta clientela dentro do universo pesquisado pode refletir o fato de o local não atender rotineiramente pacientes

nestas condições ou corresponder à falta da percepção dos riscos específicos no atendimento deste paciente.

Questionou-se, a seguir, quais seriam as estratégias adotadas para a correta identificação desta clientela, levando-se em consideração as diretrizes de segurança do paciente. E estas se encontram dispostas na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Estratégias de Identificação para o Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda

| | Estratégias de Identificação | Número de Respostas |
|---|---|---------------------|
| Adequação do Protocolo do Ministério da Saúde | Protocolo de identificação próprio | 3 |
| | Foto associada à pulseira | 1 |
| | Através do prontuário | 1 |
| | Sinalização | 1 |
| | Avaliação do risco na admissão | 1 |
| Protocolo do Ministério da Saúde | Igual aos demais pacientes | 5 |
| | Colaboração de familiar ou acompanhante | 5 |

Fonte: A autora, 2019.

Conforme exposto, as estratégias de identificação foram divididas em duas categorias. Na primeira, **Adequação do Protocolo de Identificação do Ministério da Saúde**, foram incluídas as ideias que necessariamente orientaram, de forma individualizada, o processo de identificação dos portadores de transtornos mentais na fase aguda, adequando esta condição às peculiaridades destes indivíduos.

Na segunda categoria, **Protocolo do Ministério da Saúde**, o conjunto de respostas está baseado no que orienta o Protocolo de Identificação do Ministério da Saúde, de uma forma geral para todo e qualquer paciente, sem levar em consideração as características próprias de grupos distintos de pacientes.

Com intuito de melhorar a segurança do paciente, é necessária a organização e melhoria contínua no cenário do cuidado de modo a facilitar o atendimento diferenciado a este indivíduo. Portanto, é imperativo ter um protocolo específico baseado nos riscos destes pacientes que norteie a conduta, a qual deverá estar uniformizada (HIGGINS *et al.*, 2016). E, de fato, três respostas (17,64%) levantaram a importância da elaboração de um protocolo de identificação próprio para estes pacientes.

Sem dúvida, os protocolos norteiam o atendimento por meio da padronização, tornando-o mais seguro e rápido. Porém, Werneck *et al.* (2009) afirmam que, mesmo com toda a utilidade e necessidade dos protocolos, a implementação destes apresenta limites, por estar baseada em procedimentos previamente estabelecidos não correlacionados às demandas

oriundas das diferentes situações práticas. Para que isto não aconteça, os riscos e as necessidades reais do serviço e da clientela deverão ser analisados com antecedência.

A avaliação de risco na admissão do paciente foi uma questão levantada por um (5,88%) dos participantes e, por isso, deve estar inserida dentro do protocolo próprio institucionalizado. Deverá ser realizada levando-se em consideração as características individuais de cada paciente. E é corroborada por McGinty *et al.* (2016. p. 1069), ao afirmarem que “este grupo de pacientes com transtornos mentais têm seu risco aumentado devido aos desafios de comunicação relacionado ao comprometimento cognitivo e sintomas psicóticos”. Assim, avaliar o risco, não somente no início, mas durante todo o atendimento, pode contribuir para a qualidade e segurança da assistência prestada, e para a correta identificação.

Na busca de uma melhor adequação do serviço, um profissional (5,88%) sugeriu a utilização de uma foto associada à pulseira de identificação. Partindo-se do pressuposto de que este paciente não teria condições de confirmar seu nome e outros dados identificadores, por não saber ou por não querer, e estando este sozinho, situação muito frequente na prática, a sua imagem estaria ligada ao seu nome, sendo esta uma forma concreta e incontestável de confirmação da identidade deste indivíduo.

Esta prática já foi descrita em um estudo australiano, o qual consultou profissionais e usuários de um serviço de saúde mental da localidade, recebendo como sugestão dos pacientes a utilização de uma fotografia digital impressa em prontuário e em pulseiras de identificação, de tamanho proporcional, para facilitar a identificação do paciente (KELLY, 2011).

Outras estratégias fornecidas foram a utilização de prontuários (5,88%) e sinalização (5,88%). No prontuário poderá haver o registro necessário, como um item a mais de segurança, porém o processo de identificação depende, também, de outros fatores. Se houver diretrizes internas institucionais, claras e objetivas, que apontem como o processo de identificação destes pacientes deverá ser efetuado, estas, sim, serão válidas. Porém, seriam necessários maiores detalhes para seguir tais sugestões.

Ressalta-se, também, que cinco participantes (29,4%) acharam que o processo de identificação deveria ser feito de maneira idêntica para todos, com a utilização da pulseira de identificação, baseado no Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde. Porém, dois (11,76%) fizeram algumas ressalvas, como treinamento dos profissionais para convencimento do paciente em utilizar a pulseira, e comunicação da presença deste ao serviço de psicologia.

Para Tase (2013), a pulseira de identificação é considerada, de fato, o melhor recurso para identificação do paciente, quando implementada a partir de protocolos, executados por profissionais de saúde. A recomendação do uso da pulseira de identificação pelo Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde é clara e objetiva. Porém, a utilização deste item pode tornar-se sem sentido quando os dados registrados na pulseira não podem ser confirmados pelo profissional durante a assistência ao paciente.

Vale lembrar que a simples comunicação da existência de um paciente com transtorno mental agudo ao serviço de psicologia não é suficiente, visto que o paciente é atendido por uma equipe interdisciplinar e todos os profissionais devem saber manejar tais situações.

Cinco participantes (29,4%) citaram a necessidade de auxílio de terceiros, envolvendo familiares, acompanhantes ou cuidadores, não só para possíveis consultas de dados descritos na pulseira, mas como forma de garantir a permanência deste item de segurança durante toda a assistência.

A participação direta de acompanhantes ou familiares seria, sem dúvida, muito útil neste processo, pois o Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde orienta que “o profissional deverá perguntar o nome ao paciente / familiar / acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito” (BRASIL, 2013, p. 4). Entretanto, na prática, muitos pacientes com transtornos mentais agudos são admitidos sem acompanhantes ou, muitas vezes, permanecem sozinhos na maior parte do tempo. Desta forma, a equipe assistencial precisa estar preparada e com atenção redobrada para estes casos.

Sobre um possível agente facilitador na identificação destes pacientes, as respostas foram bem parecidas com as estratégias de identificação abordadas anteriormente e se resumiram a 16 opiniões.

Tabela 3 – Agente Facilitador de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda

| Agente Facilitador de Identificação | Nº de Respostas |
|---|------------------------|
| Protocolo e Treinamento | 4 |
| Auxílio de familiar/acompanhante | 6 |
| Sinalização de baixa adesão/sinalização por cores/outra cor de pulseira | 3 |
| Documento de identidade | 1 |
| Utilização de nome social | 1 |
| Avaliação de risco pela equipe multiprofissional | 1 |

Fonte: A autora, 2019.

Um protocolo próprio com seu treinamento associado foi um agente facilitador bem citado para o atendimento de qualidade ao paciente com transtorno mental, com um total de quatro respostas, levando-se em consideração o processo de identificação. Este resultado corresponde a 25% do total. E isto, conforme exposto e discutido anteriormente, é de extrema valia.

A avaliação de risco pela equipe interdisciplinar no momento da admissão e durante todo o atendimento, citada por um participante (6,25%), poderá mitigar este risco durante a assistência, conforme já mencionado.

Outro fator eleito, com seis respostas (37,5%), foi o auxílio de familiar/acompanhante na tentativa de minimizar os riscos sofridos por estes pacientes. A família ou as pessoas que acompanham o paciente com transtorno mental podem ser consideradas, além de colaboradores na vigilância do cuidado e acolhimento desse paciente, fonte correta de identificação deste paciente (conforme o Protocolo do Ministério da Saúde). Segundo Borba *et al.* (2011), outro papel fundamental é o social, na tentativa de ressocialização do indivíduo acometido pela doença, trazendo-o mais próximo da realidade.

Em relação ao tipo de sinalização que diferencie o paciente adotado no estudo dos demais, houve um quantitativo de três respostas (18,7%). E esta situação poderá não ser benéfica. Por exemplo, sinalizar que o usuário tem baixa adesão, ou utilizar cores distintas para este grupo, pode ser visto como discriminação. Culturalmente, de acordo com Rocha *et al.* (2015), o portador de transtorno mental é vítima do estigma que lhe é imposto. Este tipo de sinalização, utilizada para segregá-los dos demais, poderá potencializar este estigma, levando à autoestigmatização e dificultando, ainda mais, a assistência.

Pacientes esquizofrênicos, por exemplo, são indivíduos delirantes. Estes delírios podem ser os de perseguição e/ou de referência. No primeiro, o indivíduo acha que é alvo de intriga. No segundo, tem uma interpretação subjetiva dos fatos, sem coerência alguma com a realidade (MATOS *et al.*, 2014). Então, ao observarem que algo diferente estará sendo associado à sua condição, como no caso da sinalização distinta do restante das pessoas, ou ainda que haja uma simples sinalização, como a usual para todos os pacientes, o resultado poderá desencadear uma reação violenta deste indivíduo, dificultando todo o atendimento.

A apresentação do documento de identidade também foi citada uma vez (6,25%) como facilitador no processo de identificação, porém diante de um quadro agudo, ainda que o paciente esteja portando o documento, fazer as checagens preconizadas utilizando a foto da identidade seria inviável levando-se em consideração a falta de praticidade. Vale destacar que

qualquer atendimento deveria ser efetuado com a apresentação de documento com foto, mas a ausência deste não pode interromper a assistência, quando necessária.

Outro resultado apontado com uma resposta (6.25%) foi a utilização do nome social do paciente com transtorno mental na sua identificação, o que demonstra a falta de conhecimento na abordagem deste assunto. Na literatura só há registros de nome social condicionado ao indivíduo que optou por esta mudança para conciliar com a sua sexualidade, que, no caso, é diferente do seu sexo biológico. O Decreto Federal nº 8.727, de 28 de abril de 2016, regulamenta “o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais...” (art. 1º), não havendo, portanto, relação com o portador de transtorno mental.

Diante do questionamento das possíveis dificuldades na identificação deste paciente, foram obtidas 19 respostas, dispostas a seguir:

Tabela 4 – Barreiras no Processo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda

| | Barreiras na Identificação | Nº de Respostas |
|-----------------------------------|--|-----------------|
| Fatores inerentes ao Paciente | Nível de consciência / orientação / falta entendimento / colaboração do paciente | 10 |
| | Ausência de acompanhante | 2 |
| | Necessidade constante de vigilância | 1 |
| | Falta de pulseira (quando retirada pelo paciente) | 1 |
| Fatores inerentes ao Profissional | Imposição da utilização da pulseira | 1 |
| | Falta de adesão ao protocolo | 1 |
| | Preconceito e falta de informação da equipe | 2 |
| | Quantitativo reduzido de profissionais da saúde mental no local | 1 |

Fonte: A autora, 2019.

As barreiras citadas no processo de identificação do portador de transtorno mental na fase aguda foram divididas em duas categorias: **Fatores inerentes ao Paciente** e **Fatores inerentes ao Profissional**.

A individualidade deste paciente, distinta dos demais usuários sem transtorno mental, faz com que suas características sejam consideradas a fim de que as normas e diretrizes de segurança do paciente sejam adequadas a esta condição e tenham um melhor aproveitamento neste grupo vulnerável.

A maior dificuldade, com 10 respostas (52,6%), foi o nível de consciência/orientação deste paciente, pois o mesmo não é colaborativo por conta da sua própria condição patológica. Este fato é bem discutido em quatro artigos eleitos da revisão, conforme anteriormente mencionado (HIGGINS *et al.*, 2016; KANERVA *et al.*, 2016; McGINTY *et al.*, 2016;

SOUZA *et al.*, 2017). Esta é, sem dúvida, a principal barreira potencializadora dos riscos aos quais estes indivíduos estão expostos durante o atendimento.

A ausência de acompanhante foi citada duas vezes (10,5%) e, com certeza, aumenta a necessidade de observação deste paciente por parte da equipe, sendo necessária uma vigilância mais intensiva, muitas vezes difícil de ser dispensada, pela natureza do trabalho, excesso de tarefas, de pacientes, entre outros. Higgins *et al.* (2016, p. 162), conforme exposto na Tabela 4, relatam que “profissionais que trabalhavam em ambientes de atendimento aos portadores de transtornos mentais em crise aguda, sempre consideravam a condição comportamental do paciente”, pois são menos cooperativos na assistência, quando comparados aos portadores de transtornos mentais fora desta condição.

A necessidade constante de vigilância é uma consequência da característica deste paciente. Solicitações contínuas e inusitadas fazem parte do contexto de atendimento do portador de transtorno mental grave, principalmente diante de uma crise aguda. E, portanto, há uma maior necessidade de supervisão deste indivíduo para que danos sejam evitados ou diminuídos.

Quanto à identificação deste paciente no cenário assistencial, diante da utilização da pulseira, pode-se imaginar a retirada deste item de segurança pelo paciente na agudez dos sintomas mentais. A falta de colaboração dele, intrínseca à sua condição, é o que motiva a busca por um arcabouço de requisitos e estratégias para a melhoria da assistência deste usuário no que tange à segurança do paciente.

Considerando que o transtorno mental grave é um grupo de doenças crônicas altamente incapacitantes, que acometem de 0,4% a 7,7% da população mundial (DEMYTTENAERE *et al.*, 2004; KESSLER *et al.*, 2009 *apud* CZEPIELEWSKI, 2016), e com a desinstitucionalização destes pacientes, ocorrida após a Reforma Psiquiátrica, é fato que estes indivíduos poderão ser atendidos pelos mais variados serviços de saúde. Portanto, a obrigatoriedade das políticas de saúde com o intuito de garantir que este paciente tenha uma assistência condizente com suas necessidades deverá ser reforçada (PRADO, 2015).

Portanto, o fator profissional deve ser considerado uma peça fundamental, pois, segundo Navarin *et al.* (2008), a falta de conhecimento dos profissionais reflete o cuidado prestado; e poderá ser considerada como uma barreira na identificação deste paciente, sendo citada por dois participantes (10,5%).

Prado (2015) questiona o cuidado oferecido ao portador de transtorno mental na fase aguda pela equipe de saúde em unidades não psiquiátricas, já que não há contato rotineiro com esta clientela, cuja principal característica é o comportamento inesperado. Neste

contexto, vale ressaltar que o protocolo próprio de identificação para estes pacientes deve ser inserido em todos os cenários que tenham a possibilidade de recebê-los, ainda que eventualmente.

O quantitativo reduzido de profissionais da saúde mental no local de atendimento, uma das barreiras citadas por um profissional (5,2%), poderá não ser um problema em potencial. O que, de fato, tende a dificultar o processo de trabalho é um déficit geral no quantitativo de profissionais, pois as peculiaridades deste usuário requerem um tempo maior de vigilância e um cuidado diferenciado. Mas, estando a equipe de saúde completa e treinada, o manejo deste paciente poderá ocorrer naturalmente.

Outras barreiras elencadas pelos especialistas na segurança do paciente foram a falta de adesão ao protocolo (5,2%) e a imposição na utilização da pulseira pelo paciente (5,2%), ambas citadas apenas uma vez. A primeira deixa dúvidas à qual protocolo o participante se refere, pois poderia ser o do Ministério da Saúde ou o protocolo próprio para este paciente. Mas, de qualquer maneira, a quebra de um protocolo adotado na instituição é uma falha que contribui para o surgimento de falhas assistenciais.

A condição imposta da utilização da pulseira de identificação ao portador de transtorno mental no quadro agudo poderá causar sérias dificuldades durante o atendimento. E esta só deverá ser utilizada de acordo com as diretrizes de um protocolo previamente definido. Torna-se a ressaltar que o fato de estar sinalizado pode ser um fator desencadeante de reações negativas do usuário, conforme discussão anterior.

A última questão do questionário, pertencente à segunda fase, foi averiguar se os participantes tiveram alguma experiência relacionada ao atendimento do paciente portador de transtorno mental na fase aguda. Entre os 17 participantes, 15 responderam não possuir tal vivência, o que corresponde a 88% do total. Diante desta condição, o fato de um maior quantitativo de ideias se remeterem ao que referencia o Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde está explicado.

O processo de identificação de pacientes com transtornos mentais na fase aguda, nos locais onde atua a maioria dos profissionais participantes da pesquisa, ocorre da mesma forma do restante dos pacientes, sem considerar as especificidades dos usuários. No entanto, é importante enfatizar que uma análise por meio de estudos na área, e até mesmo das estratégias, dos agentes facilitadores e das barreiras apresentadas pelos próprios profissionais desta pesquisa, demonstra, por si só, a necessidade de adequação do atendimento a este paciente, de forma a minimizar os riscos envolvidos neste processo, contribuindo para a segurança no cenário do cuidado.

4.3. RESULTADOS RELACIONADOS AO GRUPO FOCAL

Atendendo, ainda, ao segundo objetivo da pesquisa, foram convidados 20 profissionais da área de saúde mental, obtendo-se quatro aceites, totalizando os participantes desta fase, contudo sem inviabilizar o estudo, conforme Gondim *et al.* (2003).

Os profissionais que participaram do grupo focal desempenham / desempenharam suas funções em instituições especializadas em saúde mental / psiquiatria, que possuem serviços de internação e emergência, localizadas na cidade do Rio de Janeiro.

O local de encontro foi a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, por estar fora do ambiente de trabalho dos participantes, ser um lugar tranquilo e de fácil acesso, além de possuir uma boa acústica.

Todos os enfermeiros possuem especialização na área de saúde mental, sendo um com doutorado. Três participantes são do sexo feminino e um do masculino. A faixa etária variou de 40 a 76 anos. O tempo de formação profissional foi de 16 a 55 anos, e o período de experiência na área da saúde mental variou de 4 a 55 anos.

A moderadora do grupo foi a pesquisadora principal, que contou com o auxílio de uma co-moderadora (orientadora do estudo). A sessão durou cerca de 1 hora. No intuito de uma melhor condução da discussão, inicialmente foi explicado do que se tratava o estudo, suas etapas já percorridas e o objetivo da abordagem coletiva dos participantes. Alguns conceitos e orientações acerca da segurança do paciente foram apresentados para servirem de base do que foi discutido posteriormente, por meio do roteiro proposto.

Os participantes foram avisados que o intuito da reunião era conhecer uma gama de experiências e opiniões relacionadas à temática do estudo. Após a permissão dos profissionais, o encontro foi gravado em áudio e transcrito textualmente.

O resultado da dinâmica grupal apresentou uma riqueza de dados qualitativos evidenciando formas corretas e alternativas de verificar a identificação do portador de transtorno mental na fase aguda durante a assistência.

Na tentativa de evidenciar os principais resultados, estes foram categorizados conforme as discussões adotadas:

4.3.1. Falha atual na identificação do paciente com transtorno mental

A abordagem ao grupo foi iniciada com interesse em descobrir quais seriam as práticas atuais para a identificação deste paciente no atendimento realizado por cada

profissional. E foi unânime entre os participantes que este sistema é falho dentro do cenário da saúde mental, considerando a temática da segurança do paciente.

Na prática, não existe a utilização da pulseira de identificação, preconizada pelo Ministério da Saúde. Porém, os profissionais abordados entendem e veem a necessidade de um sistema de identificação previamente definido para minimizar a ocorrência de falhas durante a assistência, principalmente na fase aguda.

A presença de um acompanhante, nesta situação, foi colocada como essencial, segundo os depoentes, pois na agudez dos sintomas, se este paciente estiver desacompanhado e sem o seu documento de identidade, não há como realizar a identificação de maneira correta.

O paciente fica com o nome que der na internação, ou ‘homem negro’, ou dá o nome errado, aí depois você descobre o certo (Profissional A).

Um participante afirmou que, geralmente, os profissionais da assistência acreditam que já conhecem o paciente, pois a reinternação é um fato comum para indivíduos com transtornos mentais. Assim, valorizar e seguir a identificação baseada em conceitos e diretrizes do Ministério da Saúde é uma tarefa pouco provável. Kelly *et al.* (2010) relatam em seu estudo que enfermeiros descreveram que em unidades de internação psiquiátrica não existem instrumentos para a identificação do paciente, utilizando-se, apenas, o “reconhecimento do paciente”, ou seja, o simples fato de reconhecer visualmente o indivíduo seria o suficiente para a prestação dos cuidados.

Eu admiti o paciente, avaliei, fiz anamnese, e então na hora da administração do medicamento eu sei exatamente para quem estou administrando (Profissional B).

Este processo de trabalho, associando a identificação do paciente ao poder de memorização do profissional em recordar o nome de cada um, fatalmente se encaixa numa condição ameaçadora, pois é natural do ser humano a possibilidade de falhar. E, atualmente, com o objetivo de desconstruir tais práticas, a legislação pertinente à segurança do paciente tem trabalhado incessantemente na diminuição de riscos de danos desnecessários como este, associados à assistência à saúde (OMS, 2012).

Para Neto (2006), a responsabilidade e a vontade individual de cada profissional em fazer o bem, baseado em seu conhecimento, são primordiais para a qualidade do cuidado. Contudo, não são sinônimo de uma assistência segura. As diretrizes institucionais devem ser

norteadoras para o atendimento do paciente, de modo que seja uniforme para todos os envolvidos e práticas assistenciais seguras sejam disseminadas.

Todos os profissionais abordados no grupo têm conhecimento dos riscos aos quais os pacientes estão submetidos nestas condições, e mostram-se preocupados:

Eu já fui plantonista, eram 72 mulheres internadas, e não tinha sistema algum de identificação. Eu conhecia todas elas pelo nome, mas eu posso falhar, qualquer profissional pode falhar (Profissional B).

Eu tenho visto, e revisto, erros na identificação do paciente porque a gente confia na nossa *expertise* (Profissional B).

Outra condição apontada foi o quantitativo de pacientes para o atendimento, exemplificado por meio do local de trabalho, pois quando existe um número pequeno de indivíduos, a identificação de cada um fica mais fácil:

Uma situação importante é o número de pacientes que você está atendendo. A nossa emergência tem seis leitos. E seis pacientes, você sabe quem é quem (Profissional A).

Mesmo com um número reduzido de pacientes, a identificação destes é mandatória antes de qualquer procedimento/cuidado. Ainda que o profissional os conheça, faz-se necessária a confirmação dos dados da pulseira, segundo o Ministério da Saúde, por do meio seu protocolo de identificação. A orientação é que “a identificação de todos os pacientes (internados, atendidos no serviço de emergência) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira” (BRASIL, 2013, p. 2).

Em relação às falhas de identificação, as relacionadas ao erro de medicação foram as mais citadas.

Uma vez na emergência chegaram três pacientes de uma vez. O médico disse: Faz midazolam aqui (apontando). E eu falei: Em quem, nele? Eu fiz e era o outro paciente (Profissional C).

Erros de medicação podem ou não gerar danos, mas tratando-se de medicamentos específicos da saúde mental, a situação poderá ser grave pelas características dos fármacos adotados (SOUTA *et al.*, 2016).

Todos os medicamentos, independente de suas classes, deverão ter suas doses individualizadas e tituladas conforme o objetivo da sua utilização. Além disto, a necessidade

clínica do paciente, seu estado físico e medicamentos concomitantes em uso devem ser levados em consideração (RANG *et al.*, 1997).

Devido à alta complexidade em diferentes tipos de medicamentos, alguns exigem atenção maior. O cenário da saúde mental, por exemplo, é composto pela ampla utilização de psicofármacos, os quais agem diretamente no sistema nervoso central, com um potencial de risco maior, principalmente em caso de uso indevido (MORENO *et al.*, 2018). Estes fármacos, por suas características próprias, necessitam de uma atenção redobrada para garantir que os riscos inerentes à sua utilização sejam mitigados ao máximo.

Errar a identificação do paciente quando se administra um medicamento é uma situação preocupante, ainda que não intencional. Condições caóticas, como o atendimento ao portador de transtorno mental na fase aguda, podem contribuir para esta falha. E, dependendo da condição clínica do indivíduo, poderá haver total mudança terapêutica com um possível comprometimento da saúde deste paciente, temporária ou permanente, por receber um fármaco desnecessário.

Em relação à identificação utilizada na saúde mental, mais especificamente no setor de internação, existe um sistema, ainda que seu objetivo não seja atender aos princípios de segurança do paciente. Um quadro é disponibilizado em um local de fácil acesso a todos os profissionais e neste são registrados fatores relevantes e individuais de cada paciente, além de seu nome, como risco de fuga, risco de suicídio, entre outros, sempre relacionados à sua condição patológica. Ainda assim, os profissionais enfatizaram que este sistema não é padronizado nos serviços de saúde mental que eles conhecem.

4.3.2. Formas de identificação do portador de transtorno mental na fase aguda

Dentro desta problemática, então, aventaram-se possibilidades alternativas da correta identificação destes pacientes, coletando as sugestões dos especialistas em saúde mental.

Diante deste fato, os participantes esboçaram a dificuldade de definir a melhor maneira de identificação deste usuário, levando-se em consideração a segurança do paciente. Muitas questões foram levantadas de forma a não interferir no quadro do indivíduo, pensando-se nos desdobramentos que talvez pudessem ocorrer.

Quando questionados sobre como seria a melhor maneira de identificação do paciente com os sintomas agudos de sua doença mental, os participantes aventaram que, estando este sinalizado, identificado ou marcado, poderia ser gerada uma condição negativa no seu comportamento e atendimento. Pois pacientes com ideias de perseguição, por exemplo,

poderiam apresentar uma barreira ainda maior na sua abordagem inicial (MATOS *et al.*, 2014).

Você falando assim, fico pensando... talvez uma etiqueta colocada no uniforme (Profissional D).

Eu acho que seria a pulseira mesmo. Agora, qual seria o impacto disso... roupa eles tiram e colocam o tempo todo, então roupa não dá... por exclusão. Eu também não sei qual seria o impacto da pulseira... estou sendo identificado, estão me perseguindo, já me identificaram aqui... (Profissional B).

Em contraste, um participante não achou problema na utilização da pulseira, pois esta não seria exclusividade do paciente com transtorno mental.

Não vejo problema em relação ao uso da pulseira... não seria só o paciente psiquiátrico... todo o hospital utiliza pulseira (Profissional A).

A simples utilização da pulseira não seria um fator tão difícil quando consideramos, apenas, a instalação da mesma. Pacientes em surto podem não ter a percepção da pulseira em seu punho. O problema maior seria saber o nome do paciente completo e mais algum outro identificador (nome da mãe ou data de nascimento), além da confirmação destes dados pelo paciente ao profissional de saúde que lhe questiona (BRASIL, 2013). Como um paciente em crise aguda, invadido pelos sinais e sintomas peculiares à sua condição momentânea, conseguiria verbalizar o seu nome completo e a sua data de nascimento, por exemplo?

Esta problemática foi inserida no grupo. E todos ficaram pensativos, buscando alguma alternativa:

Aí é que é a questão... a pulseira tem que ser trocada... a pulseira não é eterna... porque ele pode, de fato, estar desorientado... você está tratando de uma condição aguda... o nome da pulseira vai mudar na medida em que o paciente se orienta (Profissional B).

Se ele entrou desorientado, com uma dupla orientação ou com um delírio que faça com que ele se identifique de outra maneira, naquele momento a gente parte desse princípio. A gente vai identificá-lo como ele se nomeia, agora se isso mudar, vai depender do curso do atendimento (Profissional C).

Levantou-se, a partir deste momento, a possibilidade da troca de pulseira durante o quadro agudo, de acordo com as informações fornecidas pelo paciente. No momento em que

ele é admitido, o nome citado seria a sua identificação. Se, porventura, posteriormente ele o mudasse, a pulseira seria alterada.

Cogitou-se também a identificação no leito, porém como o portador de transtorno mental geralmente não permanece em um leito fixo como os pacientes clínicos, esta hipótese foi imediatamente descartada. Ainda, existe a orientação do Ministério da Saúde, por meio do protocolo de identificação, de que o número do leito ou número do quarto não poderá ser utilizado como identificador, justamente pela possibilidade de troca do paciente (BRASIL, 2013).

4.3.3. Especificidade do paciente com transtorno mental na fase aguda

Segundo os entrevistados, a saúde mental é tratada com certo distanciamento quando, na realidade, necessita de protocolos como outras áreas assistenciais. Existe uma dificuldade em trazê-la para o contexto científico.

É um grande erro não se pensar na saúde mental como um lugar diferenciado, como ocorre com a ortopedia, com a cirurgia plástica e outras, pois a partir daí surgem as especificidades, critérios e soluções (Profissional C).

O paciente com comprometimento mental, principalmente na fase aguda, apresenta características peculiares que o diferenciam de qualquer outro grupo de pacientes das mais variadas clínicas. A alteração do nível de consciência, que pode ou não estar associada à falha na comunicação e agressividade, é a principal barreira para o atendimento / identificação deste indivíduo, inicialmente (KANERVA *et al.*, 2016; MCGINTY *et al.*, 2016). E o protocolo para definir a abordagem e a identificação deste paciente precisa estar previamente definido (HIGGINS *et al.*, 2016).

Um paciente chegou com o nome de Daniel na emergência. Hoje ele é Davi, mas ainda não possui sobrenome (Profissional C).

Lidar com uma situação como esta não é tarefa simples, mas é preciso reconhecer as diferenças / especificidades destes pacientes. E, a partir disto, construir um processo de trabalho que se molde a estas questões, de forma que os riscos no atendimento sejam minimizados.

Outra especificidade deste paciente é o número de reinternações, pois retornam com uma grande frequência às unidades de saúde devido às oscilações do quadro psiquiátrico. Desta forma, os profissionais de saúde passam a conhecê-los pelo nome, lembram-se de sua patologia e já sabem como abordá-los.

Talvez esta identificação seja atravessada por isso. Conheço pacientes que são da minha época de aluno. Essa voz é da fulana (Profissional B).

Mas, o protocolo de identificação do Ministério da Saúde é bem claro ao orientar que “mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto” (BRASIL, 2013, p. 5).

4.3.4. Padronização dos cuidados na saúde mental

Atualmente, a saúde mental prioriza a subjetividade e a individualidade do sujeito, conquistadas ao longo dos anos após a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Tem avançado muito no acolhimento deste paciente, o que, de fato, é positivo para o tratamento e adequação deste na sociedade e no plano terapêutico. Porém, a falta de padronização no atendimento a este paciente ainda é um ponto negativo, que dificulta a qualidade do cuidado e da segurança deste paciente. Está comprovado que portadores de transtornos mentais recebem cuidados de qualidade inferior (REEVES *et al.*, 2018).

Quando a utilização da pulseira de identificação do paciente foi levantada no grupo, os depoentes disseram que esta não é adotada na saúde mental. Mas, naquele instante, refletiram sobre como a segurança neste processo de identificação deveria ser assegurada.

A gente precisa de uma padronização. Eu acho que é necessário avançar em relação à identificação do paciente. É preciso testar para ver se dá certo. E se não der, o que pode ser substituído. Eu acho que a gente nem chegou nessa fase de: ‘Vamos testar para ver se dá certo? Vamos implantar este protocolo para ver se dá certo?’ (Profissional B).

A falta de um protocolo próprio para verificar a identidade do paciente gera um impacto na sua segurança. Indivíduos na fase aguda, quando admitidos na emergência, apresentam um comportamento imprevisível e nada cooperativo. Contudo, de acordo com Rise (2014), a previsibilidade e a continuidade dos cuidados são imprescindíveis para os

portadores de transtornos mentais graves, sendo a garantia da qualidade e segurança na assistência desses pacientes.

4.3.5. Equipe interdisciplinar

Devido ao processo histórico vivido pela saúde mental, a estratégia da atuação de equipes interdisciplinares dentro desta área é uma realidade no atendimento diário ao portador de transtorno mental na fase aguda. A relação entre as diversas categorias profissionais poderá levar a uma discordância, por vezes, sobre as abordagens práticas ou técnicas terapêuticas utilizadas para a condução dos diferentes casos (VASCONCELLOS, 2010).

Um ponto discutido durante a dinâmica foi a importância de levar a questão da identificação à equipe de profissionais que atende o paciente com transtorno mental. Este processo de trabalho, para ser definido e colocado em prática, deverá contar com a análise, aceitação e suporte de toda esta equipe, de modo que sejam definidos critérios e sugestões de acordo com a experiência e a abordagem de cada profissional envolvido.

É importante a participação da equipe interdisciplinar na identificação deste paciente, onde os protocolos de atendimento são multi... então é importante a participação de toda a equipe, é fundamental. Senão, não vai acontecer (Profissional C).

Eu posso identificar o paciente através de uma pulseira, porque não vejo problema nenhum. Mas o psicólogo não vai fazer isso (Profissional A).

A saúde mental trabalha com uma equipe interdisciplinar, que atua em diferentes situações e possui olhares sob vários ângulos para o mesmo paciente. Por isso, é importante que outras categorias profissionais, além de enfermeiros, se interessem e participem ativamente do processo de identificação do portador de transtorno mental na fase aguda. Ao agregarmos informações por meio de diferentes pontos de vista e distintas experiências profissionais, a qualidade do atendimento e segurança deste paciente poderão ser asseguradas.

5. ELABORAÇÃO DO PRODUTO ACADÊMICO

Finalmente, faz-se necessário elencar os pontos mais relevantes das três fases do estudo, dando ênfase às informações fornecidas na literatura científica, no olhar dos profissionais da segurança do paciente e dos trabalhadores da saúde mental, principalmente quando estas são comuns, o que sugere uma redobrada atenção, definindo as características do produto final.

Na revisão, a falha na comunicação do portador de transtorno mental é muito evidente nos estudos (KANERVA *et al.*, 2016; MCGINTY *et al.*, 2016). Esta condição está intimamente relacionada com a alteração do nível de consciência do paciente, também referida como comprometimento cognitivo, peculiar em condições agudas (HIGGINS *et al.*, 2016; KANERVA *et al.*, 2016; MCGINTY *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2017). Citada também no grupo focal por meio da fala de um profissional da saúde mental: “porque ele pode, de fato, estar desorientado”. E corroborada pelos profissionais da segurança quando mais da metade (52,6%) apontou como barreira o nível de consciência/orientação deste paciente, enfatizando a falta de colaboração do indivíduo no processo de identificação.

Outra situação evidenciada pelos estudos da revisão foi o estigma que acompanha o portador de transtorno mental (MCGINTY *et al.*, 2016, 2017). O grupo da segurança cita, também, a possibilidade da retirada da pulseira de identificação pelo próprio paciente; o preconceito e falta de informação por parte da equipe assistencial relacionada ao usuário. Fatos que podem estar relacionados com a certeza da falta de colaboração deste indivíduo pelo seu comportamento inesperado, situação intrínseca ao seu estigma.

Por mais que o estigma tenha sido apontado na revisão e pelo grupo da segurança como uma possível dificuldade de atendimento destes pacientes, os profissionais da saúde mental, por meio de suas falas, acreditam que não haverá grandes problemas com relação a isso, pois sabem da necessidade urgente de identificação desta clientela. Sugerem, inclusive, a utilização da pulseira para identificar os pacientes com transtornos mentais na fase aguda. A única ressalva mencionada foi o registro na pulseira com o nome informado pelo paciente na sua admissão, ainda que não seja o correto (nome fictício), com a subsequente troca deste item de segurança quando outro nome for informado, de acordo com a melhora do quadro de orientação do paciente.

O grupo da saúde mental, durante sua discussão, entendeu que talvez exista uma resistência de parte significativa dos profissionais da assistência ao portador de transtorno mental no processo de identificação por meio da pulseira. Isso foi citado também pelo grupo

da segurança, sugerindo que esta consequência se dê devido à falta de informação. Por isso, é importante que a equipe interdisciplinar entre em consenso em relação aos protocolos assistenciais, por meio de estudos e reuniões que discutam esta problemática.

Em relação à abordagem feita aos profissionais que trabalham com a segurança do paciente, destaca-se a necessidade de um protocolo próprio para os portadores de transtornos mentais na fase aguda. Entre as estratégias propostas, identificou-se a foto associada à pulseira como uma real possibilidade. Isso porque talvez seja uma forma de resolver o problema de identificação desta população, e até mesmo de outras populações inseridas em outros contextos, quando a identificação verbal não for possível.

A fotografia ou foto se apresenta como um processo técnico, resultando na produção de uma imagem dotada de determinada particularidade, que culmina na existência de um significante, ou seja, da própria imagem fotográfica (LIMA *et al.*, 2008).

Para a maioria da população, a linguagem escrita é o referencial mais importante, “mas o domínio da imagem é mais forte que o poder da letra” (MARTELLI, 2003, p. 6).

Lima *et al.* (2008) afirmam que a leitura visual tem sua importância constatada para o homem ao logo do tempo, a qual desperta emoções e ignora, muitas vezes, a razão. Dentro deste contexto, afirma que a fotografia é uma imagem-ato onde a técnica e o simbolismo se entrelaçam, havendo um registro sem uma maior interpretação do fato, transmitindo, contudo, a realidade.

Guerra (2006) expõe a preocupação com o direito da privacidade das pessoas, considerando principalmente a imagem, uma filmagem ou qualquer informação que possa ser divulgada em um período curto de tempo, diante da velocidade dos meios de comunicação associada à evolução tecnológica da atualidade.

Neste contexto, o Brasil declarou no artigo 5º, inciso X, da Constituição Federal, a garantia deste direito: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Desta forma, caberá à instituição de saúde utilizar a foto do paciente única e exclusivamente dentro do cenário do cuidado, no contexto da segurança, de forma a minimizar os riscos assistenciais.

A leitura fotográfica depende de um conjunto de atos perceptivos e psíquicos do espectador (MARTELLI, 2003), sendo assim, a legitimidade de seu uso deve ser totalmente garantida no contexto ao qual se insere. E, neste caso, garante a correta identificação do paciente durante o tempo em que será assistido na unidade de saúde.

A foto chega, então, para suprimir os obstáculos inerentes ao paciente em discussão, garantindo a correta assistência, pois anula qualquer possibilidade de dúvida na identificação deste paciente. Esta foto seria inserida, minimamente, no prontuário, na pulseira de identificação e quaisquer outros documentos necessários.

A necessidade de um protocolo próprio também é defendida pelos profissionais da saúde mental por meio de suas falas que urgem pela definição de um processo de trabalho previamente definido para nortear esta situação. Esta problemática também foi encontrada nos estudos identificados por meio da revisão, pois a evidência de riscos maiores para este paciente traz embutida a exigência de um protocolo para atender à especificidade destes usuários (HIGGINS *et al.*, 2016; MCGINTY *et al.*, 2016; RISE *et al.*, 2014).

Assim, o protocolo proposto pelo presente estudo foi confeccionado para a utilização de uma pulseira de identificação diferenciada do padrão existente. Esta conterá informações visuais e escritas, as quais tendem a compensar obstáculos encontrados pelo paciente e sua equipe assistencial, comuns na agudez dos seus sintomas, quando o usuário não consegue dizer, com certeza, a sua própria identidade.

Todos os esforços foram realizados durante o estudo para o cumprimento da correta identificação deste grupo de pacientes, conforme a meta internacional, visando à diminuição dos riscos e buscando estratégias para minimizá-los. Com as políticas de segurança atuais, evidenciamos a importância desta temática não somente no Brasil, mas em todo o mundo.

É fato que as metas de segurança existem, e têm seus objetivos bem definidos e incontestáveis. Porém, quando inseridas em cenários constituídos por grupos vulneráveis, tomam uma dimensão totalmente distinta. Neste caso, a importância da segurança destes pacientes ultrapassa as metas outrora preconizadas.

Muitas vezes os próprios profissionais de saúde não consideram os estigmas e a singularidade deste indivíduo que se torna incapacitado e fora do contexto social, o que compromete não somente a segurança do seu cuidado, mas torna-o objeto de descaso.

Assim, acredita-se que um protocolo voltado ao paciente com transtorno mental em fase aguda possibilite a sua correta identificação, considerando o contexto da segurança, porém fomentando a necessidade premente de se valorizar a individualidade do paciente, enquanto cidadão, durante a prática assistencial.

6. PRODUTO ACADÊMICO

Trata-se de um protocolo próprio destinado à correta identificação dos pacientes com transtornos mentais na fase aguda, como estratégia de intervenção para facilitar a prática assistencial.

Sua elaboração teve como alicerce o Protocolo de Identificação do Paciente, do Ministério da Saúde, e foi norteadada pelos achados na literatura específica, opinião dos especialistas da área de segurança do paciente e da saúde mental. Sendo assim, as especificidades e vulnerabilidades destes indivíduos foram consideradas e adequadas conforme o preconizado para a correta identificação, primeira meta internacional de segurança.

Enfatiza-se, portanto, que determinadas orientações já fornecidas pelo protocolo do Ministério da Saúde foram repetidas integralmente no texto do produto, em momentos em que as alterações não se faziam necessárias por contemplarem todos os pacientes de um modo geral. Outras informações foram excluídas do protocolo-base e algumas substituídas, considerando-se as peculiaridades dos portadores de transtornos mentais na fase aguda.

O principal diferencial deste novo protocolo, quando comparado ao do Ministério da Saúde, é a inclusão de uma foto na pulseira de identificação do paciente. Esta pulseira deverá ser um pouco maior do que a já utilizada. O protocolo próprio é inovador e orienta a utilização deste item de segurança de forma aperfeiçoada para este público específico, podendo este ser considerado o segundo produto do trabalho. Diante disto, surge a inovação do produto ao incorporar uma mudança significativa na pulseira de identificação (MANUAL DE OSLO, 2005).

A pulseira inovada é composta, além da foto mencionada, por itens já utilizados pelo Ministério da Saúde, como nome completo e data de nascimento. Além destes, foram inseridos um nome fictício (caso exista), um código de barras e um *QR code* (do inglês *Quick Response Code*), a serem utilizados em locais onde estas tecnologias já sejam adotadas. O principal objetivo de inserir os dois últimos itens foi demonstrar que a pulseira poderá contê-los em caso de necessidade, e seu *design* não sofrerá prejuízo pela adição destes.

O código de barras é uma tecnologia pela qual, por meio de um leitor óptico, certas checagens são realizadas, como o medicamento administrado, o horário da sua administração, a identificação do paciente, entre outros. Para que isto ocorra, é necessário possuir um sistema operacional dentro da instituição de saúde que permita todo esse processo. Os custos dos leitores e dos programas comercializados poderão ser uma barreira na implementação deste

serviço (PEDREIRA *et al.*, 2005), porém, se o seu uso já estiver incorporado ao processo de trabalho institucional, a pulseira poderá ter seus itens totalmente utilizados.

O *QR Code*, um tipo de código de barras bidimensional, é uma tecnologia que funciona para acessar um prontuário eletrônico ou qualquer informação relevante do paciente em tempo real. A comunicação ocorre através de um aplicativo que poderá ser instalado, por exemplo, em dispositivos móveis incorporados no serviço do profissional. Para isto, deverá existir no local uma rede informatizada que contenha informações relacionadas aos pacientes. A proposta de mantê-lo na pulseira, a princípio, seria para serviços que já possuem esta tecnologia implantada (FÉLIX, 2016).

Caso a instituição de saúde ainda não faça uso destas tecnologias, enfatiza-se que isso não torna a pulseira inválida, desde que o protocolo de identificação próprio para este grupo de pacientes seja seguido na íntegra.

Considerando os gastos mundiais relativos às falhas na assistência à saúde, e mais especificamente aos erros de identificação do paciente, observa-se o desperdício financeiro associado à reparação de danos causados aos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2014). Estes recursos, sejam eles terapêuticos ou indenizatórios, têm onerado, e muito, os cofres públicos. Portanto, investir em estratégias que diminuam as chances de erros assistenciais é uma escolha inteligente, não só pela qualidade do atendimento ao paciente, mas do ponto de vista econômico.

Partindo-se do pressuposto de que toda unidade de saúde deve possuir um sistema de identificação com a utilização de uma pulseira, conforme orientação do Ministério da Saúde, a única adequação para a introdução deste produto seria a necessidade no aumento da largura da pulseira com o intuito de inserir a foto do paciente no tamanho adequado.

Existe um modelo de impressora que possui um modo de impressão térmica, sem a necessidade de tinta. Este aparelho imprime textos e códigos diversos diretamente no material impermeável da pulseira. Possui a opção de impressão até a largura aproximada de cinco centímetros.

Apesar de algumas marcas destas impressoras possuírem a opção de impressão de foto, este recurso não seria utilizado a princípio, pois se trata de uma imagem preta e branca, que poderia comprometer a nitidez no caso, por exemplo, de um paciente negro; e isto iria de encontro à proposta inicial da foto colorida, a qual tem como objetivo facilitar o processo de identificação.

O preço médio de uma impressora com estas características está em torno de R\$3.000,00¹ e um cartucho com 200 pulseiras tem um valor estimado de R\$117,00². Estas informações foram encontradas em sites de venda destes produtos. Sem dúvida, estes valores seriam reconsiderados para menos quando uma unidade de saúde fizesse a cotação de preços com a proposta de aquisição de grandes quantidades do produto.

A questão da foto poderia ser resolvida com a utilização de um programa computadorizado que pudesse produzir uma foto colorida, no tamanho proposto, com o auxílio de uma impressora padrão, com opção de impressão colorida. Esta foto seria impressa em papel impermeável e autoadesivo e depois colada diretamente no canto esquerdo da pulseira. Além disto, seria necessária também a utilização de uma câmera fotográfica (média de custo: R\$500,00)³.

O total de gastos, considerando-se a identificação de 200 pacientes, ficaria em R\$3.617,00, ressaltando-se que, posteriormente, a identificação dos pacientes seguintes ficaria em torno de R\$1,00.

Em contrapartida, estudos norte-americanos apontam que, de 24.382 erros registrados, 2.900 estavam relacionados à identificação dos pacientes, estimando-se um custo superior a USD 13 milhões para reparar tais erros (MAYOR, 2007 *apud* HOFFMEISTER, 2015; NÉRI, 2006).

Então, nesta perspectiva de análise, a implantação desta tecnologia significaria um custo menor para as instituições e um cuidado mais seguro.

A condição proposta anteriormente seria a ideal para a identificação do portador de transtorno mental na fase aguda, diante das possibilidades tecnológicas atuais oferecidas dentro do universo pesquisado. Portanto, investir no desenvolvimento desta ideia, trazendo à realidade uma impressora que atendesse à necessidade de impressão de foto colorida na pulseira, traria benefícios não só para o paciente, mas para o profissional devido à praticidade, e para a economia financeira da unidade de saúde.

Porém, caso a instituição de saúde não disponha de recursos para a adesão a esta nova ideia, a foto seria colada no lado esquerdo da pulseira de identificação já utilizada no serviço.

¹ Referência de preço: 3Ltec: <http://www.3ltec.com.br/impressora-de-pulseiras/impressora-de-pulseiras-hc100-300-dpi-zebra>

² Referência de preço: 3Ltec: <http://www.3ltec.com.br/impressora-de-pulseiras/rolo-de-pulseiras-de-identificacao-hospitalar-adulto-200-unidades>

³ Referência de preço: https://www.americanas.com.br/produto/119609083/camera-digital-sony-w800-20-1mp-5x-zoom-optico-foto-panoramica-videos-hd-prata?DCSext.recom=RR_item_page.rr1-CategorySiloedViewCP&nm_origem=rec_item_pa.ge.rr1-CategorySiloedViewCP&nm_ranking_rec=1

Quanto ao cenário de aplicabilidade dos produtos propostos, salienta-se que o atendimento ao paciente com transtorno mental em fase aguda não ocorre, necessariamente, em unidades próprias para este fim, como as emergências psiquiátricas. Na verdade, ao fim da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) houve um incentivo à desinstitucionalização do portador de transtorno mental; o modelo manicomial foi desestimulado, proporcionando a estes pacientes o livre acesso a qualquer local em que se presta assistência à saúde.

Não é raro, em situações emergenciais, que pacientes com comorbidades clínicas importantes associadas aos sintomas mentais agudos adentrem unidades gerais de saúde. Neste caso, o processo de identificação deste indivíduo deverá também ocorrer baseado no protocolo próprio para este fim. Oliveira *et al.* (2012) reforçam a possibilidade deste acontecimento e complementam que a rotina da equipe de saúde local será modificada em casos como este. Por isso, é necessário se antecipar diante desta possibilidade.

Sendo assim, o cenário proposto para a implementação do protocolo será qualquer serviço de urgência/emergência, específico ou não à saúde mental. Isto posto, o foco da assistência é o portador do transtorno mental na fase aguda, indo ao encontro da garantia do holismo da assistência oferecida a ele, em qualquer serviço de saúde, diante de qualquer complexidade.

Ainda nesse contexto, sabe-se que a admissão de pacientes com transtornos mentais na fase aguda ocorre também em unidades clínicas e/ou cirúrgicas para o tratamento de condições não relacionadas à patologia psiquiátrica (PAES, 2009). Por isso, aventa-se a abrangência do protocolo durante a internação hospitalar, enquanto houver a incapacidade do paciente em se autoidentificar corretamente.

Por mais que não tenha sido o objetivo do estudo, salienta-se que uma pulseira com foto permite que outros pacientes em contextos clínicos diferentes tenham uma identificação correta, diante da impossibilidade de se autoidentificar verbalmente, como nos casos de pacientes em coma ou sedados e, ainda, os que tenham algum distúrbio neurológico.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL NA FASE AGUDA

1. FINALIDADE

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente portador de transtorno mental na fase aguda, com a finalidade de diminuir o número de incidentes.

2. JUSTIFICATIVA

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, *The United Kingdom National Patient Safety Agency* apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo *The United States Department of Veterans Affairs (VA)* e *National Center for Patient Safety*, entre 2000 e 2003.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinado a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusão de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada à outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

Na área da saúde mental, geralmente no momento em que o paciente está em surto, há uma perda da realidade por parte deste indivíduo. Para Moraski (2005, p. 215), “os sintomas agudos geram uma complexidade de comportamentos desadaptados no sujeito, agressão, agitação, despersonalização, desrealização, imprevisibilidade entre

outros”. Portanto, estas condições inerentes aos portadores de transtornos mentais na fase aguda podem ser agentes potencializadores de falhas em seu processo de identificação, aumentando os riscos relacionados à assistência à saúde.

Os transtornos mentais graves ou persistentes, principais responsáveis pelo quadro agudizado deste paciente, são doenças incapacitantes que atingem de 0,4% a 7,7% da população mundial (DEMYTTENAERE *et al.*, 2004; KESSLER *et al.*, 2009 *apud* CZEPIELEWSKI, 2016).

Pacientes em crise aguda, invadidos pelos sinais e sintomas peculiares à sua momentânea situação, podem não conseguir se autoidentificar, portanto necessitam que sua identificação seja adequada e sua especificidade considerada durante todo o seu atendimento (RISE *et al.*, 2014).

3. ABRANGÊNCIA

O protocolo deverá ser aplicado principalmente em qualquer serviço de urgência/emergência, específico ou não à saúde mental, e também em unidades clínicas e/ou cirúrgicas onde o paciente portador de transtorno mental poderá ser admitido para tratamento de condições não relacionadas à sua patologia psiquiátrica.

4. INTERVENÇÃO

Este protocolo de identificação de pacientes com transtornos mentais na fase aguda inclui as seguintes intervenções:

4.1 Identificar os Pacientes

Para assegurar a correta identificação destes pacientes, é necessário utilizar, pelo menos, dois identificadores oficiais em pulseira branca, por exemplo: nome completo e data de nascimento (quando este estiver portando a cédula de identidade). Na ausência da identidade, registra-se na pulseira o nome informado pelo paciente. Se houver incoerência, ainda assim este nome será registrado entre aspas, e sinalizado como nome fictício. Se o nome verdadeiro for diferente do fornecido pelo paciente, primeiramente, na pulseira, será registrado o nome completo (oficial) e logo abaixo deverá ser inserido o nome fictício.

No canto esquerdo da pulseira, após o registro das principais informações, deverá estar impressa uma foto tirada no momento da admissão deste paciente, preferencialmente colorida, com o objetivo de facilitar o processo de identificação caso o usuário não colabore.

A pulseira deverá ser colocada em um dos membros do paciente para que seja conferida antes de qualquer cuidado.

O serviço de saúde determina o membro de acordo com o paciente. E, geralmente, o primeiro local escolhido é o punho.

A foto deverá ser inserida em todos e quaisquer documentos do paciente que sejam necessários à prestação da sua assistência, deste modo a identificação será garantida pela comunicação visual por meio da foto. Exemplos: prontuários, prescrição médica, solicitação de exames, entre outros.

4.2 Educar o Paciente / Acompanhante / Familiar / Cuidador

No momento da admissão, por conta das características peculiares do portador de transtorno mental na fase aguda, não há como educar este paciente em relação ao processo de identificação, e muitas vezes, de forma alguma. A pessoa que o estiver acompanhando poderá ser alertada da importância da pulseira, assim como da obrigatoriedade de sua conferência antes de qualquer cuidado.

4.3 Confirmar a Identificação do Paciente Antes do Cuidado

A confirmação identificatória deverá ser realizada antes de qualquer cuidado por meio da pulseira. Quando acompanhado, será fornecida ao acompanhante a orientação de qualquer procedimento realizado no paciente.

5. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

5.1. Notificação dos casos de identificação errada de pacientes

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

A implementação das recomendações geradas pelas investigações devem ser

monitoradas pelo próprio serviço de saúde.

5.2. Indicadores

Devem ser adotados mecanismos de monitoramento e realizadas auditorias rotineiras nas instituições para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados.

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

5.2.1. Número de eventos adversos (EAs) devido a falhas na identificação do paciente.

5.2.2. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PRÓPRIA PARA PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL NA FASE AGUDA

1. **Descrição:** trata-se de uma pulseira branca, conforme a padronizada pelo Ministério da Saúde, porém maior em sua largura.
2. **Objetivo e aplicabilidade:** ferramenta que tem como função facilitar o processo de identificação do portador de transtorno mental na fase aguda.
3. **Justificativa:** com o aumento de sua largura, seu tamanho é suficiente para comportar a foto do rosto do paciente com nitidez.
4. **Alcance:** unidades de saúde que atendem pacientes com transtornos mentais na fase aguda.
5. **Foto:** preferencialmente colorida, com tamanho de 2 cm X 2 cm. Será realizada utilizando-se uma câmera fotográfica, no momento da admissão do paciente. E esta, por meio de um programa computadorizado, será impressa, junto aos dados de identificação, na etiqueta que será colada na pulseira.

6. Protótipo:



- **Conteúdo:** pulseira de cor branca, com bordas macias, lisas e arredondadas para a manutenção do conforto do paciente. Deverá possuir um fixador na extremidade para fechamento, e este não deve pressionar a pele.
- **Dimensões:**
 - ✓ Comprimento total: 25 cm;
 - ✓ Comprimento do espaço reservado para os dados: 12 cm;
 - ✓ Comprimento das alças de fechamento: 5 cm a menor e 8 cm a maior;
 - ✓ Largura do espaço reservado para os dados: 3 cm;
 - ✓ Largura das alças: 2 cm.
- **Material:** plástico impermeável, flexível, lavável e não alergênico.
- **Imagem:** produzida pela pesquisadora.

7. CONCLUSÃO

Viu-se como limitação da primeira etapa deste estudo a indisponibilidade de alguns artigos na íntegra e a ausência de estudos que remetessem ao processo de identificação propriamente dito dos pacientes com transtornos mentais na fase aguda. Ainda assim, dos artigos encontrados, foram extraídas informações importantes, as quais serviram como embasamento para contextualizar uma forma ideal ou alternativa de identificação desta clientela.

No segundo momento, em relação à participação dos profissionais da segurança, considerou-se positiva a disponibilização dos questionários via aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas. Porém, destaca-se a dificuldade de acesso a estes especialistas. Outro ponto negativo foi que, do total dos participantes, houve uma grande adesão de apenas uma categoria profissional, a dos enfermeiros, representando 76,4% do total.

Porém, seguindo a opinião de especialistas na segurança, foi definido um ponto até então não pensado no estudo, e não encontrado na revisão integrativa. A ideia de inserir uma foto na pulseira de identificação deste paciente significou o diferencial para a garantia da correta identificação desta clientela.

Na última fase do estudo, com a realização do grupo focal, tomou-se conhecimento da prática assistencial dos profissionais da saúde mental. Uma riqueza de detalhes foi fornecida por estes participantes, a qual proporcionou uma ambiência, ainda que imaginária, no cenário por eles descrito. Percebeu-se, nessa hora, que existe uma preocupação por parte de todos sobre a ausência do protocolo ou qualquer rotina de identificação para este paciente e que a discussão deste problema só foi possível pelo tempo livre para a exposição das ideias.

Em contrapartida, a participação somente de enfermeiros caracteriza uma visão sob o ponto de vista de apenas uma categoria profissional, sem considerar, portanto, a experiência dos demais profissionais que prestam assistência ao paciente com transtorno mental na fase aguda. Outra situação a se destacar foi o número reduzido de participantes, o que, embora não tenha inviabilizado o estudo, limitou ideias que poderiam surgir se mais pessoas estivessem presentes. O fato de todos os enfermeiros desenvolverem suas atividades em instituições da cidade do Rio de Janeiro trouxe apenas experiências locais para o estudo.

Apesar das limitações apontadas, houve êxito no alcance dos objetivos. A elaboração do protocolo próprio para esta clientela necessitou destes três grandes eixos caracterizados como fases do estudo, os quais proporcionaram embasamento científico correlacionado com a

opinião de especialistas sobre as duas grandes temáticas adotadas (segurança do paciente e saúde mental).

Assim sendo, este estudo reafirma a importância da necessidade de adequação das políticas de segurança do paciente em contextos individualizados. A implementação de medidas para a correta identificação desta clientela em qualquer cenário que esteja de acordo com as diretrizes de segurança do paciente é essencial para a garantia da assistência segura, no entanto, isto ainda é um desafio na nossa realidade.

A devolutiva deste estudo será em um instituto de psiquiatria, localizado na cidade do Rio de Janeiro, que atende pacientes psiquiátricos na fase aguda ou crônica da doença. Esta escolha se deu por uma demanda da própria instituição após o apontamento de um problema relacionado à falha na identificação do paciente, incidente que resultou em uma atividade de extensão / treinamento dos profissionais da referida unidade, com participação direta de professores e alunos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, dentre eles a pesquisadora e orientadora deste estudo.

Atualmente, existe uma ampla discussão sobre a segurança do paciente sob vários aspectos, mas grupos específicos e vulneráveis não são abordados. Recomenda-se, portanto, que outras pesquisas sejam realizadas para diminuir a lacuna existente entre as recomendações e a prática assistencial destes pacientes, não só os abordados nesta pesquisa, mas também outros grupos com diferenças consideráveis.

REFERÊNCIAS

- 3LTEC. Impressora de Pulseiras hc100 300 dpi – Zebra. Disponível em: <http://www.3ltec.com.br/impressora-de-pulseiras/impressora-de-pulseiras-hc100-300-dpi-zebra>. Acesso em: 21 de março de 2019.
- 3LTEC. Rolo de Pulseiras de Identificação Hospitalar e Eventos – adulto – 200 unidades. Disponível em: <http://www.3ltec.com.br/impressora-de-pulseiras/rolo-de-pulseiras-de-identificacao-hospitalar-adulto-200-unidades>. Acesso em: 21 de março de 2019.
- ALCÂNTARA, C.B. *et al.* **A Terapêutica Medicamentosa às Pessoas com Transtorno Mental na Visão de Profissionais da Enfermagem**. Escola Anna Nery 2018; 22(2):e20170294. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-294.pdf>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.
- AMERICANAS.COM. **Câmera digital Sony w800**. Disponível em: https://www.americanas.com.br/produto/119609083/camera-digital-sony-w800-20-1mp-5x-zoom-optico-foto-panoramica-videos-hd-prata?pfm_carac=C%C3%A2mera%20Compacta&pfm_index=5&pfm_page=category&pfm_pos=grid&pfm_type=vit_product_grid&sellerId. Acesso em: 21 de março de 2019.
- ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. GRUPO FOCAL – Estratégia Metodológica Qualitativa: Um Ensaio Teórico. **Revista Cogitare Enfermagem**. Biblioteca Digital de Periódicos. V.9, n.I. Curitiba, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1700/1408>. Acesso em: 23 de junho de 2018.
- ASSIS, J.C.; VILLARES, C.C.; BRESSAN, R.A.; **Entre a Razão e a Ilusão: desmistificando a esquizofrenia**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSTORNO BIPOLAR (ABTB). **Parcela da População Brasileira com Transtorno Bipolar**. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/associacao-brasileira-de-transtorno-bipolar>. Acesso em: 07 de setembro de 2018.
- BACKES, D.S *et al.* Grupo Focal como Técnica de Coleta e Análise de Dados em Pesquisas Qualitativas. **Rev. Mundo Saúde**. 35(4):438-442. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2018.
- BARBOSA, E.F.; GOMES, M.E.S. **A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos**. Fevereiro de 1999. Disponível em: http://www.tecnologiaprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf. Acesso em: 20 de dezembro de 2018.
- BONFADA, D.; GUIMARÃES, J.; BRITO, A.A.C. Concepções de Profissionais de Saúde do Serviço de Atendimento Móvel Quanto à Urgência Psiquiátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Rio Grande do Norte, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/diasa/Downloads/3918-7307-1-SM.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2018.

BORBA, L.C. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2013. Disponível em: www20.anvisa.gov.br/segurançadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 31 de julho de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Apresentação e Objetivos da Rede Sentinela**. 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/rede_sentinela-apresentacao. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Disponível em: <https://proqualis.net/manual/assist%C3%A2ncia-segura-uma-reflex%C3%A3o-te%C3%B3rica-aplicada-%C3%A0-pr%C3%A1tica>. Brasília: Anvisa, 2017. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documentoreferenciaprogramanacionalseguranca.pdf>. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 3.088/2011 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 23 de dezembro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/salde-de-a-z/saude-mental>. Acesso em 17 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acessado em: 11 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Protocolo de Prevenção de Quedas: o protocolo de identificação do paciente e o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saldelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saldelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acessado em: 03 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013. **Trata do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: esquizofrenia.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>. Acesso em: 06 de setembro de 2018.

BRITO, E.S.; VENTURA, C.A.A. Evolução dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário.** Vol. 13, nº 2, p. 41-63. USP, jul/out, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228/59440>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

BRITO, M.F. **Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde.** Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.227f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2015.

BUENO, A.A.B., FASSARELLA C.S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre a sua trajetória histórica. **Rev Rede Cuidados Saúde.** 6(1):1-9, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/diasa/Downloads/1573-4422-1-PB.pdf>. Acesso em: 31 de Julho de 2018.

CAMANHO, G.L. **Nível de evidência.** **Revista Brasileira de Ortopedia.** Vol. 44, nº 6. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-36162009000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de março de 2018.

CANALE, A.; FURLAN, M.M.D.P. **Depressão.** Arq Mudi, 10(2):23-31. Maringá, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/diasa/Downloads/19991-85111-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

CANDIDO, M.R. *et al.* Conceitos e Preconceitos Sobre Transtornos Mentais: um debate necessário. SMAD - **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Ed. port., vol. 8 nº 3. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 de julho de 2018.

CAPUCHO, H.C.; CASSIANI, S.H.B. Necessidade de Implantar Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791-798, agosto de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102013000400791&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

CAPUCHO, H.C. Near Miss: Quase Erro ou Potencial Evento Adverso? **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1272-1273, outubro 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4440/5862>. Acesso em: 04 de setembro de 2016.

CASTRO, A.P.W.; Neto, F.L. Continuação do Antipsicótico em Depressão Psicótica. *Revista Psiquiatria Clínica*. 31(6); 300-305, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n6/23025.pdf>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

CAVALHERI, S.C.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P. A Constituição dos Modos de Perceber a Loucura por Alunos e Egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da fenomenologia social. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.Datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

COMIN, F.S.; SANTOS, M.A. **Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional**. *Psicologia: Teor. e Pesq.* Vol. 26 nº 3, pp. 525-531. Brasília, jul-set 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a15v26_n3.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2018.

CORREOSO, D.F. **Portadores de Sofrimento Mental no Município de Itaipe-Mg: uma proposta de Intervenção**. Minas Gerais, 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/DEOLMES-FUENTES-CORREOSO.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

COSTA, A.M.N. Transtorno Afetivo Bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiquiatr. Clín.** Vol. 35 nº 3. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000300003. Acesso em: 07 de setembro de 2018.

CZEPIELEWSKI, L.S. **Trajetórias de Transtornos Mentais Graves: contribuições da pesquisa em esquizofrenia**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), 2016. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/pct/2017/Mencoes-Honrosas/Medicina-II-Leticia-Sanguinetti-Czepielowski.PDF>. Acesso em: 6 de setembro de 2018.

DEMYTTENAERE, K. *et al.* Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **JAMA**. 2;291(21):2581-90. Junho de 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173149>. Acesso em: 04 de novembro de 2018.

DIAS, C.U.A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 10, n. 2, p. 141-158, 2000. Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/v/a/2621>. Acesso em: 19 de julho de 2018.

DIAS, J.D. *et al.* Compreensão de Enfermeiros Sobre Segurança do Paciente e Erros de Medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**. 18(4): 866-873. Minas Gerais, out/dez 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/micro/Downloads/v18n4a08.pdf>. Acesso em: 14 de setembro de 2018.

DONALDSON, L. Segurança do Paciente e a Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/seguran%C3%A7a-do-paciente-e-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%BAde>. Acesso em: 16 de setembro de 2018.

DRUMMOND, B.L.C.; RADICCHIII, A.L.A.; GONTIJO, E.C.D. Fatores Sociais Associados a Transtornos Mentais com Situações de Risco na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia Suppl D.S.S.** Minas Gerais, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-000_68.pdf. Acesso em: 24 de junho de 2018.

FARIA, B. et al. Cultura de Inovação: conceitos e modelos teóricos. **Rev. Adm. Contemp.**, v. 18, n. 4, p. 372-396. Curitiba, agosto de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552014000400372&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

FÉLIX, L. O. **Proposta de identificação de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) via smartphone usando QR-CODE**. 2016. Monografia de conclusão de curso. Universidade de Brasília, Faculdade de Tecnologia, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/15308>. Acesso em: 04 de março de 2019.

FLEISCHHACKER, W.W.; HOFER, A. Attitudes Towards Medication in Patients with Schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand.** 113(3):161-2. Março de 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16466401>. Acesso em: 07 de novembro de 2017.

FONTANA, A.U. **Manual de Clínica em Psiquiatria**. Editora Atheneu. Rio de Janeiro, 2005.

FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da Segurança do Paciente Sob a Ótica dos Enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, abril de 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>. Acesso em: 16 de setembro de 2018.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Editora Atlas, 6ª Ed. São Paulo, 2010.

GODIM, S.M.G. Grupos Focais Como Técnica De Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. **Universidade Federal da Bahia**. Dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04>. Acesso em: 15 de janeiro de 2019.

GUARNIERO, F.B. *et al.* O Estigma da Esquizofrenia na Mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rpc/v39n3/a_02v39n3. Acessado em: 18 de junho de 2018.

GUERRA, S. Direito Fundamental à Intimidade, Vida Privada, Honra e Imagem. **Publica Direito**, 2006. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/recife/direitos_fundam_sidney_guerra.pdf. Acesso em: 02 de abril de 2019.

GUI, R.T. Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa Aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. **Rev. Psi: Org e Trab R. Eletr. Psico.**, ISSN 1984-6657, Brasília, 2002. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/70_71. Acesso em: 15 de janeiro de 2019.

HIGGINS, A. *et al.* There is More to Risk and Safety Planning than Dramatic Risks: Mental Health Nurses' Riskassessment and Safety-management Practice. **International Journal of Mental Health Nursing**, 25(2):159-70, abril de 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26632975>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 36-43. Ribeirão Preto, fevereiro de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100036&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 de março de 2019.

HONÓRIO, R.P.P.; CAETANO J.A. Elaboração de um Protocolo de Assistência de Enfermagem ao Paciente Hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 11(1):188-93. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>. Acesso em: 26 de julho de 2018.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. **Desafio Global de Segurança do Paciente Medicação sem Danos**. Vol. 8, nº 1. Fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/198-BOLETIM-ISMP-FEVEREIRO.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2018.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 5º ed.. EUA, abril de 2014. Disponível em: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf. Acesso em: 17 de setembro de 2018.

KANERVA, A.; LAMMINTAKANEN, J.; KIVINEN, T. Nursing Staff's Perceptions of Patient Safety in Psychiatric Inpatient Care. **Perspectives in Psychiatric Care**, 52, 25-31. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12098>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

KELLY, T. *et al.* Identifying the 'Right Patient': nurse and consumer perspectives on verifying patient identity during medication administration. **International Journal of Mental Health Nursing**, 20, 371-379, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489115>. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

LACCHINI, A.J.B. *et al.* Percepção de uma Equipe de Enfermagem Cirúrgica Acerca do Cuidado aos Pacientes com Transtorno Mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9092>. Acesso em: 18 de junho de 2018.

LEMOS, C.S. *et al.* Construção e validação de um protocolo assistencial de enfermagem em anestesia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 25:e2952. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2952.pdf. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

LIMA, M.L.; MURGUIA, E.I. **Fotografia e Informação**. USP, IX ENANCIB – Diversidade Cultural e Políticas de Informação. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://repositorios.questoesemre.de.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/799/9.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 de abril de 2019.

MACEDO, M.C.S. Identificação do Paciente por Pulseira Eletrônica numa Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulta. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV - n.º 13, abr/mai/jun de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn13/serIVn13a07.pdf>. Acesso em: 28 de Novembro de 2018.

MACHADO, H.B. **Segurança do Paciente: uma revisão histórica**. IV Encontro Mãos de Vida - Anais - 15 e 16 de Maio de 2014. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/aemv/article/viewFile/9158/5090>. Acesso em: 31 de julho de 2018.

MARTELLI, J.M. O Uso da Imagem na Pesquisa Educacional. PUCPR, Rádio Web, Paraná, 2003. Disponível em: http://www.radioweb.ufba.br/twiki/pub/GEC/TrabalhoAno2003/o_uso_da_imagem.pdf. Acesso em: 02 de abril de 2019.

MARTINS, G.C.S *et al.* O Estigma da Doença Mental e as Residências Terapêuticas no Município de Volta Redonda-RJ. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a08>. Acesso em 24 de junho de 2018.

MATOS, A.L.S.D. *et al.* **Revisão Teórica da Esquizofrenia e Implicações Causadas pela Doença na Vida do Portador e dos Familiares**. III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas – III CONAPE. Francisco Beltrão/PR, outubro de 2014. Disponível em: http://cac-php.unioeste.br/eventos/conape/anais/iii_conape/Arquivos/Artigos/Artigoscompletos/MEDICINA/12.pdf. Acesso em: 06 de Setembro de 2018.

MAYOR, S. Hospitals should standardise patient wristband design. **BMJ**, 335(7611):118. Julho de 2007. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/335/7611/118.1>. Acesso em: 16 de março de 2019.

McGINTY, E.E. *et al.* Patient, Provider, and System Factors Contributing to Patient Safety Events During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Serious Mental Illness. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 205(6): 495-501, junho de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28557885>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

McGINTY, E.E. *et al.* Patient Safety Events and Harms During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Serious Mental Illness. **Psychiatric Services**. 1;67(10):1068-1075. Washington, D.C., outubro de 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27181736>. Acesso em: 11 de novembro de 2018.

MENDES, K.S; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto Contexto – Enferm**. Vol.17, nº 4. Florianópolis, out./dez. de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: 18 de setembro de 2018.

MENEZES, J.E.X.; SANTOS, D.N. Tensões Entre Diagnóstico Psiquiátrico e Construções Identitárias. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 4,n. 2,p. 152-160, dezembro de 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 de julho de 2018.

MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B. Erros na Administração de Medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 16-25, março de 2000. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/493.pdf>. Acesso em: 11 de novembro de 2018.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2002. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/francisc_ovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf. Acesso em 18 de junho de 2018.

MORASKI, T.R.; HILDEBRANDT, L.M. A Experiência da Agudização dos Sintomas Psicóticos: percepção de familiares. **Scientia Medica**, v.15, n.4. Porto Alegre, out/dez de 2005. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/26944477.pdf>. Acesso em: 07 de dezembro de 2018.

MORENO, R. A.; CORDÁS, J. A. *Conduitas em Psiquiatria: consulta rápida*. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2018.

NASCIMENTO, J.C.; DRAGANOV, P.B. História da Qualidade em Segurança do Paciente. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica**. 6(2):299-309, 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A Família do Portador de Transtorno Mental: identificando recursos adaptativos. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688. Dezembro de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400008&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 26 de julho de 2018.

NÉRI, E.D.R. et al. Erros na área da saúde: culpado ou inocente? **Infarma Ciências Farmacêuticas**, 18(3/4):5-8. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.cff.org.br/infarm/article/view/255>. Acesso em: 13 de março de 2019.

NETA, A.F. *et al.* Adesão à Identificação do Paciente em Hospital Universitário Público. **Rev. Adm. Saúde**. Vol. 18, nº 70. Jan/mar de 2018. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/70/105>. Acesso em: 28 de novembro de 2018.

NETO, A.Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS**, Vol. 8, Nº 33. Out-Dez, 2006. Disponível em: http://www.nascecme.com.br/artigos/RAS33_seguranca.pdf. Acesso em: 04 de fevereiro de 2019.

OCDE. Manual de Oslo: diretrizes para a coleta e interpretação de dados sobre inovação tecnológica. FINEP, 3ª edição, 2006.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. O Início da Assistência aos Alienados no Brasil ou Importância e Necessidade de Estudar a História da Psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, VII, 1, 128-141, março de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0128.pdf>. Acesso em: 31 de julho de 2018.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para Promover Segurança do Paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, 18(1):122-129. Rio de Janeiro, jan/mar de 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127730129017.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2018.

OLIVEIRA, R.M.; FACINA, P.C.B.R.; JÚNIOR, A.C.S. A realidade do viver com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 65 nº 2. Brasília, março/abril de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200017. Acesso em: 11 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: Tabelas CID 10**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 07 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Folha Informativa: transtornos mentais**. OPAS/OMS, abril de 2018. Disponível em: www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 26 de julho de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente: cirurgias seguras salvam vidas**. OMS, 2009. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 22 de novembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segurança do Paciente e a Organização Mundial da Saúde**. OMS, 2012. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/seguran%C3%A7a-do-paciente-e-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%BAde>. Acesso em: 16 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Folha Informativa: transtornos mentais**. Abril de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

PAES, G.O. **Gerenciando o Cuidado de Enfermagem com Protocolos Assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde**. UFRJ/EEAN, xvii. 226 f.: il.: 31 cm. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_GracieleOroskiPaes.pdf. Acesso em: 10 de março de 2019.

PAES, M.R. **Cuidado de Enfermagem ao Paciente com Comorbidade Clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento de um Hospital Geral**. Dissertação Mestrado em Enfermagem. Curitiba, 2009. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/22382/PAES,%20M.R.Dissertacao_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 de junho de 2018.

PASSOS, S. S. S. **Cuidado Quotidiano das Famílias no Hospital: Como fica a Segurança do Paciente?** Texto Contexto Enfermagem, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2980015.pdf. Acesso: 06 de janeiro de 2018.

PEDREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S.; HARADA, M.J.C.S. Tecnologia da Informação e Prevenção de Erros de Medicação em Pediatria: Prescrição informatizada, código de barras e bombas de infusão inteligentes. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. v.5, n.1. São Paulo, julho de 2005. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol5-n1/v.5_n.1-art7.revi-tecnologia-da-informacao-e-prevencao-de-erro.pdf. Acesso em: 05 de março de 2019.

PEDROSA, T. M. G.; COUTO, R. C. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, n. 2, p. 216-222, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/diasa/Downloads/v24n2a12.pdf>. Acesso em: 05 de março de 2018.

PRADO, M.F.; SA, M.C.; MIRANDA, L. O Paciente com Transtorno Mental Grave no Hospital Geral: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde Debate**. Vol.39, n.spe, pp.320-337. ISSN 0103-1104. Rio de Janeiro, dezembro de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00320.pdf>. Acesso em: 07 de novembro de 2017.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3ª edição, 1997.

REEVES, E. *et al.* Safety of service users with severe mental illness receiving inpatient care on medical and surgical wards: A systematic review. **Int J Ment Health Nurs**. 27(1):46-60. Fevereiro de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29318771>. Acesso em: 02 de novembro de 2018.

REGO, A.M.B; AMARAL, J.H. **Principais Doenças Mentais**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/1591/1511>. Acesso em: 12 de Setembro de 2018.

RISE, M.B. *et al.* Safely Cared for or Empowered in Mental Health Care? Yes, Please. **The International Journal of Social Psychiatry**. 60(2): 134-8. Março de 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23321388>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

ROCHA, F. L. Doença mental e estigma. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1876>. Acesso em: 11 de dezembro de 2018.

SEVERINO, A, J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, R.C.B. Esquizofrenia: uma revisão. **Revista Psicologia USP**. V.17, n.4, p.263-285. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>. Acesso em: 06 de setembro de 2018.

SOUTA, M.M. *et al.* Sistema de Medicação: Análise das Ações dos Profissionais em Unidades de Internação Psiquiátrica. **Texto Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 4, e0170015, Florianópolis, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-0707201600400325&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 11 de março de 2019.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. EaD/ENSP, 452f. Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, A.C.S. *et al.* Segurança do paciente nos Serviços Comunitários de Saúde Mental: estudo bibliométrico. **Revista de Enfermagem da UFP on line**. 11(supl. 11): 4671-7. Recife, novembro de 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231208/25212>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein*. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102. Acesso em 19 de julho de 2018.

TASE, T. H. *et al.* Identificação do Paciente nas Organizações de Saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n° 3, p. 196-200, setembro de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de março de 2018.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3ª ed., 2002.

UNIVERSIDADE DE AVEIRO - UA. **Revistas Científicas: PubMed/Medline**. Boletim das bibliotecas da Universidade de Aveiro, n° 41. 2018. Disponível em: <http://blogs.ua.pt/bibliotecainforma/?p=2695>. Acesso em: 17 de setembro de 2018.

URSI, E.S. **Prevenção de Lesões de Pele no Perioperatório: revisão integrativa da literatura**. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: file:///C:/Users/carlo_nuppybe/Downloads/URSI_ES.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

VASCONCELOS, V.C. **Trabalho em Equipe na Saúde Mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS**. SMAD, vol. 6, n° 1, artigo 14. São Paulo, 2010.

VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 738-741. Brasília, dezembro de 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de junho de 2018.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de Cuidados à saúde e de Organização do Serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>. Acesso em: 26 de dezembro de 2018.

WEST, M.A.; ANDERSON, N.R. Innovation in top management teams. **Journal of Applied Psychology**. 81(6): 680-693. Dezembro de 1996. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232576898_Innovation_in_Top_Management_Teams. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

XAVIER, S. *et al.* O Estigma da Doença Mental: que caminho percorremos? **Revista Psilogos**, vol. 11, n.º 2. Dezembro de 2013. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4102>. Acesso em: 26 de julho de 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 – ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

Relatório ao Gestor da Instituição Eleita

A seguinte proposta é o produto proveniente de um relatório de pesquisa de Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, que para a sua fundamentação científica foram utilizadas buscas criteriosas sobre o tema na literatura específica, associando-se estes achados às opiniões de profissionais especialistas em segurança do paciente e saúde mental.

Trata-se de um **Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda**, destacando-se neste uma pulseira fotográfica como ferramenta inovadora que contribui para a minimização dos riscos desta clientela. Ressalta-se, portanto, que este protocolo próprio está baseado no Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde, obrigatório em todas as instituições de saúde brasileiras desde 2013, com as adequações necessárias para a utilização do paciente em quadro agudo.

Pacientes que apresentem os sinais e sintomas peculiares à momentânea crise aguda podem não conseguir se auto identificar, necessitando que a sua identificação seja adequada e sua especificidade considerada durante todo o seu atendimento (RISE *et al*, 2014).

A correta identificação do paciente assegura que o paciente é aquele a quem se destina um determinado procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Contudo, os erros de identificação do paciente podem acontecer em qualquer fase da assistência, desde a admissão até a alta do serviço. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação deste paciente como: alteração do nível de consciência, imprevisibilidade, despersonalização, agressividade, mudanças de leito, setor dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente. Portanto, condições, como estas, inerentes aos portadores de transtornos mentais na fase aguda podem ser agentes potencializadores de falhas em seu processo de identificação, aumentando os riscos relacionados à assistência à saúde.

Alguns autores (WHO, 2007; ASKELAND *et al*, 2009; QUADRADO *et al*, 2012; PERRY *et al*, 2007 *apud* TASE, 2013, p. 198), apontam as falhas na identificação do paciente como uma grande preocupação na prática assistencial, pois são responsáveis por uma “ série de eventos adversos ou erros, envolvendo a administração de medicamentos e hemocomponentes...”

Estudos norte-americanos informam que dos 24.382 erros ocorridos, 2.900 estavam relacionados à identificação dos pacientes, com uma estimativa de gasto superior a USD 13 milhões para reparar estes erros, nos Estados Unidos (NÉRI, 2006; MAYOR, 2007 *apud* HOFFMEISTER, 2015).

Além dos prejuízos já apontados, destaca-se também a possível repercussão negativa associada ao nome da instituição na ocorrência de um dano ao paciente, principalmente quando este está relacionado à assistência à saúde. Isto, sem dúvida, cria uma fragilidade

institucional, além do questionamento, por terceiros, da competência técnica de todos os profissionais.

Este protocolo se aplica apenas em pacientes psiquiátricos em quadro agudo. Portanto, será utilizado principalmente na emergência, mas também, eventualmente, nas enfermarias em caso de agudização de algum paciente.

Para a implementação deste protocolo será necessária a aquisição de uma pulseira que tenha espaço suficiente para a inserção de uma foto no tamanho 2cm largura por 2 cm de comprimento, confeccionada em material impermeável e maleável o suficiente para o conforto do paciente.

Partindo-se do princípio que toda unidade de saúde é obrigada por lei a possuir um sistema de identificação com a utilização de uma pulseira, conforme orientação do Ministério da Saúde, a única adequação para a introdução deste produto seria a necessidade no aumento da largura da pulseira com o intuito de inserir a foto do paciente no tamanho adequado.

Existe um modelo de impressora no mercado que possui um modo de impressão térmica, sem a utilização de tinta. Esta imprime textos e códigos diretamente na pulseira. Possui a opção de impressão até a largura aproximada de cinco centímetros.

Apesar de algumas marcas destas impressoras possuírem a opção de impressão de foto, este recurso não seria utilizado a princípio. Pois se trata de uma imagem preta e branca, que poderia comprometer a nitidez no caso, por exemplo, de um paciente negro. E isto iria de encontro à proposta inicial da foto colorida, a qual tem como objetivo facilitar o processo de identificação.

O preço médio da impressora acima descrita é de aproximadamente R\$3.000,00 (três mil reais)⁴ e um cartucho com duzentas pulseiras tem um valor estimado de R\$117,00 (cento e dezessete reais)⁵. Sem dúvida estes valores seriam reconsiderados para menos quando uma unidade de saúde faz a cotação de preços com a proposta de aquisição de grandes quantidades do produto.

A foto poderia ser resolvida adquirida por meio de um programa computadorizado com o auxílio de uma impressora colorida, para a produção de uma foto com as características já descritas. Esta seria impressa em papel impermeável e autoadesivo. E após, seria fixada no canto esquerdo da pulseira. Além disto, seria necessária uma câmera fotográfica (média de custo: R\$500,00 – quinhentos reais)⁶.

O total de despesas, considerando a identificação de duzentos pacientes seria R\$3.617,00 (três mil e setecentos reais), ressaltando-se aqui que, posteriormente, a identificação dos próximos pacientes estaria em torno de R\$1,00 (um real).

Contudo, caso a instituição não disponha de recursos para a adesão desta nova ideia em sua totalidade, seria necessário, apenas a foto do paciente, para fixação da mesma na pulseira já preconizada pelo Ministério da Saúde.

⁴ Referência de preço: 3Ltec: <http://www.3ltec.com.br/impressora-de-pulseiras/impressora-de-pulseiras-hc100-300-dpi-zebra>

⁵ Referência de preço: 3Ltec: <http://www.3ltec.com.br/impressora-de-pulseiras/rolo-de-pulseiras-de-identificacao-hospitalar-adulto-200-unidades>

⁶ Referência de preço: https://www.americanas.com.br/produto/119609083/camera-digital-sony-w800-20-1mp-5x-zoom-optico-foto-panoramica-videos-hd-prata?DCSext.recom=RR_item_page.rr1-CategorySiloedViewCP&nm_origem=rec_item_pa.ge.rr1-CategorySiloedViewCP&nm_ranking_rec=1

Ressalta-se que a confecção da pulseira deverá ser realizada por um profissional administrativo e a inserção da mesma no punho do paciente será realizada pelo enfermeiro responsável pelo setor no qual o paciente foi admitido.

A partir disto, mecanismos de monitoramento devem ser inseridos na instituição para verificar o real cumprimento deste protocolo. Desta forma, devem ser implementados, pelo menos, os seguintes indicadores: número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente e proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

Em anexo, será entregue o protocolo apresentado e o protótipo da pulseira fotográfica, ferramenta contida, e indissociável, no protocolo.

ANEXO 2 – INSTRUMENTO ADAPTADO URSI (2005) – FASE 1

| 1. Identificação: | 4. Resultados: |
|---|---|
| Título do artigo Título do Periódico Autores (Nome e Graduação) País Idioma Ano de Publicação | |
| 2. Características Metodológicas do Estudo: | 5. Implicações: |
| Tipo de Publicação PESQUISA: <ul style="list-style-type: none"> • Abordagem quantitativa • Abordagem qualitativa NÃO PESQUISA <ul style="list-style-type: none"> • Revisão de Literatura • Relato de experiência | As conclusões são justificadas com base nos resultados Quais são as recomendações dos autores? |
| 3. Objetivo do Estudo: | 6. Nível de Evidência: |
| | |

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora no Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é criar um protocolo de identificação dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no cenário da assistência em saúde, como medida de segurança e prevenção de incidentes.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para conhecer as possíveis experiências de identificação destes pacientes. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, o processo de identificação deste paciente, utilizado na sua prática profissional será analisado e utilizado como parte do objeto de pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Fazendo parte deste estudo você estará colaborando na identificação de lacunas no processo de identificação destes pacientes e seus possíveis desdobramentos, impulsionando, desta forma, respostas aos problemas encontrados e suas devidas soluções, com grande relevância para os profissionais envolvidos no processo de cuidar e para os próprios pacientes.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá em nenhum momento da pesquisa. Nenhuma publicação partindo desta pesquisa revelará os nomes de quaisquer participantes da mesma. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEH), sendo a aluna Andreia Novais Dias Blanco a pesquisadora principal, sob a orientação da professora Renata Flavia Abreu da Silva. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora Andreia no telefone 99649-6256, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail: cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia via deste consentimento para guardar com você.

() Concordo Assinatura: _____

() Discordo Assinatura: _____

Assinatura (Pesquisador)
Andreia Novais Dias Blanco

ANEXO 4 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - FASE 2

PROFISSIONAIS DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Primeira Etapa

1. Categoria Profissional:
2. Qualificação Profissional:
3. Idade:
4. Sexo:
5. Setor De Trabalho:
 - () gerência de risco
 - () núcleo de segurança
 - () qualidade
 - () outros: _____
6. Tempo de Formação Profissional:
7. Cidade em que Trabalha:

Segunda Etapa

1. Considerando o Protocolo de Identificação do Paciente, do Ministério da Saúde, na instituição em que você trabalha existe algum protocolo, POP, ou qualquer tipo de orientação acerca do correto processo de identificação de pacientes com transtorno mental na fase aguda?
 - () Sim.
Descreva-o: _____.
 - () Não.
2. Em caso negativo, como deveria ser a identificação destes pacientes e suas estratégias para implementação?

_____.
3. O que poderia ser considerado um agente facilitador na identificação destes pacientes?

_____.
4. O que poderia dificultar o processo de identificação destes pacientes?

_____.
5. Na prática assistencial, você já se deparou com a necessidade de identificação destes pacientes? Como foi a sua experiência?

_____.

ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE 3

TÍTULO: Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora no Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é criar um protocolo de identificação dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no cenário da assistência em saúde, como medida de segurança e prevenção de incidentes.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para conhecer as possíveis experiências de identificação destes pacientes. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, o processo de identificação deste paciente, utilizado na sua prática profissional será analisado, discutido e utilizado como parte do objeto de pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Fazendo parte deste estudo você estará colaborando na identificação de lacunas no processo de identificação destes pacientes e seus possíveis desdobramentos, impulsionando, desta forma, respostas aos problemas encontrados e suas devidas soluções, com grande relevância para os profissionais envolvidos no processo do cuidar e para os próprios pacientes.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá em nenhum momento da pesquisa. Nenhuma publicação partindo desta pesquisa revelará os nomes de quaisquer participantes da mesma. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEH), sendo a aluna Andreia Novais Dias Blanco a pesquisadora principal, sob a orientação da professora Renata Flavia Abreu da Silva. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora Andreia no telefone 99649-6256, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail: cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia via deste consentimento para guardar com você.

() Concordo Assinatura: _____

() Discordo Assinatura: _____

Assinatura (Pesquisador)
Andreia Novais Dias Blanco

ANEXO 6 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – FASE 3**PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL****PERFIL DE IDENTIFICAÇÃO:**

1. Categoria Profissional: _____.
2. Qualificação Profissional: _____.
3. Possui Especialização na Área de Saúde Mental? _____.
4. Idade: _____.
5. Sexo: _____.
6. Unidade em que Trabalha: _____.
7. Tempo de Formação Profissional: _____.
8. Tempo de Experiência na Área da Saúde Mental: _____.

ANEXO 7 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – FASE 3**GRUPO FOCAL - PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL**

- 1) Considerando as diretrizes do Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde, quais são as suas práticas atuais para identificação do paciente com transtorno mental na fase aguda?

- 2) Qual é a sua opinião sobre formas alternativas de identificação deste paciente?

- 3) O que você propõe para aumentar a segurança na identificação deste paciente?

- 4) Você já vivenciou ou presenciou algum problema relativo à falha de identificação deste paciente na sua prática assistencial?

ANEXO 8 – PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

2. Justificativa

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2003.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de

utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta⁴. Segundo os autores, cerca de 84% dos pacientes consideravam que o hospital deveria utilizar as pulseiras e 90% afirmaram que concordariam em utilizá-las.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

3. Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

4. Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

4.1. Identificar os pacientes

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice deste Protocolo.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada

preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

4.2. Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

4.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

5. Procedimento operacional

5.1. Identificar o paciente

A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. A pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido, bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

CASOS ESPECIAIS: O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

5.1.1. Definições Institucionais

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação.

Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como:

- edemas,
- amputações,
- presença de dispositivos vasculares,
- entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como:

- nome completo do paciente,
- nome completo da mãe do paciente,
- data de nascimento do paciente
- número de prontuário do paciente.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

O registro dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve:

- Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e

outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e

- Não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital.

Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação.

Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação. A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.

A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na transferência e na alta do paciente.

5.1.2. Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde. O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde.

Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como:

- O local de onde a pessoa foi resgatada e o horário,
- O número de registro do atendimento do serviço de ambulância,
- A descrição física da pessoa.

Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

5.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

5.2.1. A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

- A administração de medicamentos,
- A administração do sangue,
- A administração de hemoderivados,
- A coleta de material para exame,
- A entrega da dieta e;
- A realização de procedimentos invasivos.

5.2.2. O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

5.2.3. A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

5.2.4. A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

5.2.5. Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que

comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2.6. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

5.2.7. A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

5.2.8. PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

5.2.9. SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

5.2.10. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

5.2.11. NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

5.2.12. NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

6. Estratégias de monitoramento e indicadores

6.1. Notificação dos casos de identificação errada de pacientes

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

A implementação das recomendações geradas pelas investigações devem ser monitoradas pelo próprio serviço de saúde.

6.2. Indicadores

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizadas nas instituições para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados.

Deve-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

6.2.1. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.

6.2.2. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

APÊNDICE

ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

I. Cor

- a) A pulseira usada para a identificação do paciente deve ser de cor branca.
- b) Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

II. Tamanho

As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo:

- a) Compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos;
- b) Pequenas o suficiente para serem confortáveis e seguras em recém-nascidos, bebês e crianças.

Os ajustes necessários para a variedade de tamanhos e características de pacientes podem ser conseguidos aumentando o comprimento máximo disponível para a pulseira de identificação.

Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de

incidentes. As extremidades do corte não devem ser afiadas.

Alternativamente, as pulseiras de identificação podem ser feitas em tamanhos variados.

III. Conforto

Os aspectos de conforto relacionados às pulseiras de identificação do paciente incluem:

- Forma – não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas que possam irritar ou friccionar a pele.
- Bordas – o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado. Isso inclui todas as bordas produzidas ao cortar o tamanho da pulseira.
- Fixadores – os fixadores não devem pressionar a pele.
- Material – o material da pulseira de identificação deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alergênico.

IV. Facilidade de uso

As pulseiras de identificação do paciente devem ser:

- a) Fáceis de limpar.
- b) Impermeáveis e resistentes a líquidos (sabão, detergentes, géis, sprays, esfregas, produtos de limpeza a base de álcool, sangue e outros líquidos corporais).
- c) Projetadas de maneira que permitam que os pacientes as lavem.
- d) Fáceis de utilizar por todos os profissionais que possam ter a responsabilidade pela emissão, aplicação e verificação das pulseiras de identificação.

Os seguintes aspectos devem ser considerados para facilitar o uso das pulseiras:

- a) Armazenamento;
- b) Acesso ao local de armazenamento;
- c) Preenchimento dos identificadores do paciente;
- d) Mudança ou atualização de informação;
- e) Leitura e verificação da informação;
- f) Colocação no paciente (incluindo a seleção do tamanho correto ou o ajuste ao comprimento correto);
- g) Fixação;

Remoção.

IMPORTANTE: A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.

V. Registro dos identificadores do paciente

Os serviços de saúde utilizarão diferentes métodos para gerar os identificadores do paciente a serem incluídos na pulseira de identificação. Em alguns casos, podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde; em outros, eles podem ser manuscritos.

Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve ser:

- a) Fácil de ler;
- b) Durável e não se desgastar durante toda a permanência do paciente no serviço de saúde, considerando a sua substituição, sempre que recomendada;

Para que as exigências sejam atendidas:

- a) As etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.
- b) A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.
- c) A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação.
- d) O espaço disponível para a inserção dos dados do paciente deve ser adequado para que os identificadores do paciente sejam registrados de forma clara e inequívoca.
- e) A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as pulseiras de identificação do paciente de uma mesma unidade de saúde a fim de garantir a padronização. Isso facilita a leitura das pulseiras de identificação, evitando erros.
- f) A data de nascimento deve ser registrada no formato curto como DD/MM/AAAA (por exemplo, 07/06/2005).
- g) Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nomes múltiplos e nomes

hifenizados.

- h) Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo ser evitados o itálico, o estilo simulando o manuscrito e os tipos de fonte ornados. Uma fonte comum deve ser utilizada com tamanho mínimo entre 12 e 14 pontos.
- i) No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura.
- j) Para a impressão dos identificadores do paciente, deve ser usada cor que seja claramente legível em circunstâncias de iluminação reduzida (tais como enfermarias durante a noite) e por aqueles com deficiência visual.

ANEXO 9 – QUESTÕES ÉTICAS

AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Com a finalidade do cumprimento de preceitos éticos o projeto será inserido na Plataforma Brasil para apreciação ética da pesquisa pela instituição proponente, conforme preconizado pelo encaminhado ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), com registro da pesquisa no Conselho Nacional de ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa com Seres Humanos, além da Resolução 510, de 7 de Abril de 2016, que trata sobre a ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais.

Segundo a Resolução 466, o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

A Resolução 510 também trata do consentimento livre e esclarecido, e, além disto, reconhece a garantia da confidencialidade das informações e privacidade dos participantes da pesquisa.

Será solicitada, a cada participante da pesquisa, a leitura e o “aceite” do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este será um critério obrigatório entre o pesquisador e os participantes da pesquisa.

O presente estudo apresentará risco mínimo aos participantes envolvidos, entendido como possível constrangimento e, por isso, será concedido o direito a não resposta de qualquer pergunta que lhe trouxer qualquer inconveniência. Os mesmos não terão nenhum benefício direto, entretanto a partir das conclusões apresentadas, terão contribuído com a diminuição do risco relativo à identificação dos pacientes abordados no estudo, melhorando desta forma, a segurança na assistência em saúde.

ANEXO 10 – TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO**TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO**

Eu, **Andreia Novais Dias Blanco**, portadora do **RG nº 11165285-5**, vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO assumo o compromisso com a instituição em realizar a pesquisa sob o título de: **“Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora no Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda”**.

Salientamos que o estudo será utilizado de base e como apoio à pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome da mesma.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente em atendimento às Resoluções 466/2012 e 510/2016 e suas complementares.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Andreia Novais Dias Blanco
Pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro RJ – CEP: 22290-240
Telefones: 21-25427796 E-mail: cep.unrio09@gmail.com

ANEXO 11 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Pesquisador: ANDREIA NOVAIS DIAS BLANCO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96664318.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.854.164

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, apoiada por revisão integrativa, com abordagem qualitativa, utilizando um questionário para elucidar como ocorre a identificação dos pacientes do estudo na prática assistencial. Tendo como principal objetivo: adaptar o protocolo de identificação dos pacientes internados como medida de segurança e prevenção de incidentes aos portadores de transtornos mentais.

De acordo com Souza (2014), ao longo dos últimos anos, o cenário dos sistemas de saúde sofreu importantes transformações. Cada vez mais nos deparamos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos na assistência à saúde, detectando doenças em seu estágio inicial. O número de intervenções, associado à complexidade dos serviços e a incorporação de alta tecnologia, potencializam riscos adicionais na prestação desse cuidado, pois com um maior número de procedimentos realizados, maior será a possibilidade de complicações relacionadas aos mesmos. A partir da década de 2000, a segurança do paciente passa a ser interesse de pesquisadores de todo o mundo. Em 2004, devido à proporção do problema da segurança do paciente, foi lançada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), estabelecida pela Organização

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.854.164

Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de identificar prioridades e instituir regras que aumentassem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde em todos os países (ANVISA, 2013). Isto despertou nos países membros, englobando o Brasil, a responsabilidade de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente (CAPUCHO 2013). Recentemente, em 2013, o Ministério da Saúde, juntamente com a OMS, criou, em 1º de Abril de 2013, o "Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)". Este Programa estabelece protocolos que atendem ao cumprimento das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que são: 1) Identificar corretamente o paciente; 2) Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; 3) Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; 5) Higienizar as mãos para evitar infecções; 6) Reduzir os riscos de quedas e úlceras por pressão. A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.095, de 24 de Setembro de 2013, aprovou três protocolos básicos de segurança do paciente, sendo um deles o Protocolo de Identificação do Paciente, que tem como objetivo principal a redução da ocorrência de incidentes inseridos no contexto da identificação. Esta primeira meta, citada acima, cuja valorização está baseada em evidências analisadas em âmbito global como uma ferramenta importante na prevenção e redução no risco e dano ao usuário, pode ser considerada como a pedra angular da assistência segura ao paciente, pois a partir desta, todas as outras metas poderão ser atingidas, Capucho (2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Adaptar o protocolo de identificação dos pacientes internados como medida de segurança e prevenção de incidentes aos portadores de transtornos mentais.

Objetivo Secundário:

- Identificar na literatura as especificidades necessárias à identificação dos pacientes abordados no estudo;
- Verificar, por meio dos profissionais de saúde que trabalham em setores pertinentes à segurança do paciente, como se dá o processo

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.854,164

de identificação destes pacientes, no seu cotidiano da prática; • Verificar, por meio dos profissionais de saúde que trabalham na saúde mental, como ocorre o processo de identificação destes pacientes, na prática assistencial; • Confeccionar um Protocolo acerca da correta identificação destes pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe um baixo risco de constrangimento, porque os participantes serão questionados sobre o seu conhecimento, na sua realidade, por isso lhes será dada a opção de não responder a alguma pergunta se assim o desejar.

Benefícios:

Benefício direto: aumenta a segurança do paciente com transtorno mental grave. Benefício indireto: produção de conhecimento que poderá ser utilizado por vários profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1193946.pdf | 23/08/2018 22:20:32 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle_fase3.docx | 23/08/2018 22:11:42 | ANDREIA NOVAIS DIAS BLANCO | Aceito |

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.854.164

| | | | | |
|---|--------------------------|------------------------|-------------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle_fase2.docx | 23/08/2018 22:11:08 | ANDREIA NOVAIS DIAS BLANCO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_de_Compromisso.pdf | 07/08/2018 23:09:45 | ANDREIA NOVAIS DIAS BLANCO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Andreia.docx | 07/08/2018 22:27:37 | ANDREIA NOVAIS DIAS BLANCO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 07/08/2018 20:07:36 | ANDREIA NOVAIS DIAS BLANCO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Agosto de 2018

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com