

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

MARTA ZIZIANE DORNELES WACHTER

**ANÁLISE DE FALHAS E EFEITOS DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DA
CRISE PSIQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS**

- Relatório Técnico -

Porto Alegre

2017

MARTA ZIZIANE DORNELES WACHTER

**ANÁLISE DE FALHAS E EFEITOS DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DA
CRISE PSIQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS**

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Gabriela Peretti Wagner.

Coorientadora: Prof. Dra. Karin Viegas

Eixo Temático: Atenção Psicossocial

Linha de pesquisa: Práticas inovadoras e tecnologias de enfermagem na atenção à saúde.

Porto Alegre

2017

Catlogação na Publicação

Wachter, Marta Ziziane Dorneles

Análise de falhas e efeitos do processo de atendimento da crise psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas / Marta Ziziane Dorneles Wachter. -- 2017.

75 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Orientador(a): Gabriela Peretti Wagner ;
coorientador(a): Karin Viegas.

1. Saúde Mental. 2. Avaliação de Processos e Resultados - Cuidados de Saúde . 3. Serviços de Emergência Psiquiátrica. 4. Usuário de Drogas. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Marta Ziziane Dorneles Wachter

**ANÁLISE DE FALHAS E EFEITOS DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DA
CRISE PSIQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS**

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em de de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Gabriela Peretti Wagner (orientadora) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Profa. Dra. Karin Viegas (co-orientadora) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Profa. Dra. Sheila Gonçalves Câmara (Titular) – Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Profa. Dra. Annie Jeanninne Bisso Lacchini (Titular) – Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Profa. Dra. Vânia Celina Dezoti Micheletti (Titular) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Profa. Dra. Alísia Helena Weis (Suplente) – Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

DEDICATÓRIA

A todos os usuários do serviço público de saúde, especialmente aqueles que em sofrimento psíquico, adentram as emergências gerais.

Andreia Damiana da Silva Elias

AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu agradeço a Deus por ter me guiado até aqui e pelo dom da vida.

Ao Hospital Universitário da Ulbra/Mãe de Deus através do CAPS AD III Travessia e Prefeitura Municipal de Canoas por me acolherem e por acreditarem no meu potencial, dedicação e construir significativamente com o meu crescimento intelectual e profissional. Aos diretores e gestores dessas Instituições pelas oportunidades e pelo constante aprendizado, muito obrigada!

Ao meu pai Álvaro Garcia Dorneles (*In memorian*) que em todos os momentos de sua existência nunca deixou de acreditar em mim, me fazendo acreditar que eu conseguiria ir além dos desafios que me eram propostos, de ti pai eu recebi todos os incentivos que me sustentaram até aqui, onde tu estiveres tenha certeza que tu fez toda a diferença na minha vida. Não tenho dúvidas que tu esta muito feliz e orgulhoso pela profissional que me tornei. Eu amo ser Enfermeira... Amo a Saúde Mental. Eu te serei eternamente grata por tudo Pai. Amo-te...

A minha orientadora Gabriela Peretti Wagner, por todo o comprometimento, dedicação, amor em tudo que faz...obrigada por me ensinar a reescrever, por todo cuidado comigo, quando eu mais precisei, quando eu parecia não aguentar mais a “pressão”, foi contigo que derramei algumas lágrimas, que desabei e sabiamente tu me acolheu mesmo eu não sabendo interpretar teu cuidado e preocupação. Que Deus te abençoe muito e mais uma vez obrigada por tudo, te admiro, tens meu respeito e minha eterna gratidão!

A minha co-orientadora Karin Viegas, que mesmo assoberbada de trabalho aceitou o desafio de estar junto a mim e a Gabriela nessa etapa, obrigada pelos ensinamentos, não foi fácil, mas graças a tua disponibilidade em nos mostrar outros métodos esse trabalho rendeu frutos. Muito obrigada!

Aos meus colegas da 1ª turma de Mestrado Profissional da UFCSPA, em especial as colegas Mitieli, Sue Helen, Tatiane e Taís. Obrigada pela ajuda quando eu tive todas as dificuldades inimagináveis, vocês tiveram muita paciência e empatia comigo. Minha eterna gratidão!

A UFCSPA e a Capes por ter me oportunizado a vaga de Mestranda Profissional em Enfermagem.

Aos professores que passaram pela minha vida desde o ensino fundamental, médio, especialização e neste momento do Stricto Senso, vocês certamente são responsáveis pelo que me tornei hoje.

A UFCSPA pelo crescimento e ambiente proporcionado durante as aulas, seminários e eventos. À Coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem pelo constante incentivo e profissionalismo no apoio e decisões.

Aos usuários dos serviços de saúde, a Rede de Apoio Psicossocial de Canoas.

Enfim, a todos os que contribuíram para a execução deste trabalho, direta ou indiretamente, e que não foram citados nominalmente. Muito Obrigada!

RESUMO

A análise dos modos de falhas e efeitos ou *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) é um método que vem sendo utilizado na área da enfermagem e é uma das melhores abordagens disponíveis atualmente com relação à avaliação e qualidade dos serviços de instituições hospitalares, a fim de identificar falhas nos processos de trabalho em saúde na assistência aos usuários. O objetivo deste estudo foi avaliar as falhas dos processos de atendimento da Crise Psiquiátrica (CP) em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD III, na região metropolitana de Porto Alegre/RS e propor melhorias dos mesmos, através da utilização da metodologia FMEA. Com o propósito de atingir esse objetivo formou-se um Grupo de Avaliação (GT) e com 10 encontros semanais, para revisão e redefinição do fluxograma de atendimento a CP no CAPS AD III. Foram verificadas ao todo nove falhas nas etapas e a partir delas, foram levantadas 14 possíveis causas para sua ocorrência, bem como 11 efeitos potenciais das falhas sobre a assistência dos usuários. Após esse levantamento o GT classificou o índice de risco, conforme a gravidade, ocorrência e detecção de falha, para cada efeito elencado, foram levantadas ações passíveis de implementação com vistas a redução do risco assistencial representados por falhas no processo de atendimento a CP. Assim, esse estudo contribuiu para redução do risco assistencial aos usuários e conseqüentemente reduzir as demais falhas existentes no processo de trabalho.

Descritores: Saúde Mental. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde). Serviços de Emergência Psiquiátrica. Usuários de Drogas.

ABSTRACT

The Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) is a method that has been adopted in the nursing area, being one of the best approaches currently available with respect to the assessment and quality of the services provided by medical-care institutions, aiming to identify failures in the health work processes regarding the assistance to the users. The purpose of this study was to assess the failures in the Psychiatric Crisis (PC) care processes in a Center for Psycho-Social Support on Alcohol and Drugs – CAPS AD III, in the metropolitan region of Porto Alegre/RS, besides proposing improvements to these processes, through the use of the FMEA methodology. In order to achieve this goal, an Assessment Group (TG) was formed to review and redefine the flowchart for PC care in the CAPS AD III. In total, nine failures have been verified in the stages. From these failures, fourteen possible causes for their occurrence have been raised, as well as eleven potential effects of the failures upon the users assistance. After this survey, the TG classified the risk index, according to the severity, occurrence and detection of failure. For each effect listed, actions likely to be implemented have been raised, aiming to reduce the assistance risk represented by failures in the PC care process. Therefore, this study has contributed to reduce the assistance risk to the users and, consequently, to reduce the other failures existing in the work process.

Descriptors: Mental Health. Assessment of Processes and Results (Health Care). Psychiatric Emergency Services. Drug Users.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Escala de Gravidade dos Efeitos Potenciais das Falhas.....	31
Quadro 2 - Probabilidade de Ocorrência das Inconformidades	32
Quadro 3 - Probabilidade de Detecção da Falha	32
Quadro 4 - Índice de Risco da Inconformidade	33
Quadro 5 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa de “Necessidade de avaliação clínica, estável psicologicamente”, 2017.....	36
Quadro 6 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa de “Encaminhar para UPA Guajuviras com contato prévio do CAPS”, 2017.....	40
Quadro 7 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa “Estabilizado, encaminhar ao CAPS com contato prévio e referência, contendo informações para o prosseguimento do cuidado”, 2017.....	41
Quadro 8 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa “Manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental)”, 2017.....	42
Quadro 9 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa “Encaminhar para o HNSG, com contato prévio do CAPS”, 2017.....	45
Quadro 10 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa “Indicação de Internação no HU, discutir conjuntamente (CAPS e HNSG), o HNSG providenciará a transferência”, 2017.....	47
Quadro 11 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa “Não manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental) para estabilização”, 2017.....	48
Quadro 12 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa “Acionar SAMU e acompanhar ao hospital”, 2017.....	49
Quadro 13 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica na etapa “Estabilizado, encaminhar para o CAPS de referência, com contato prévio. Nos finais de semana (sábados, domingos e feriados) e finais de tarde, manter o paciente no HNSG, encaminhado na segunda-feira (ou próximo dia útil) para o CAPS”, 2017.....	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da cidade de Canoas.....	24
Figura 2 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Travessia	25
Figura 3 - Fluxograma de atendimento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – Unidade de Pronto Atendimento Guajuviras e Hospital Nossa Senhora das Graças	30
Figura 4 - Fluxograma revisado do processo de atendimento a crise psiquiátrica do CAPS AD III – UPA Guajuviras e HNSG.....	52

LISTA DE SIGLAS

AGHOS	Administração Geral dos Hospitais
AD	Acolhimento Diurno
AMP	Agitação Psicomotora
AN	Acolhimento Noturno
BM	Brigada Militar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CP	Crise Psiquiátrica
DPSM	Diretoria de Políticas de Saúde Mental
CR	Consultório na Rua
D	Possibilidade de Detecção
DPASM	Diretoria de Políticas de Saúde Mental
GAMP	Grupo de Apoio a Medicina Preventiva
FMEA	<i>Failure Mode and Effects Analysis</i> e Análise de Modos de Falhas e Efeitos
G	Gravidade
GM	Guarda Municipal
GT	Grupo de Trabalho
NA	Narcóticos Anônimos
HN	Hospitalidade Noturna
HPSC	Hospital de Pronto Socorro de Canoas
HNSG	Hospital Nossa Senhora das Graças
HU	Hospital Universitário da Ulbra
I	Índice de Risco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISMP	<i>Institute for Safety Medication Practices</i>
MASP	Método de Análise e Solução de Problemas
MS	Ministério da Saúde

O	Probabilidade de Ocorrência
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Participante
PMC	Prefeitura Municipal de Canoas
PNSM	Políticas Nacionais de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
R	Índice de Risco
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIS-UFGRS	Residência Integrada em Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
RP	Reforma Psiquiátrica
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SM	Saúde Mental
SMSC	Secretaria Municipal de Saúde de Canoas
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	15
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 MÉTODO	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	24
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
3.3.1 Critérios de Inclusão	27
3.3.2 Critérios de Exclusão	28
3.4 COLETA DE DADOS	28
3.4.1 O método FMEA	28
3.5 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	30
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	34
4 CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO	36
4.1 ANÁLISES DAS ETAPAS DO PROCESSO DE CRISE PSIQUIÁTRICA	36
4.2 REDESENHANDO O PROCESSO DE ATENDIMENTO DA CRISE PSIQUIÁTRICA.....	52
5 APLICABILIDADE DO PRODUTO.....	59
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A – ANÁLISE DOS MODOS DE FALHAS E EFEITOS NO PROCESSO DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A CRISE PSIQUIÁTRICA	66
APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA PARA A DIREÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE CANOAS – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	67
APÊNDICE C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	68
APÊNDICE D – CARTA PARA A COORDENAÇÃO DO CAPS AD TRAVESSIA.....	72
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

Com a aprovação da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental¹, alinhou-se as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (RP), redirecionando a assistência em Saúde Mental (SM), culminando com as Políticas Nacionais de Saúde Mental (PNSM) e impondo um novo ritmo de mudanças na assistência psiquiátrica.² A RP formalizada por essa lei inicia a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, o qual não prioriza mais a hospitalização como única forma de tratamento. O cuidado ao paciente com sofrimento psíquico e usuário de drogas deve ser visto dentro de uma rede integrada de atenção, que vai desde a assistência primária até o atendimento mais especializado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).²

Os CAPS são dispositivos chamados de serviços substitutivos, conforme a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012³ e são regulamentados pela Portaria GM/MS 336/02, a qual estabelece três modalidades de serviços de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III. Além deles, também estão regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), responsáveis pelo cuidado a indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, e os CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), para o público infanto-juvenil. Segundo a portaria, tais serviços devem ser destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes.⁴

Os CAPS, então, surgem como modelo substituir a internação psiquiátrica, buscando estratégias e propostas de construção de uma rede de cuidados, utilizando os diferentes recursos disponíveis, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno⁵. Portanto, considera-se essencial ao cotidiano dos serviços de SM aos usuários de álcool e outras drogas a ideia de que o cuidado seja produzido para além das fronteiras do serviço e se articular em rede. No entanto, é necessário olhar para o que está no território e para as práticas desenvolvidas pelas equipes.⁵

Diante da luta pela superação do modo manicomial, pela RP, instituiu-se, através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁶ Desse modo, esta rede irá funcionar numa lógica autenticamente oposta ao modo manicomial, configurando as ações em saúde mental como práticas de atenção psicossocial.⁷

Um aspecto importante para a concretização da função de substitutividade dos serviços se refere ao modo como as equipes operam nos componentes da RAPS. A qualificação das práticas e dos serviços é um elemento imprescindível à sustentabilidade da RP. Nesse sentido, a atenção à crise se revela como um eixo estratégico do cuidado da RAPS, uma vez que sua viabilização, fora do circuito das internações nos hospitais psiquiátricos, garante a permanência dos usuários em seus contextos familiares e sociocomunitários, possibilitando a territorialização do cuidado e interrompendo o circuito de internações, segregações e cronificações. Desse modo operada, a atenção à crise garante a função substitutiva dos serviços e ações na RAPS.⁶

Na PNSM, o CAPS é um serviço estratégico, funcionando como compositor e (re)organizador da rede de saúde mental do território de sua abrangência e como articulador de outros recursos sócio comunitários, através de parcerias intersetoriais.⁸ Ademais, como componente especializado de referência no cuidado de pessoas em intenso sofrimento psíquico e em dificuldades para o exercício integral de suas vidas, cabe-lhe o cuidado do acompanhamento à crise. Na RAPS, esse serviço é uma referência de hospedagem à crise, a partir do modelo de atenção e suporte psicossocial dirigido ao reposicionamento subjetivo do sujeito e, como indica o Ministério da Saúde (MS)⁸ à reintegração dos usuários em seus territórios familiares, sociais, afetivos, ou seja, nos espaços de contratualidade e cidadania.

Os CAPS AD passaram a ser considerados a principal estratégia de tratamento ao usuário com problemas decorrentes do consumo de Substâncias Psicoativas (SPA).^{4, 9} Esse tipo de serviço oferece atendimento diário a pacientes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva humanizada.¹⁰ As atividades desenvolvidas nesses serviços vão desde o atendimento individual até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.¹¹ No país, existem credenciados 272 CAPS AD, sendo que no Estado do Rio Grande do Sul, estão disponíveis 26 CAPS AD, mantendo a segunda melhor posição em relação aos outros Estados da Federação, perdendo apenas para São Paulo, com 67 serviços credenciados.¹²

Para o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), é considerada Substância Psicoativa (droga) qualquer substância que, utilizada por qualquer via de administração, altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento cerebral, podendo ser legalmente usadas, prescritas ou ilícitas (ilegais). No entanto, na prática de atenção aos usuários, não existe uma fronteira nítida entre o uso de drogas, o abuso de substâncias psicoativas (SPA) ou mesmo a dependência severa, pois tudo isto se desenvolve em

indivíduos singulares. A condição clínica resulta da interação da substância com a vulnerabilidade fisiológica e social de cada um.¹³

Sabe-se que a dependência química é um grave problema de saúde pública. O uso abusivo de SPA pode vir a resultar em transtornos mentais codificados como F 19 da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID 10)¹⁴. Na atualidade, esse grupo de transtornos é um dos que mais incapacita, tendo uma etiologia multifatorial que envolve transformações nas áreas afetivas, sociais e psicológicas, que levam ao desencadeamento de uma crise psiquiátrica. As urgências e emergências psiquiátricas podem abranger agitação psicomotora, síndromes de abstinência por uso de SPA, psicoses, tentativa de suicídio, depressões e síndromes cerebrais orgânicas.¹⁵

É importante destacar que, em termos de frequência de utilização de SPA, o álcool e o *crack* são as substâncias que mais têm sido utilizadas pelos usuários que buscam atendimento nos CAPS AD em geral. Consequentemente, a utilização destas substâncias pode estar relacionada à ocorrência de Crise Psiquiátrica (CP) quando ocorre uso abusivo e/ou em situações de abstinência¹⁶. Observa-se que o uso destas substâncias aumentou nos últimos anos e tem relação com a violência. Dois levantamentos domiciliares em 2001 e 2005 mostraram que o consumo de *crack* quase dobrou. Os dados divulgam índices crescentes do consumo da SPA por região do país. Comparativamente, de 2001 para o levantamento de 2005, a região sul aumentou de 0,5% para 1,1% para uso na vida.¹³

O uso e abuso de SPA, enquanto problema de saúde pública, afeta toda a sociedade e vem alcançando proporções cada vez mais alarmantes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as drogas ilícitas respondem por 0,8% dos problemas de saúde em todo o mundo, enquanto o cigarro e o álcool, juntos, são responsáveis por 8,1% desses problemas.¹⁷

O desafio de cuidar de usuários de álcool e de outras drogas enseja um debate no qual é importante considerar a qualidade e o compromisso não somente do setor da saúde, mas de outras esferas da sociedade¹⁹. É dizer que o assunto não se esgota apenas na realidade e na oferta dos serviços de saúde, pois extrapola para o campo das políticas de saúde e de segurança pública, para a necessidade de articulação com os recursos da comunidade e, principalmente, considerar os desejos e vontades do usuário.¹⁸

Diante disso, e de todas as políticas voltadas aos direitos dos usuários e com os desafios impostos pelas transformações recentes na assistência psiquiátrica recaem sobre sujeitos em sofrimento psíquico, profissionais de saúde, serviços de saúde e, a responsabilidade pelo cuidado, também, nesse caso, entende-se como o espaço singular de trocas e novas contribuições, fazendo

de suas atribuições à assistência em saúde e, mais especificamente, do atendimento à CP na área da saúde mental e atenção psicossocial e suas intervenções. No entanto, existem poucos estudos no Brasil sobre a intervenção de enfermagem na CP por uso de SPA, o que dificulta uma abordagem assistencial.²⁰

Num conceito mais amplo, a CP pode ser definida como uma atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão. Pacientes agitados e/ou agressivos costumam apresentar baixa capacidade de insight com relação à sua morbidade e juízo crítico da realidade prejudicado. Portanto, esses pacientes podem ter dificuldades em reconhecer que estão doentes e, conseqüentemente, podem não reconhecer a necessidade de ajuda externa.²¹

Alguns autores^{9,17,22} conceituam a crise psiquiátrica como a dificuldade do paciente em resolver um problema, provocando o aumento da ansiedade. É considerado um momento crítico, que ocasiona, diversas vezes, um desequilíbrio emocional, podendo haver ameaça biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Pode compreender, dentre esses fatores, a abstinência pela falta de ou maior quantidade de SPA, raiva, risco de auto e heteroagressão, risco de suicídio, surto psicótico.

Já no paradigma psicossocial, a atenção valoriza a subjetividade, o saber e o sentir da pessoa, com vistas a compreender o que está acontecendo com ela. Se a equipe de atendimento tem clareza do contexto social e individual do usuário, ela tem mais chances de promover a intervenção adequada. É importante que os profissionais de enfermagem reconheçam o motivo pelo qual o usuário não está fazendo o uso correto da medicação e, a partir daí, elabore-se o Projeto Terapêutico Individual (PTS), para que esse usuário volte a fazer uso correto da medicação, e com esta atitude, evitar novas crises e poder saber onde está a falha no processo de assistência ao paciente.²³

Infelizmente, nem sempre os profissionais têm condições de promover as intervenções adequadas aos usuários. Exemplos de dificuldades incluem equipes insuficientes, falta de competências teóricas e técnicas para intervir nas CPs, dificuldades de manejo dos pacientes, carência de materiais necessários para intervenção nas CPs, entre outros. Desta forma, uma série de falhas pode ocorrer na atenção ao usuário de SPAs em CAPS AD III, comprometendo o seu tratamento.

Para a detecção dessas possíveis falhas existe uma ferramenta utilizada para a análise processos de trabalho que é o *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA). É um método qualitativo de análise que se traduz para o português brasileiro como Análise dos Modos de Falha e seus Efeitos²⁴. A FMEA teve sua origem nos Estados Unidos em 1949, como um padrão para as operações militares – *Procedures for Perming a Mode, Effects and Criticality*

Analysis (Military Procedure MIL-L1629) e permite identificar possíveis falhas na execução dos processos de trabalho.²⁵ A FMEA oferece três funções distintas: (a) ferramenta para a determinação de prognóstico de problemas; (b) procedimento para o desenvolvimento e execução de projetos, processos ou serviços; e (c) diário do projeto, processo ou serviço.²⁶

Existem quatro tipos específicos da FMEA²⁷:

- a) FMEA de produto – utilizado para avaliar deficiências no projeto de desenvolvimento de um produto, antes que o mesmo comece a ser produzido.
- b) FMEA de sistema – indicado para a identificação de falhas nos sistemas e subsistemas antes do desenvolvimento de um projeto.
- c) FMEA de processo – focado em modos de falhas causados por deficiências nos processos de fabricação e montagem.
- d) FMEA de serviço – utilizado para identificação dos modos de falha de processos e sistemas antes que o mesmo chegue ao consumidor.

Esse método é mais conhecido na área da engenharia e aos poucos vem mostrando um aliado na discussão sobre as causas e efeitos das falhas na área da enfermagem. Um estudo^{28, 29} realizado em um hospital geral utilizando o método FMEA trás como objetivo a temática de identificação dos pacientes através de pulseiras em serviços de saúde e os resultados apontam para a redução do número de erros de checagem de medicação bem como o aumento do número de pacientes com identificação de alergia a medicação.

Outro estudo desenvolvido por enfermeiros teve como objetivo analisar os riscos potenciais do processo de administração de medicamentos anti-infecciosos, por via intravenosa, de uma unidade de clínica médica, utilizando o método de análise do modo e efeito da falha. O estudo identificou riscos potenciais para os pacientes e recomendou ações proativas, de rápida aplicação e baixo custo, avaliadas positivamente na redução do risco de ocorrência de incidentes evitáveis, aumentando a confiabilidade e segurança do processo de administração de medicamentos. Estudos como este comprovam que, com a aplicação de um método de análise de risco, os enfermeiros podem auxiliar efetivamente a prevenção de incidentes na medicação.³⁰

A falta de preparo dos profissionais da saúde diante o atendimento em crise pode ser um elemento propulsor de ações violentas, com abordagem repressiva sem fins terapêuticos, tais como solicitação de força policial sem necessidade e o abuso da contenção física ou química.²⁹

Existem diversos fatores que podem precipitar as CPs. Entre eles, é possível citar:

- a) o usuário estar em abstinência das drogas;

b) falta de dispositivos de referência e de contrarreferência dos casos, incluindo falhas de pactuação;

c) abandono da medicação por parte do usuário;

d) falta de segurança no manejo da crise por parte da equipe de atendimento; e

e) falta de capacitação e/ou treinamento para manejar o paciente em crise, entre outros.

Acredita-se que a FMEA possa auxiliar na correção de falhas nos fluxos de atendimento em saúde. Na enfermagem, a FMEA também tem sido utilizado e indicado pelo *Institute for Safety Medication Practices* (ISMP), organização americana, sem fins lucrativos, que desenvolve atividades voltadas para a prevenção de erro de medicação e para o uso seguro de medicamentos.³⁰

Na assistência à saúde, em organizações de prestação de serviços, a FMEA tem como meta reduzir a possibilidade de eventos adversos e de danos para os pacientes no futuro. Isso pode ocorrer por meio da identificação de condições de risco, da determinação dos efeitos que poderão advir na ocorrência de erro, assim como das sugestões de medidas corretivas e melhorias necessárias para prevenir e eliminar falhas, aumentando a probabilidade de que processo se desenvolva de maneira satisfatória, melhorando a sua confiabilidade, segurança e qualidade.³²

As etapas compreendem:

a) a identificação do processo com possibilidades de falhas que tenha impacto na segurança do paciente;

b) a formação da equipe que procederá a análise entre as pessoas envolvidas no processo;

c) a coleta e organização das informações sobre o processo em estudo;

d) a análise dos riscos; e

e) o desenvolvimento e implementação de ações de melhoria e medidas-chave para o seu monitoramento. Em todas essas etapas há recomendações quanto a sua execução, a fim de garantir sucesso no uso do método e a efetividade dos resultados a serem obtidos.³³

A utilização de métodos de análise e avaliação de risco auxilia na promoção da qualidade dos processos, ao fornecer conhecimento detalhado dos problemas existentes que são potenciais causadores de eventos adversos e possibilita a introdução de medidas de melhoria que previnam e minimizem os riscos. Esta ferramenta é uma excelente metodologia para a detecção de modo de falhas conhecidas ou potenciais, em produtos ou processos, permitindo que ações sejam planejadas antes que esses cheguem ao cliente final.²⁸

Os problemas relacionados ao seu emprego passam por limitações da própria ferramenta, como ocorre em processos complexos nos quais há a associação de riscos múltiplos e remotos. Exemplos de problemas incluem o contexto em que é empregada, por exemplo, se é de uma demanda esporádica ou dentro de um programa de melhoria da qualidade, bem como sua aplicação em si mesma. Como o método se apoia no trabalho da equipe, aspectos como envolvimento e conhecimento do processo em estudo, interesse e treinamento na análise de risco e em outras ferramentas subsidiárias, têm maior relevo.³⁴

A FMEA é um método que vem sendo utilizado e é uma das melhores abordagens disponíveis atualmente com relação à avaliação e qualidade dos serviços de instituições hospitalares, de acordo com a *The Joint Commission*, a fim de identificar falhas nos processos de trabalho em saúde.³³ O método consiste basicamente na análise de um processo do início ao fim por parte de um grupo de especialistas, de modo a identificar as mudanças necessárias para eliminar riscos ou mitigar as consequências de falhas eventuais. Envolve algumas etapas que variam em número conforme a descrição e, embora seja de fácil compreensão e não necessite de grande treinamento da equipe que o põe em prática, exige uma boa coordenação e consome precioso tempo de pessoas fora de suas atividades habituais.³⁵

Dentre os métodos que propõe de análise de solução de problemas na área da enfermagem, podemos citar o Método de Análise e Solução de Problemas (MASP). O MASP apresenta-se como uma maneira de racionalizar o trabalho, bem como uma maneira de conhecer, de maneira progressiva e fundamentada, os fatos e ideias que possam dificultar a prática assistencial. No desenvolvimento do MASP seguimos as seguintes etapas³⁶:

- a) identificação do problema;
- b) coleta e análise de dados;
- c) soluções alternativas e
- d) implementação e avaliação.

A utilização da FMEA na área da saúde está em crescente interesse dos gestores hospitalares e instituições acreditadoras de saúde, nacionais e internacionais, em trabalhar a ocorrência de eventos adversos de forma preventiva, ou seja, antes que os mesmos aconteçam e tenham um impacto direto sobre a assistência do paciente.³⁴ Como enfermeira assistencial de um serviço de SM sob a gestão de um hospital privado e filantrópico da cidade de Canoas, participo de diversas etapas do processo de trabalho da instituição, dividindo a responsabilidade pelas demandas trazidas pelos usuários e pelo serviço de saúde, quando ocorrem falhas em qualquer fase deste processo. Como profissional que atua diretamente na assistência, presenciei situações em se fez necessário fazer uso de medicação injetável

prescrita para “contenção química” durante a CP, com o intuito de minimizar riscos de auto e heteroagressão aos demais usuários e à equipe e em muitos casos, não havia medicação prescrita, por estar em falta na instituição ou ainda porque a medicação via oral não teve o efeito desejado. Tais situações fizeram com que se acionassem os demais serviços da RAPS: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que somente se desloca nestes casos acompanhado da Brigada Militar (BM).

Assim, cada etapa do processo do fluxograma existente na Rede de Saúde Mental de Canoas será revisada pelos profissionais envolvidos e que executam o processo de referência e contra referência nele existente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as falhas dos processos de atendimento de crises psiquiátricas em um CAPS AD III e propor melhorias dos mesmos, através da utilização do método de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Revisar o fluxo do processo de atendimento a crise psiquiátrica utilizado na instituição.
- b) Identificar as falhas em cada etapa do processo de atendimento.
- c) Classificar o risco de ocorrência, gravidade e detecção de cada efeito das falhas no processo de atendimento.
- d) Propor ações corretivas para os efeitos das falhas identificadas como médio e de alto risco.

3 MÉTODO

O modelo de referência proposto de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA) serviu de suporte metodológico para a construção deste trabalho.²⁵ Desta maneira, ações poderão ser definidas para a correção das falhas potenciais no processo de atendimento das crises psiquiátricas no CAPS AD III. Este método está descrito detalhadamente no item 3.4 deste projeto.

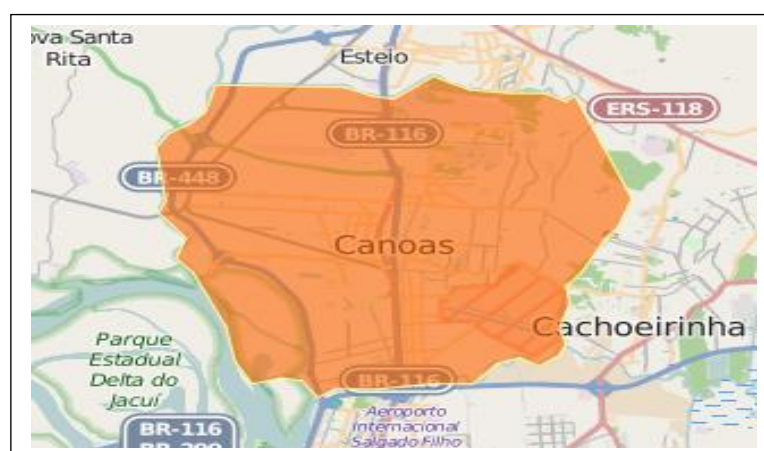
3.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo do tipo intervenção. Segundo Polit e Beck³⁷, o estudo de intervenção envolve o entendimento profundo da situação e dos indivíduos para os quais a pesquisa está sendo desenvolvida, onde uma equipe multiprofissional realizará um planejamento minucioso e cooperativo no desenvolvimento de uma investigação, diagnóstico e intervenção para o problema identificado.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

A cidade de Canoas é o município mais populoso da região metropolitana de Porto Alegre, com 323.827 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), numa área de 131,096 km, instalado em 15 de fevereiro de 1940 (Figura 1).³⁸

Figura 1 - Mapa da cidade de Canoas, região metropolitana de Porto Alegre – RS.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012).

O campo escolhido para a realização desse estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) III Travessia (Figura 2), sob a gestão do Grupo de Apoio a Medicina Preventiva (GAMP), situado no município de Canoas, Rio Grande do Sul.

Figura 2 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Travessia, Canoas – RS.



Fonte: arquivo pessoal (2016).

Essa instituição conta com 10 leitos adultos para acolhimento noturno, possui oito leitos masculinos e dois femininos, dois consultórios, duas salas de estar dos pacientes, uma sala da equipe, uma recepção e oficina, quatro banheiros e espaço de ambiência. Este CAPS AD atende pacientes de baixa, média e alta complexidade, relacionados ao uso de SPA. O serviço trabalha dentro da perspectiva do serviço aberto aos usuários e familiares, orientado pelas premissas da PNSM e da RP, com funcionamento 24 horas por dia, sete dias na semana. Os CAPS oferecerem acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações.³

¹ A PNH define ambiência como tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva. Em interface com os demais dispositivos da PNH, esse conceito envolve questões relativas a conforto, privacidade, acolhimento, integração, espaços de “estar”, assim como espaços que propiciem processo reflexivo, inclusão e participação.³⁴

¹ Constitui um serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de

álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.³

Atualmente, o número de pacientes atendidos diariamente é de 50 pessoas e, mensalmente, é de aproximadamente 1.100 pessoas. Os atendimentos que contemplam o Projeto Terapêutico Singular acontecem dentro das modalidades intensiva, semi-intensiva, não intensiva e Acolhimento Diurno (AD), o que pode variar de acordo com a especificidade de cada usuário.³ Uma das principais características deste serviço é que a maior parte dos pacientes são pessoas em situação de vulnerabilidade social. Este serviço conta com atividades de acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupos (usuários e de familiares), oficinas terapêuticas, atividades no território, consultas médicas e renovação de receitas, reuniões de equipe, visitas domiciliares e visitas domiciliares judiciais, ações em conjunto com a atenção básica, matriciamento, ações de educação em saúde, bem como desenvolvimento de PTS.

O CAPS AD é composto por uma equipe de dois médicos (um psiquiatra e um clínico geral), cinco enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, um educador físico, um educador social, dois psicólogos, um assistente social, dois oficinairos, um terapeuta ocupacional, dois auxiliares administrativos e um guarda de patrimônio. Também compõem a equipe, na modalidade de Residência Integrada em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RIS-UFRGS), um enfermeiro, um assistente social, um educador físico e dois psicólogos.

O CAPS AD conta com a rede de saúde com três hospitais gerais, sendo eles: o Hospital de Pronto Socorro de Canoas (HPSC), Hospital Universitário da Ulbra, ambos administrados pelo (GAMP) e Prefeitura Municipal de Canoas (PMC), e o Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG) de Canoas, que atende ao SUS e convênios. Além dos três hospitais gerais, fazem parte da rede cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), duas delas com funcionamento 24 horas (Guajuviras e a UPA Rio Branco), duas que funcionam das 07:00 às 23:00 horas e uma UPA especializada na saúde do idoso, das 07:00 às 23:00 horas. Além das UPAs, há também na rede vinte e sete Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Atendimento Especializado (SAE) de Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Tisiologia (Tuberculose), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Consultório na Rua (CR).

A PMC, através da Diretoria de Políticas de Saúde Mental (DPSM), é responsável pelo gerenciamento dos CAPS. Existem no município dois CAPS AD III, Amanhecer e Travessia (álcool e drogas), um CAPS III, Recanto dos Girassóis (transtornos mentais) e um CAPS II, Novos Tempos, para atendimento de transtorno mental, e dois CAPSi, Arco Iris e

Cataventos, para atendimento infantil. A média mensal de atendimentos na rede de saúde mental é de quatro mil pessoas com problemas relacionados à dependência química, destacando-se problemas relacionados ao álcool e ao crack, e transtornos mentais. O número de leitos disponíveis na rede de SM é de 30, sendo referência o Hospital Universitário (HU) de Canoas, para desintoxicação e sofrimento psíquico.

O período de internação é de 21 dias e a liberação do paciente fica a critério do médico psiquiatra. O fluxo para internação psiquiátrica é o HNSG, através do sistema de Administração Geral dos Hospitais (AGHOS), de onde acontece a liberação de leito psiquiátrico por um médico regulador via Secretaria Municipal de Saúde de Canoas (SMSC). O CAPS AD III atende usuários com famílias geralmente pouco estruturadas, pessoas em vulnerabilidade social (incluindo moradores de rua) e algumas demandas judiciais. Destes, alguns apresentam problemas com o Poder Judiciário, estando em liberdade condicional ou passaram, em alguma etapa de sua vida, pelo sistema prisional, e estão em busca de reinserção social.

Nas comunidades terapêuticas, há 20 vagas para o público masculino e cinco para o feminino. O encaminhamento para a indicação do tratamento na comunidade terapêutica, se necessário, é realizada pelo CAPS AD III. Outras instituições conveniadas da Prefeitura que realizam este tipo de atendimento são a Usina da Saúde (usuárias do sexo feminino), o Desafio Jovem Reviver (usuários do sexo masculino) e a Imaculada da Conceição (usuários do sexo masculino).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi constituída por dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um psicólogo, um oficinairo, um assistente social, um psiquiatra, um educador físico e um técnico administrativo, intencionalmente selecionados, pois atuam diretamente na CP e se encaixam nos conforme os critérios de seleção abaixo. Estes profissionais constituem parte da equipe interdisciplinar deste CAPS AD III. Ao todo foram selecionadas 10 pessoas, pois de acordo com a metodologia, este é o número ideal para criar o GT e dar seguimento nas etapas de avaliação.

3.3.1 Critérios de Inclusão

- a) maior de 18 anos;

- b) estar lotado no serviço há mais de seis meses.

3.3.2 Critérios de Exclusão

- a) estar participando de processo seletivo interno;
- b) profissionais que estiverem de licença ou férias no período de coleta das informações.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi embasada na metodologia FMEA³⁶ do tipo processos. Neste tipo são consideradas as falhas em todo o processo de planejamento e execução, tendo como base as não conformidades do produto, isto é, do atendimento ao usuário.

Para tanto, foi realizado um convite para a equipe de saúde que atende o usuário do serviço, conforme os critérios de seleção. Os que aceitaram participar se reuniram em uma sala reservada no local de trabalho. Para todos os participantes foram esclarecidos os objetivos do trabalho e, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)³⁹.

Foram realizados 10 encontros, com duração de uma hora e trinta minutos cada, sendo abordados os aspectos metodológicos da ferramenta FMEA e do processo de atendimento das crises psiquiátricas na unidade investigada (Figura 3). Os encontros foram realizados no CAPS AD III, a partir de uma escala previamente acordada entre a pesquisadora e os participantes, dentro de seus respectivos horários de trabalho e a cada encontro foram elencadas duas etapas do processo do fluxograma dos usuários dos CAPS do município de Canoas (Apêndice A).

3.4.1 O método FMEA

A FMEA é um método de análise de confiabilidade que envolve o estudo dos modos de falhas que podem existir para cada item/etapa do fluxograma de atendimento da CP, e a determinação dos efeitos de cada modo de falha sobre os outros itens e sobre a função específica do conjunto.⁴⁰

O tipo escolhido para este estudo foi a FMEA de processo, que é utilizado para identificação dos modos de falha nos processos focado em modos de falhas causados por deficiências nos processos de fabricação e montagem. Essa metodologia foi escolhida por

entender-se que ela contempla as fases de identificação e tratamento de falhas de processos de trabalho. A primeira ação realizada, antes da aplicação metodológica da FMEA, foi a revisão detalhada do fluxograma de atendimento da crise psiquiátrica, estabelecendo assim distorções e correções e definindo as etapas chaves que deveriam ser estudadas. Esta ação foi necessária para confirmar as etapas do processo de atendimento da crise psiquiátrica da instituição. O fluxograma foi apresentado ao Grupo de Trabalho (GT) em formato digital e projetado em tela através de recurso de projeção multimídia. Cada etapa de trabalho do processo de CP foi apresentada e analisada por membros da equipe interdisciplinar. Quando da necessidade de alteração da etapa, bem como da inclusão ou exclusão de uma fase do processo, as mesmas foram feitas no exato momento da apresentação e confirmação com os membros da equipe. Neste processo a maneira de apresentação do fluxograma também foi modificada pelo GT, apresentando-se no formato tradicional, por etapas.

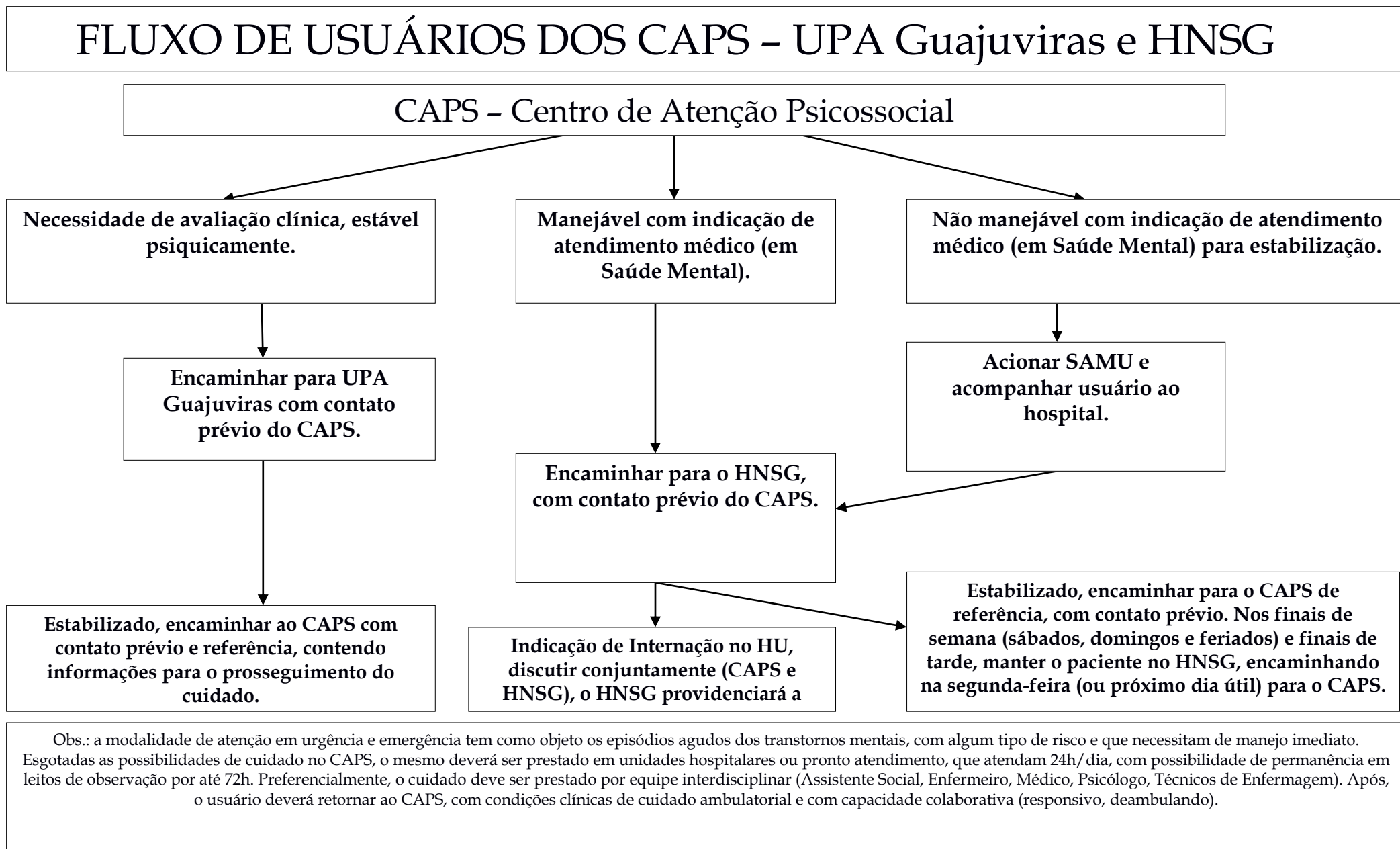
Após a conclusão da fase de revisão e da reorganização do fluxograma do processo de atendimento da CP, o GT se reuniu para aplicar a ferramenta FMEA em cada uma das etapas do fluxograma apresentado (Figura 3). Iniciou-se com o preenchimento do cabeçalho da ferramenta (Apêndice A), definindo-se o nome do **responsável do projeto** e **data** de realização do preenchimento, discussão e análise da etapa do processo. No campo **time/grupo** foram descritos os nomes de todos os profissionais que participaram dessa fase. E no campo **fase/setor** foi descrita a fase do processo de atendimento da CP que estava sendo analisada.

Após o preenchimento do cabeçalho, o grupo iniciou a análise das etapas que compõe o processo atendimento da CP. Após a identificação desta etapa, o seguimento de preenchimento da ferramenta foi realizado de forma horizontal e linear, cabendo aos integrantes do grupo a definição das falhas potenciais (**modos de falhas**) que podem desencadear um erro com impacto direto na assistência do paciente. Cada etapa foi discutida e analisada na sua totalidade antes de prosseguir para a próxima etapa. Nesta fase, nenhuma etapa foi subtraída.

Para cada modo de falha identificado pelo GT, foram determinados os **efeitos potenciais** da falha. Da mesma forma, determinaram-se as **causas potenciais** para a ocorrência dessa falha, as mesmas foram descritas no campo específico da ferramenta de análise de falhas e efeitos do processo de atendimento da CP. Cada etapa pode ter diversos modos de falha, efeitos e causas, sendo que todos foram analisados pelo GT.

3.5 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O FMEA tem por objetivo principal identificar e prevenir os problemas potenciais antes dele chegue ao usuário. Entretanto, cada problema tem diferentes prioridades, que são definidos pela severidade ou gravidade da falha (G), frequência de ocorrência da falha (O) e capacidade de detecção da falha antes que ela chegue ao usuário (D).



Para a análise da G, foi adaptada a Escala de Severidade de Palady²⁶, utilizando-se cinco padrões de classificação (Quadro 1). Esta adaptação foi realizada para auxiliar nas descrições do local avaliado.

Quadro 1 – Escala de Gravidade dos Efeitos Potenciais das Falhas

Grau	Descrição da escala de gravidade
1	Efeito não percebido pelo usuário.
2	Efeito bastante insignificante, percebido pelo usuário; entretanto, não faz com que procure o serviço.
3	Efeito insignificante, que perturba o usuário, mas não faz com que procure o serviço.
4	Efeito bastante insignificante, mas perturba o usuário, fazendo com que procure o serviço.
5	Efeito menor, inconveniente para o usuário; entretanto não faz com que procure o serviço.
6	Efeito menor, inconveniente para o usuário, fazendo com que procure o serviço.
7	Efeito moderado, que prejudica o desempenho do atendimento, levando a uma falha grave ou a uma falha que pode impedir a execução das funções do processo de atendimento.
8	Efeito significativo, resultando em falha grave; entretanto, não coloca em risco a segurança do usuário em risco e não resulta em custo significativo da falha.
9	Efeito crítico que provoca a insatisfação do usuário interrompe as funções do processo de atendimento, gera custo significativo da falha e impõe um leve risco a segurança (não ameaça a vida nem provoca incapacidade permanente) ao usuário.
10	Perigoso, ameaça à vida ou pode provocar incapacidade permanente ou outro custo significativo da falha que coloca em risco a continuidade operacional do atendimento.

Fonte: Adaptado de Palady (1997).

Para a análise da probabilidade de ocorrência (O) da inconformidade foi utilizado a escala de probabilidade, adaptada de Moraes (Quadro 2).⁴¹ Esta classificação auxiliou na identificação de quanto é possível ocorrer uma falha no processo de atendimento do usuário em crise psiquiátrica. A adaptação foi realizada para os devidos cálculos de ocorrência para o local pesquisado.

Quadro 2 – Probabilidade de Ocorrência das Inconformidades

Ocorrência (O)	Significado
1	Extremamente remota ou improvável.
2	Remota ou improvável.
3	Pequena chance de ocorrência.
4	Pequeno número de ocorrências.
5	Número ocasional de ocorrências.
6	Ocorrência moderada.
7	Ocorrência frequente.
8	Ocorrência elevada.
9	Ocorrência muito elevada.
10	Ocorrência certa.

Fonte: Adaptado de Moraes (2014).⁴¹

Para a descrição da classificação da probabilidade de detecção (D) da inconformidade foi utilizada a escala de probabilidade de detecção da falha, adaptada de Palady.²⁶ Uma escala de Likert com valores de um a dez foi utilizada para definir o grau de detecção da probabilidade de falha. Assim, quanto maior a chance de detecção da falha, menor o valor atribuído (Quadro 3). Uma adaptação foi realizada para que a escala de detecção da inconformidade esteja de acordo com o local a ser avaliado.

Quadro 3 – Probabilidade de Detecção da Falha

Grau	Escala de detecção
1	É quase certo que será detectado. Existe um sistema de revisão eficaz.
2	Probabilidade muito alta de detecção. Existem controles automatizados de processo.
3	Alta probabilidade de detecção. Existem programas de confiabilidade em implantação ou treinamento.
4	Chance moderada de detecção. Não existe um programa formal de revisão. Depende de recurso humano.
5	Chance média de detecção. Não existe programa formal. Protocolos em fase de elaboração.
6	Existe alguma probabilidade de detecção. Existem poucos controles no processo.
7	Baixa probabilidade de detecção. Realizada auditoria aleatória.
8	Probabilidade de detecção muito baixa. Depende totalmente do operador e não existem padrões estabelecidos.
9	Probabilidade remota de detecção. Reação quando o problema está em andamento.
10	Detecção quase impossível. Ausência total de padronização e baseada em julgamento individual.

Fonte: Adaptado de Palady (1997).²⁶

O cálculo do índice de risco (R) foi realizado com a multiplicação dos valores da gravidade (G), probabilidade de ocorrência (O) e possibilidade de detecção (D), conforme fórmula $R = G \times O \times D$. Este valor (R) foi assinalado no instrumento de análise das

inconformidades no processo de atendimento ao usuário com crise psiquiátrica e foi classificado de acordo com índice de risco da inconformidade. Para definir o valor de risco, levou-se em consideração o relatório gerencial da unidade, onde foram realizados 987 atendimentos mensais, sendo 6 pacientes transferidos para a internação, dois para comunidade terapêutica e 10 para acolhimento noturno por 14 dias, no período de 01 de abril de 2016 a 01 de maio de 2016.

Quadro 4 – Índice de risco da inconformidade

ÍNDICE DE RISCO (R)	Valor
Baixo	1 a 65
Moderado	66 a 300
Alto	301 a 600

Fonte: Adaptado de Pessoa Moraes (2012).³⁸

Após a definição do R, o GT definiu as ações corretivas exclusivamente para aquela fase classificada como de moderado e alto risco, isto é, a partir do valor 66 (Quadro 4). Isso se deu especialmente por entender-se que são aquelas ações que provavelmente causarão maior impacto no controle do processo de atendimento ao usuário em crise psiquiátrica.

A partir dessas ações foi recalculado o R. Se o escore de reclassificação for menor ou igual a 65, a ação de correção passará a ser denominada ação implementada, sendo descrita no campo específico do instrumento e o GT definirá quem será o responsável pela implementação na área correspondente. Quando o recálculo do R apresentou escore dentro da faixa de classificação moderado e alto risco, isto é, acima do valor de 66, as ações foram revistas e corrigidas até que o risco fosse reduzido para baixo risco ou eliminado.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, foram respeitados os aspectos éticos e legais pautados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde³⁹, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram esclarecidos em relação aos objetivos do estudo, bem como seus direitos. Quem concordou em participar, assinou um TCLE (Apêndice E). Cada participante ficou com uma das vias, enquanto o pesquisador ficou com a outra via. Os indivíduos foram convidados a participar de maneira voluntária e não sofrerão nenhum tipo de constrangimento, prejuízo no trabalho ou ônus, caso não aceitassem ou desistissem da participação durante a execução da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) sob o número no CAAE 58010416.0.0000.5345 (Apêndice C).

A identidade dos participantes foi preservada pelo sigilo, garantindo seu anonimato. Todos os indivíduos foram codificados através do pseudônimo Participante (P), seguidos de números arábicos, conforme a ordem em que as entrevistas forem realizadas (P1, P2, P3, etc.). Os dados e informações desenvolvidos pelo grupo foram gravados em vídeo celular serão guardados pelo período de cinco anos e após serão descartados por picotagem.

A divulgação deste trabalho se dará na forma de defesa de dissertação de mestrado e publicação de artigos e trabalhos em eventos científicos. Os benefícios deste trabalho serão revertidos a todos os usuários (internos e externos) que utilizam o processo de atendimento da crise psiquiátrica do CAPS AD III.

4 CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

O produto final deste estudo foi à revisão do fluxograma de atendimento de crises psiquiátricas no município de Canoas – dentro do CAPS AD III (local deste estudo) e nos setores de referência e contrarreferência da rede municipal. A descrição das etapas de caracterização do produto foram apresentadas conforme as etapas metodológicas do FMEA.

4.1 ANÁLISES DAS ETAPAS DO PROCESSO DE CRISE PSIQUIÁTRICA

O GT foi composto por 10 profissionais, todos eles envolvidos diretamente no contato e no atendimento aos usuários do CAPS AD III. Este GT se reuniu em 10 encontros de uma hora e trinta minutos cada. No primeiro encontro foram apresentados os objetivos do estudo, a metodologia FMEA e todos os participantes assinaram o TCLE. Depois da definição completa do fluxograma do processo de CP, o GT iniciou a discussão acerca das etapas realizadas dentro do serviço de prevenção a crise. A primeira etapa abordada (Quadro 5), consiste naquela em que o usuário deveria ir para avaliação clínica desde que estivesse psiquicamente estável.

Quadro 5 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Necessidade de avaliação clínica, estável psiquicamente”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Necessidade de avaliação clínica, estável psiquicamente.	Falta avaliação do enfermeiro e/ou médico.	Agravamento da comorbidade clínica do paciente.	Falha na comunicação entre os trabalhadores.	9	7	4	252	Ao verificar alteração clínica, o médico/enfermeiro faz contato prévio com a UPA Guajuviras e encaminha o usuário juntamente com profissional ou familiar para atendimento médico.
			Sobrecarrega a equipe de enfermagem.	8	8	4	256	Reunião com a coordenação e solicitação urgente de novas contratações, devido ao adoecimento da equipe (enfermeiro folguista, ferista e de técnicos de enfermagem manhã e tarde), oficineiro.
			Paciente apresenta mal-estar em final de semana e não tem equipe suficiente para levá-lo para atendimento médico.	8	7	10	560	Paciente somente entra em Hospitalidade Noturna (HN) após a avaliação clínica, caso contrário não entra em HN.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Nessa etapa, o GT definiu a ocorrência de encaminhar o usuário para avaliação externa como modo de falha potencial de erros no processo, pois a falta de avaliação do enfermeiro e/ou médico é um fator que define muitas condutas neste serviço, bem como a tomada de decisão para alguns procedimentos. Existem dois profissionais (médico e enfermeiro) que podem avaliar o usuário clinicamente através da anamnese, porque até então este usuário está organizado dentro do seu uso de SPA.

Com isso, geram-se efeitos potenciais como: agravamento da comorbidade clínica do paciente, elencando três causas potenciais que serão descritas abaixo, bem como os riscos recalculados, quando assim se fizer necessário. A primeira causa potencial em questão é a falha

na comunicação entre os trabalhadores, o que gerou um risco moderado de 252. O GT propôs como ação corretiva à discussão do caso em troca de plantão.

A partir daí, direciona-se o encaminhamento e registra-se em livro de intercorrências de enfermagem, o qual deve ser assinado por todos os profissionais da enfermagem. Como ações implementadas de melhoria no serviço, o médico que estivesse no CAPS deveria fazer o contato com a UPA Guajuviras. Na ausência deste, o enfermeiro é quem faz o contato telefônico para encaminhar o usuário. Esse encaminhamento se daria a fim de tratar essa demanda clínica, informando sinais e sintomas, medicação em uso, alergias e demais comorbidades clínicas. Desta forma, esse risco foi reduzido de moderado para baixo (R=27). Como exemplos de falas dos participantes acerca destes aspectos, pode-se citar:

“Uma coisa é: não tem como responsabilizar o médico por tudo pessoal”. (P7)

“Em algumas reuniões de rede foi passada a informação de que durante o horário em que o médico clínico estivesse no serviço, ele mesmo seria o responsável pela avaliação clínica do usuário, sem ter a necessidade de encaminhar a outro atendimento, exceto em casos que necessitasse de melhor investigação”. (P3)

“O mais difícil é saber que o usuário não está bem clinicamente e a gente ter que implorar para que o médico avalie... não é função nossa cobrar”. (P2)

Outra causa potencial para a ocorrência de erro é a sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem, onde o risco identificado foi moderado e no valor de 256. Constatou-se que estes profissionais estavam em menor número do que o determinado pela política do CAPS⁴. Por exemplo, não havia enfermeiro folguista para todos os turnos, faltando um técnico de enfermagem no turno da manhã e um folguista à tarde, e um oficinheiro para o dia e mais profissionais em licença saúde. Com frequência, alguns plantões estavam sem enfermeiro, o que é proibido pelo Cofen⁴². No GT foram evidenciados os erros de administração de medicação, de práticas e encaminhamentos em discordância, a desmotivação destes profissionais por estarem trabalhando sem uma equipe mínima, com usuários em crise, com problemas graves e situações clínicas descompensadas. Como exemplo desta situação:

“Outro dia veio medicação de doação do HU e foi dado errado para um usuário, medicação de depósito no lugar de medicação continua...” (P5)

Diante das evidências, a coordenação foi chamada para uma reunião com os profissionais de enfermagem com o apoio institucional, que é uma enfermeira da SMS que

atua diretamente na gestão e que procura ajudar na resolução dos problemas dentro da área de saúde mental. Nesta reunião, todos os membros da equipe participaram e expuseram seu descontentamento face aos demais serviços que estavam com equipe completa, enquanto este vinha sofrendo sanções pela gestão nas novas contratações. Cabe salientar que os profissionais do CAPS AD III davam conta do trabalho de certa forma, então se tornou viável manter a equipe reduzida e reduzir custos. Tomou-se a decisão de fechar o serviço por três dias e reorganizar o processo de trabalho, organizar a escala, selecionar currículos, realizar entrevistas, atualizar os bancos de horas. Assim, conseguiu-se a contratação do enfermeiro folguista, do técnico de enfermagem da manhã e da tarde, bem como do oficineiro. Ainda falta a contratação do terapeuta ocupacional. Desta forma, o risco foi reduzido de moderado para baixo (R=24). Exemplos de falas de alguns dos participantes (P1, P4 e P10) do GT ilustrativas destas situações são as seguintes:

“Ou a gente parte do princípio e chama a coordenação para uma conversa séria, ou vamos fazer exatamente o que fazemos há 3 anos...apagar fogo e as coisas não andam para frente. Todos os CAPS têm um planejamento, conseguem se organizar, nós vivemos nos esbarrando nos mesmo problemas, até os usuários percebem a nossa desorganização”. (P1)

“O problema é que os colegas esperam pelos técnicos ou enfermeiros, para tomarem uma conduta, é preciso que eles saibam o que fazer se comunicar...”. (P4)

Já que estamos todos entre colegas, podíamos fazer uma combinação de ninguém pedir banco de horas com o quadro reduzido, tão pouco, aqueles que têm banco de horas negativo, insistirem em colocar mais folgas. A gente precisa se unir! (P10)

A última causa potencial de erro desse quadro é o paciente apresentar mal-estar em final de semana e não ter equipe suficiente para levá-lo para atendimento médico. O risco para tal é alto e o valor é de 560. No decorrer do encontro, o GT discutiu e chegou-se ao consenso do porque isso ocorre. Os usuários são colocados em permanência após a saída do médico e algumas vezes a situação não é passada para o enfermeiro, já que as escalas vêm sendo mal estruturadas e há falta de recursos humanos. Tais aspectos acabam impactando ainda mais nessas falhas. Se o usuário chegou até o CAPS caminhando, ele tem condições de ir até a UPA Guajuviras buscar por atendimento. O contato com a UPA é feito pela equipe do CAPS AD III enquanto serviço de saúde mental. Caso o usuário tenha família, o familiar é contatado. Se o usuário for morador de rua e o CR ainda estiver atendendo, é possível acionar

este serviço, que irá ajudar se tiver carro disponível. Caso nenhuma dessas opções dê certo, é acionada a ambulância do HPSC e solicitada a remoção até a UPA de referência. O GT, após a implementação dessa ação, corrigiu esta falha, o que diminuiu o risco para R=18. Ilustrações das falas dos participantes (P4, P1 e P8) acerca desta causa potencial podem ser visualizadas a seguir:

“A gente (da enfermagem) não quer comprar briga com ninguém, mas queremos que os demais colegas pensem bem antes de colocar um usuário em permanência, porque quando ele passa mal, somos nós que saímos para avaliação externa, muitas vezes sem comida, ficamos mais de 8 hs aguardando na UPA, HPSC, HNSG. Se tem indicação, a gente concorda, mas por favor encaminhem para avaliação clínica antes, pois no final de semana, enquanto todos descansam é a enfermagem que fica aqui na linha de frente...” (P4)

“Se houvesse melhor comunicação...tudo iria melhorar. Eu ainda acredito que possa melhorar”. (P1)

“Não é bem assim, a gente vê o usuário como um todo, se ele não quer ir para avaliação externa, não podemos obrigar” (P8)

Pensando em melhorias, todos os participantes concordaram que os usuários de modo geral, realmente precisa ser avaliado clinicamente/psiquiatricamente antes de entrar em permanência. É primordial que todos mantenham o mesmo discurso na equipe, pois isso evita ruídos na informação e definição de conduta individual. Assim é possível trabalhar a redução da possibilidade de ocorrência desse tipo de falha, aspecto evidenciado nas falas dos participantes 1 e 4 acima mencionadas.

Quadro 6 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Encaminhar para UPA Guajuviras com contato prévio do CAPS”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Encaminhar para UPA Guajuviras com contato prévio do CAPS.	O CAPS não encaminha para este serviço e sim para a UPA Rio Branco.	Não está sendo seguido o fluxograma pactuado em rede.	Falta de conhecimento dos profissionais do CAPS e superlotação no atendimento na UPA Rio Branco	7	7	6	294	Percebendo a necessidade de avaliação clínica ou psiquiátrica (desde que nenhum dos médicos se encontre no CAPS) ou então que a gravidade desde impeça o usuário deve se manter neste serviço, o mesmo será encaminhado a UPA Guajuviras com contato prévio, relatando a queixa a ser atendida e documento de referência e contra referência.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A próxima etapa analisada pelo GT é o encaminhamento dos usuários com contato prévio do CAPS para a UPA Guajuviras (Quadro 6). Esta etapa acontece quando a equipe do CAPS AD III não dispõe dos profissionais médicos ou de algum procedimento de enfermagem mais invasivo que este serviço não tem como realizar. Assim sendo, o GT entendeu que o principal modo de falha é que os usuários não são encaminhados para a UPA Guajuviras e sim para a UPA Rio Branco, que faz parte do mesmo núcleo de gestão do CAPS AD III, esse fato também acontecia anteriormente não cumprindo o fluxograma pactuado em rede e evidenciando um risco moderado de (R= 294). Exemplos relativos a essas situações podem ser observados nas falas de alguns dos participantes (P5 e P7):

“Não sei se alguém sabe desse encaminhamento, eu mesmo não sabia, desde quando está em prática?”. (P5)

“Eu até sei (...) mas como a UPA Rio Branco é do mesmo núcleo da nossa gestão, é mais fácil de aceitarem o usuário sem reivindicar e a gente não demora muito para ser atendido...” (P7)

A falta de conhecimento e de empoderamento dos profissionais do CAPS AD III, somado à superlotação da UPA Rio Branco, consiste em um o efeito potencial dessa falha. Esta falha teve como ação corretiva que o profissional médico, quando estiver no CAPS, deve se responsabilizar pelo contato telefônico para encaminhar o usuário e, na sua ausência, o enfermeiro assume essa liderança, solicitando a referência e contra-referência, direcionando para a UPA Guajuviras, que é o local pactuado em rede pela gestão. Assim, o valor do risco que era moderado passou a ser risco baixo (R=27), depois de recalculado pelo GT.

Quadro 7 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Estabilizado, encaminhar ao CAPS com contato prévio e referência, contendo informações para o prosseguimento do cuidado”, 2017

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Estabilizado, encaminhar ao CAPS com contato prévio e referência, contendo informações para o prosseguimento do cuidado.	Isso não acontece mesmo sabendo que a UPA Guajuviras pertence ao HNSG que é a porta de entrada para CP, independent e do território.	Usuário não tem atendimento devido, pois retorna sem prescrição, principalmente em finais de semana, falta de retorno na contra referência, prescrição de medicação que a rede não fornece de forma gratuita, mesmo os profissionais tendo acesso a planilha no consultório do que é disponibilizado	Não tem o atendimento devido ficando sem prescrição psiquiátrica.	3	8	6	336	Educação permanente em cada núcleo dos serviços (UPA's, CAPS, SMS, HNSG, HPSC e HU), com o intuito de não haver mais ruídos nas informações e que o usuário não fosse lesado. Assim, cada gestor de núcleo passa a trabalhar essa meta com seus liderados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A terceira etapa (Quadro 7) evidencia quando o usuário já foi atendido pelo motivo da CP, portanto, ele encontra-se (cl clinicamente/psiquicamente estável), e após será encaminhado para o CAPS, com contato prévio da UPA de referência, junto com todas as informações sobre os procedimentos e demais condutas, bem como orientação de como proceder nos

demais cuidados. Como modo de falha, o fato dos trabalhadores do CAPS AD III, mesmo sabendo que a UPA Guajuviras pertence ao HNSG e que é a porta de entrada para CP no município, independente do território em que o usuário está inserido, deve ser a referência e contra referência nestes casos. Porém o CAPS está encaminhando os usuários para a UPA Rio Branco, o que tem como falha a prescrição de medicação que não existe na rede. Nesses casos, é comum o usuário voltar sem prescrição para insônia ou fissura e agitação psicomotora. O risco dessa falha é que o usuário fica sem atendimento psiquiátrico e com isso o valor do risco é classificado como alto (R=336). Exemplos dessas falhas podem ser observados nas falas de alguns dos participantes a seguir (P2, P4, P1 e P9):

“O que adianta levar o usuário para atendimento muitas vezes, o médico atende bem, sim, mas prescreve a Cefalexina de 500 mg, que não tem na rede, do que adianta”? Ele sabe que não têm, todos são informados quando entram no sistema!.” (P2)

“Concordo em partes colega! Todos sabem sim, inclusive nós, cabe a quando estamos acompanhando o usuário é só relembrar (a gente sabe que não é nossa função isso), mas é o usuário que vai sair prejudicado nisso tudo, pois nem todos podem pagar, moram na rua...” Isso vale para as demais medicações nos finais de semana, as UPA’s, HPSC sempre liberam a medicação se a gente pede, porque eles precisam ter a rotatividade de leitos, então a gente se ajuda.” (P4)

“Aí entra aquela velha discussão das reuniões de equipe, onde a enfermagem se apropria dessas informações e o restante da equipe não sabe”. Tudo isso tem descrito lá no posto de enfermagem e sempre que tiverem dúvidas, chamem a enfermagem colegas”! (P1)

“O HU também disponibiliza é preencher o protocolo de medicação especial ou de alto custo e justificar que eles liberam sempre”. (P9)

Assim o GT discutiu as ações implementadas para que esse número elevado do risco fosse diminuído. Foi proposto pelos trabalhadores que rediscutissem o processo de fluxograma junto dos gestores das UPA’s, CAPS, SMS, HNSG e HU. Quando recalculado esse risco, este passa para nível moderado (R=96). Exemplos das falas dos participantes relativas a essa discussão podem ser visualizadas abaixo (P5 e P2):

“Tem que trabalhar isso com a gestão mesmo, porque quando nós encaminhamos um usuário, a gente faz contato e a pessoa que está lá muitas não repassa para a equipe e dá problema quando a gente chega”.(P5)

“Eu lembro numa reunião de equipe que falaram isso, mas todo mundo seguiu fazendo o mesmo encaminhamento”. (P2)

Quadro 8 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental)”, 2017

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental).	Nem toda vez que chega usuário, o médico consegue avaliar, pois ele não fica todo dia no CAPS (fica em média de 2 a 4 hs).	Aumenta o risco de vida e de saúde do usuário conforme a demanda apresentada.	Falta de comprometimento dos profissionais de saúde que vão atender o usuário.	9	7	3	189	Educação permanente com os profissionais da equipe, melhor distribuição dos horários do médico clínico e do psiquiatra.
			Recaídas e afastamento do serviço.	9	8	2	148	Busca ativa no território e nas ruas (no caso de usuários em situação de vulnerabilidade social) com ajuda do Consultório na Rua e GM.
		Não adesão ao tratamento medicamentoso.	Negação da doença.	4	4	6	96	Atendimento individual e melhor explicação do processo saúde doença, bem como elucidar o funcionamento da terapia medicamentosa no organismo.
		Não aceitação do tratamento.	Negação da doença.	9	7	3	189	Trabalhar a importância do tratamento para que os sinais e sintomas da doença não se agravem e que ele (a) não venha a cronificar num futuro tão próximo, que a patologia tem tratamento e que devemos respeitar este usuário dentro de sua singularidade.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A etapa manejável com indicação de atendimento médico em saúde mental (Quadro 8) evidenciou que nem toda vez que o usuário chega, há médico disponível para avaliá-lo, pois este profissional não fica o turno integral no CAPS. O que dificulta o seguimento é quando os profissionais não estão engajados no processo de trabalho, percebe-se uma falta de

comprometimento dos colegas frente ao atendimento com o usuário em potencial desenvolvimento da CP e, como efeito potencial, aumenta o risco de vida e de saúde do usuário. Conforme a demanda apresentada e classificada, trata-se de um risco moderado (R=189). Nessas situações, o impacto sobre a assistência do usuário caracteriza-se principalmente pela falta de comprometimento da equipe diante das demandas do usuário. Exemplos destas situações podem ser ilustradas nas falas dos participantes P1 e P8:

“A gente é uma equipe, mas os colegas que não são da enfermagem dificultam e muito nosso trabalho, eles insistem em colocar usuário em permanência, sem condições clínicas e isso gera muito transtorno pra nós, eles convulsionam e nem O² temos aqui... está mais que na hora de todos se darem conta que usuário psiquiátrico tem problemas clínicos e graves”. (P1)

“Concordo com o colega, se tem indicação de permanência, a gente discute entre a equipe técnica, mas o correto é que o usuário vá para uma avaliação clínica antes de entrar.” (P8)

Quando recalculado esse risco, que era moderado, foi diminuído para o valor de R=30, o que significa risco baixo. Outro efeito potencial dessa falha são as recaídas e afastamentos dos usuários do serviço. De certa forma, os usuários percebem a desorganização da equipe como um todo e esse afastamento gera um risco moderado de R=148, que após a avaliação do GT chegou a R=24, o qual pode ser classificado como risco baixo. Essa falha aponta dois efeitos potenciais: a não adesão ao tratamento medicamentoso e a não aceitação do tratamento em si. Alguns usuários aceitam a terapia medicamentosa, porém não aceitam estarem no serviço.

Há usuários que não tem indicação de terapia medicamentosa e outros não aceitam o tratamento, através do grupo de medicação onde eles foram convidados a participar, é um bom espaço para trabalhar essas dúvidas. E com isso a causa potencial é a negação da doença, que gera um transtorno grande para o serviço do CAPS AD III, bem como internações que poderiam ser evitadas. Falas ilustrativas destas situações podem ser exemplificadas através dos relatos dos participantes P10 e P8:

“Se tivéssemos outra metodologia de abordagem com os usuários, talvez conseguíssemos reverter a situação e eles iriam refletir o quanto a medicação é importante em alguns casos”. (P10)

“Precisamos abordar a questão da sexualidade e desmistificar que a medicação causa disfunção erétil; essa é maior queixa deles, poderíamos pensar num grupo de saúde do homem”. (P8)

Esses riscos estão classificados como sendo de nível moderado, nos valores de R=96 e R=189 respectivamente. Salienta-se que, mesmo sendo recalculados, não houve mudança no valor (número) do risco, permanecendo um risco moderado.

Quadro 9 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Encaminhar para o HNSG, com contato prévio do CAPS”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Encaminhar para o HNSG, com contato prévio do CAPS.	Quando é crise, o contato não é feito, pois o usuário é encaminhado diretamente com o SAMU e sem regulação.	Exposição do usuário, CMP e uso da força em excesso, preconceito, medicação injetável sem avaliar o usuário.	Quebra de vínculo, estabilização no momento e após liberação sem a mínima avaliação do médico psiquiatra.	9	7	9	567	O profissional que acompanha o SAMU explica o caso ao enfermeiro da triagem e este passa o profissional CAPS diretamente ao médico, explicando quais medicações o usuário faz uso, e o que ocasionou a CP.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Nesta etapa (Quadro 9), o modo de falha é quando acontece a CP e o usuário é encaminhado para atendimento direto sem contato prévio do CAPS. Essa prática não é incomum e vinha acontecendo com frequência no CAPS. Além disso, era pautado em reunião de colegiado, pois fugia da pactuação existente em rede, em que todo usuário encaminhado seja em surto ou não, é dever do serviço de origem fazer a referência. Os efeitos potenciais dessa falha são os seguintes: a exposição do usuário no serviço de emergência, o uso de CMP, o uso excessivo da força por parte do órgão que vem ajudar na CP (seja ele o SAMU, que somente se desloca com a BM ou GM), o fato de sair algemado ou contido do CAPS. No último caso, na maior parte das vezes, os outros usuários testemunham toda essa situação, que é desagradável, e, na concepção deles, a equipe está fazendo mal àquele usuário. Conseqüentemente, os profissionais do CAPS perdem a credibilidade dos usuários. Algumas ilustrações destas situações podem ser visualizadas a seguir, no relato dos participantes P5, P9 e P8:

“É triste ver o usuário sair assim, algemado, mas a nossa segurança e a dele, bem como as dos demais usuários estão em jogo”. (P5)

“O pior de tudo é que já tivemos experiência muito ruim com a BM, quando o usuário era foragido, foi atendido e após foi para o presídio central, esse certamente não voltará mais para o CAPS”. (P9)

“É um órgão da segurança pública que está aí para nos ajudar e nos proteger, agora se usuário tem problemas com a polícia, isso não é problema nosso, nós cuidamos da assistência. Tivemos casos em que acionamos a BM por termos colegas sendo ameaçados aqui dentro e não tivemos nenhum respaldo da gestão.” (P8)

Esses transtornos, somados aos que são encontrados quando o usuário chega na emergência do HNSG, sinalizam as falhas no atendimento das CPs. Por exemplo, já aconteceu da enfermeira da emergência do hospital se deparar com o médico plantonista “gritando” do corredor o procedimento a ser seguido com o usuário em CP (“medica com H+F e deixa em CMP” – segundo informações colhidas), referindo-se à associação de medicação Haldol e Fenegan intramuscular, juntamente com contenção mecânica protetora.

Por ser uma combinação de medicamentos, habitualmente é a primeira opção de tratamento nos casos de agitação psicomotora (APM) e CP. Porém, os médicos prescrevem sem avaliar o paciente e sem prever uma possível intercorrência. Esta combinação de medicações pode vir a causar impregnação e, quando isso acontece, o usuário tem contraturas musculares em todas as articulações, dificuldades na fala e de deglutição. Para tratar essas consequências, é necessário usar uma medicação antagonista, geralmente o Akineton. Esse procedimento dificulta todo o processo, pois os efeitos desta medicação se assemelham aos que o usuário busca ao fazer uso de Cannabis ou Cocaína. Algumas ilustrações destas situações podem ser visualizadas a seguir, no relato dos participantes P7, P10 e P8:

“É complicado mandar os usuários para aquele lugar (HNSG)”. (P7)

“Eles não avaliam o usuário para medicar”. (P10)

A causa potencial dessa falha é a quebra de vínculo, estabilização transitória e momentânea e, após isso, liberação do usuário sem a mínima avaliação do médico psiquiatra. O risco para tal procedimento é alto (R=567). Essa quebra de vínculo com o usuário, quando acontece, é difícil de recuperar. Esse risco, que era alto, quando foi recalculado pelo GT passou para risco moderado e ficou no valor de R=96.

“O erro maior ainda é do SAMU, porque se eles não regulam o usuário antes de remover, e é muito mais fácil de acontecer essa sequencia de erros”. (P8)

Quadro 10 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Indicação de Internação no HU, discutir conjuntamente (CAPS e HNSG), o HNSG providenciará a transferência”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS	
Indicação de Internação no HU, discutir conjuntamente e (CAPS e HNSG), o HNSG providenciará a transferência.	Não acontece essa discussão, o HSNG estabiliza o usuário e encaminha ao CAPS, sem contato prévio, só acontece quando um trabalhador do serviço vai junto e tenciona a internação conhecendo o histórico do usuário.	Crise mais grave e afastamento do serviço.	Agravamento dos sintomas e negação de ir numa próxima vez para atendimento.	1	0	6	1	600	O HNSG não pode mais liberar o usuário sem que um profissional do CAPS vá avaliá-lo diretamente, pois, o usuário é estabilizado momentaneamente e liberado após, o que volta a desencadear nova CP. Assim, conhecendo o histórico do usuário o profissional tem autonomia para discutir com a equipe técnica internação psiquiátrica e articular melhor cuidado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ainda na etapa de encaminhamento e indicação de internação, cabe salientar que essa foi uma das etapas mais difíceis a serem trabalhadas, principalmente pela dificuldade de escutar as queixas dos participantes, como uma espécie de desabafo. O GT funcionou como um momento de escuta e de acolhida, apesar de esse não ser o objetivo primário. Houve relatos de muitas falhas que vieram em evidência. Foram necessários dois encontros para discussão desta etapa, os quais foram realizados em duas semanas consecutivas. Então, neste segundo encontro, foi retomada a proposta da metodologia do FMEA e a discussão transcorreu sem alterações. Essa etapa foi a que atingiu o maior grau de risco, ou seja, risco alto (R=600) e, após as discussões de intervenções com o GT, esse risco foi minimizado para R=48. Falas ilustrativas destas situações podem ser exemplificadas através dos relatos dos participantes P2 e P10.

“A prova de que as coisas estão erradas é esse valor alto desse jeito!”(P2)

Um dos pontos fortes desse encontro foi a presença de um profissional do CAPS no processo de decisão para internação ou não no HU e participação efetiva de qualquer membro da equipe nos rounds no HU dentro do setor de internação em saúde mental (10º andar). Até então era permitido somente à participação dos médicos clínicos e psiquiatras, os próprios médicos abriram mão desse momento aos demais colegas da equipe, por acharem um espaço rico a toda equipe multidisciplinar, bem a troca de informações sobre os usuários. Esses rounds acontecem todas as segundas-feiras, com objetivo de uma melhor articulação entre o setor de internação do HU, do CAPS, e assim o prosseguimento do cuidado no pós-alta hospitalar:

“É uma conquista bacana podermos participar desse processo de discussões, pois nós enquanto técnicos de referência, acabamos nos apropriando muito mais do que acontece com a vida do usuário e podemos sim enriquecer esses espaços”(P10)

Quadro 11 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Não manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental) para estabilização”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Não manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental) para estabilização.	Quando já se tentou todas as condutas de conversa, sem CMP, esgotando-se todas as possibilidades, já foi realizada visitas domiciliares, e diante de todas as negativas por parte do usuário, percebeu-se a necessidade de atendimento médico, para uma avaliação medicamentosa.	Cobrança da família e ameaças de pedido de internação compulsória, avaliação psiquiátrica via judicial no CAPS.	Negação do usuário sobre o fato de precisar de ajuda ou necessidade de avaliação psiquiátrica.	10	5	4	200	Emissão de um relatório ao Ministério Público, explicando que todas as possibilidades de acesso, atendimento foram esgotadas e que neste momento concordamos com a avaliação psiquiátrica judicial, evitando assim, uma internação compulsória direta.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Essa etapa (Quadro 11) é evidenciada na prática com certa frequência, pois existem casos complexos nos quais já foram tentadas todas as abordagens e nenhuma delas foi

suficientemente eficaz para que os usuários tivessem boa adesão ao tratamento. Os modos de falha são perceptíveis, pois o usuário não tem crítica de sua condição, ele não aceita a patologia em si, acredita que faz um uso “organizado” de SPA, que não precisa de medicação. Isso acarreta como efeito potencial uma família fazendo cobranças, pois já vêm desgastadas nesse processo de adoecimento. Falas ilustrativas destas situações podem ser exemplificadas através dos relatos dos participantes P7:

“Não tem como a gente não se sensibilizar com a família, é muitos anos de sofrimento, eles ajudam, mas se o usuário não tem o desejo de se tratar, nenhum tratamento dará certo” (P7)

Esse trabalho é longo, pois a dependência química precisa de acompanhamento, para evitar recaídas, caso realmente o usuário queira a abstinência. Porém, se o problema está em o usuário aceitar a doença em si e/ou a ajuda do serviço especializado, neste caso, indica-se uma consulta psiquiátrica. Após as ações serem discutidas pelo GT, o risco passou para moderado R=90.

Quadro 12 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Acionar SAMU e acompanhar ao hospital”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Acionar SAMU e acompanhar ao hospital.	Falta treinamento aos profissionais do SAMU para atender intercorrências de psiquiatria.	Só se desloca junto da BM ou GM.	Riscos de ter problemas judiciais e ir para o sistema prisional após a estabilização, o que resulta na revolta do usuário.	10	7	2	140	Preferencialmente acionar a GM. Em último caso a BM.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O SAMU só se desloca após contato feito com a BM ou Guarda Municipal (GM), para garantir a segurança do cenário, pois as crises são diversificadas e muitas vezes evidenciamos o despreparo destes profissionais diante desse tipo de ocorrência. Percebe-se em alguns atendimentos que os profissionais abordam o usuário de forma ríspida e hostil, mas houve algumas experiências positivas, onde o profissional soube ter um manejo tranquilo e acolhedor, conseguindo remover o usuário para atendimento de emergência. Como efeito potencial, o GT elencou o fato do SAMU somente se deslocar com a presença da BM ou GM,

que gera uma causa potencial pelo fato do usuário ter problemas judiciais e acabar sendo privado de liberdade (encaminhado ao presídio) após estabilização da crise. Após discussão do GT o risco (R=140) permaneceu moderado, porém o valor foi diminuído para R=72. Fala ilustrativa desta situação pode ser exemplificada através do relato do participante P2:

“Por sorte sempre podemos contar com o SAMU nas CPs, mas o problema maior é quando a BM, vem junto na intercorrência.” (P2)

Quadro 13 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de crise psiquiátrica da etapa “Estabilizado, encaminhar para o CAPS de referência, com contato prévio. Nos finais de semana (sábados, domingos e feriados) e finais de tarde, manter o paciente no HNSG, encaminhado na segunda-feira (ou próximo dia útil) para o CAPS”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES IMPLEMENTADAS
Estabilizado, encaminhar para o CAPS de referência, com contato prévio. Nos finais de semana (sábados, domingos e feriados) e finais de tarde, manter o paciente no HNSG, encaminhado na segunda-feira (ou próximo dia útil) para o CAPS.	Os usuários fogem desta instituição e não existe um controle efetivo de saída do hospital, o contato não acontece como referência e contra referência.	Risco de morte do usuário quando a crise não esta estabilizada (atropelamento e ou outras causas) suicido.	Falha na comunicação da equipe de emergência e avaliação criteriosa dos médicos.	10	10	3	300	Discussão entre a gestão das instituições e educação permanente em ambos os setores.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A última etapa do fluxograma foi mais fácil de ser trabalhada, pois em reuniões de equipe já havia diálogos sobre como melhorar a comunicação entre os serviços, no sentido de existir uma rotina de referência e contra referência. Com o passar do tempo, algumas “falhas” foram diminuindo, porém, o modo de falha apontou que existe risco de vida do usuário e que já houve fugas do HNSG. Por exemplo, um usuário chegou a ser atropelado em função de fuga do hospital, evoluindo para um quadro de Traumatismo Crânio Encefálico. Outro exemplo foi o de um usuário abordado pela BM e algemado. Um terceiro exemplo é o da situação de um usuário, que foi contido por arma “Taser”.

Então, como causa potencial, a falha identificada é a falta de comunicação entre os setores de emergência e de prescrição de medicação, gerando um risco moderado de R=300. Depois da discussão, o GT conseguiu diminuir o risco de moderado para baixo (R=6), pontuando que a discussão entre a gestão das instituições e educação permanente em ambos os setores é um fator primordial para o bom andamento do processo de trabalho, mantendo-se a pactuação em rede. Algumas ilustrações destas situações podem ser visualizadas a seguir, no relato dos participantes P7, P1:

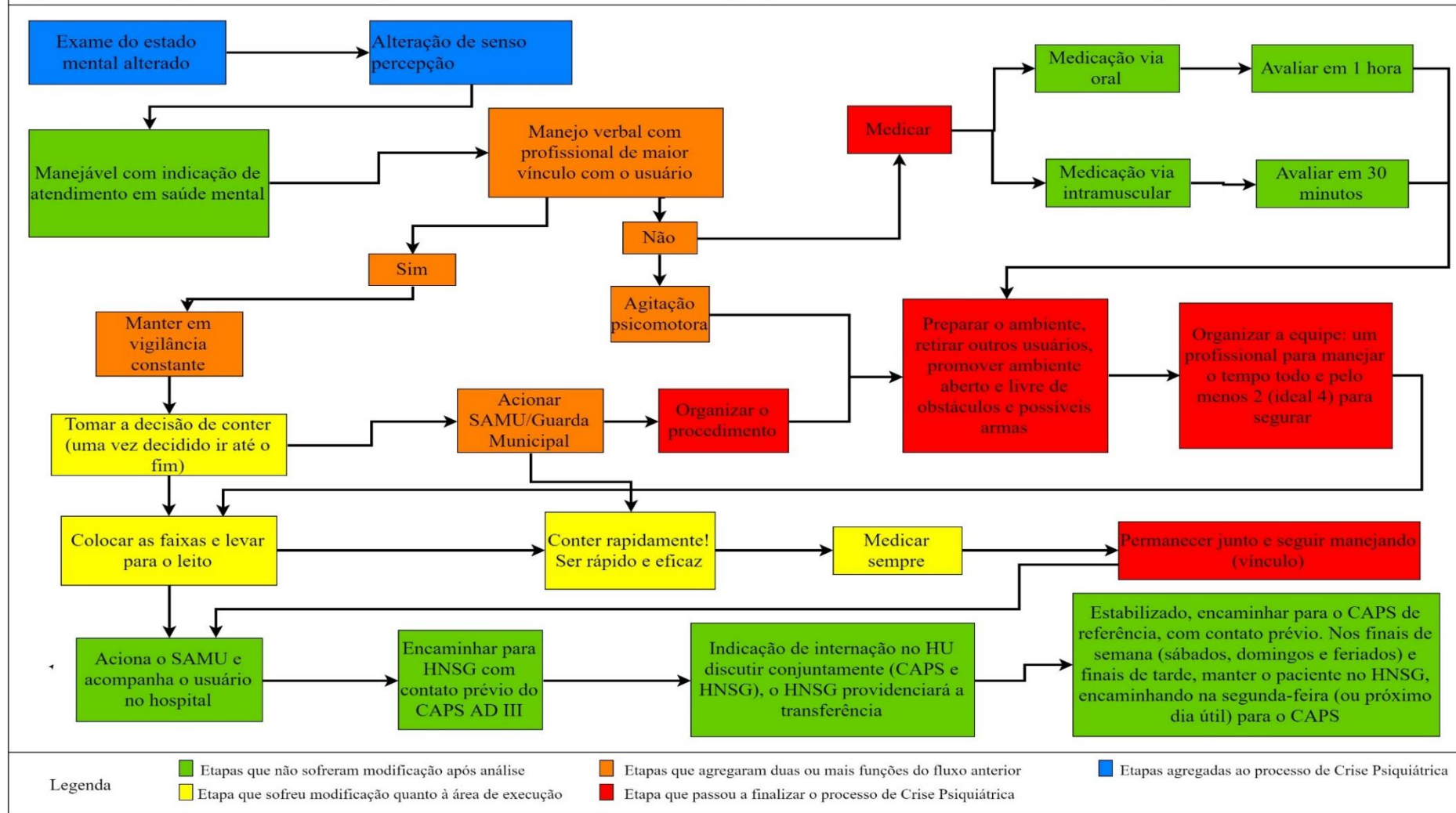
“Existem situações e situações, o usuário não vai entender que a BM veio para proteger ele, a equipe e os demais. Ele leva isso como uma punição”(P7)

“Para nós da equipe é conflituoso ver o usuário sair algemado daqui, porque parece que todo o retrocesso que tanto evitamos na contemporaneidade esta vindo à tona.” (P1)

4.2 REDESENHANDO O PROCESSO DE ATENDIMENTO DA CRISE PSIQUIÁTRICA

Após isso, o fluxograma original (Figura 3) foi apresentado para dar início aos trabalhos e, a partir da análise do mesmo, um novo fluxo foi construído (Figura 4).

Figura 4: Fluxograma revisado do processo de atendimento a crise psiquiátrica do CAPS ADIII - UPA Guajuviras e HNSG



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Obs.: A modalidade de atenção em urgência e emergência tem como objeto os episódios agudos dos transtornos mentais, com algum tipo de risco e que necessitam de manejo imediato. Esgotadas as possibilidades de cuidado no CAPS, o mesmo deverá ser prestado em unidades hospitalares ou pronto atendimento, que atendam 24h/dia, com possibilidade de permanência em leitos de observação por até 72h. Preferencialmente, o cuidado deve ser prestado por equipe interdisciplinar (Assistente Social, Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Técnicos de Enfermagem). Após, o usuário deverá retornar ao CAPS, com condições clínicas de cuidado ambulatorial e com capacidade colaborativa (responsivo, deambulando).

Os itens excluídos do antigo fluxograma, os motivos para tal e os incluídos posteriormente são:

(continuação)

Itens excluídos	Motivo	Itens incluídos	Motivo
Necessidade de avaliação clínica, estável psiquicamente.	Não estava condizente com a proposta de atender/encaminhar a CP em nenhuma etapa do fluxo anterior.	Avaliação do exame do estado de saúde mental.	A avaliação irá direcionar a equipe com intuito de definir conduta diante de uma CP, que será o ponto de partida do fluxograma atual.
Encaminhar para UPA Guajuviras, com contato prévio do CAPS.	Até então os usuários eram encaminhados sem contato prévio para a UPA Rio Branco, quando na verdade a referência do CAPS AD III é a UPA Guajuviras que, por sua vez, é um anexo do HNSG e lá os direcionamentos ocorrem internamente, pois a gestão pertence ao mesmo núcleo.	Alteração de senso percepção.	Sabe-se, que a atenção da pessoa em CP, via de regra, ocorre pelo SAMU ⁴¹ e é baseada predominantemente no paradigma biomédico. O CAPS AD III, enquanto serviço especializado em saúde mental tenta ao máximo “conter a crise” dentro do serviço, porém existem situações em que isso não é possível, e este serviço então, é solicitado. Esse modelo preconiza o conceito de urgência psiquiátrica associada à agressividade, onde é vista a descompensação patológica (crise/surto) e, em menor tempo possível, se busca a reestabilização mental por meio de contenção química e/ou mecânica, conforme a Resolução do COFEN n° 427/201243.

(continuação)

Itens excluídos	Motivo	Itens incluídos		Motivo
Se o usuário estiver estabilizado, encaminhar ao CAPS com contato prévio e referência, contendo informações para o prosseguimento do cuidado.	Os usuários não eram encaminhados para o local certo e, quando retornavam do atendimento, não sabíamos o que tinha acontecido com o usuário. Além disso, o outro serviço deixava de fazer a contra referência do caso.	Manejo verbal com profissional de maior vínculo		Com relação ao manejo verbal, esta etapa foi acrescentada devido à importância de manter um diálogo tranquilo, bem como mediar a situação com voz branda, usando de linguagem clara e de fácil compreensão para o usuário. Se possível, o manejo deve ser realizado pelo profissional que tiver mais vínculo com o paciente e assim sucessivamente. A oferta de medicação quando prescrita e em caso de ausência médica e com risco de morte pode ser realizada pelo enfermeiro, respaldado na Legislação do Conselho Federal de Enfermagem, e em seguida o SAMU é acionada ⁴⁰ . Assim, é imprescindível a presença do enfermeiro em cada turno do serviço. Mostra um ponto importante, caso tenha o vínculo manter “manter em vigilância constante” e caso não tenha vínculo, observar a “agitação psicomotora” e em seguida a oferta da medicação, acrescentou-se a possibilidade do usuário não aceitar manejo verbal e agravar a CP, assim, essa etapa foi umas decisivas, que passou a finalizar uma das etapas desse fluxograma, associado a vigilância constante do usuário, pois antes o usuário somente era medicado quando após a
		Sim	Não	
		Manter em vigilância constante	Agitação psicomotora	

			chegada do SAMU e/ou transferência para a emergência de um hospital geral, neste caso o HNSG.
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Itens excluídos	Motivo	Itens incluídos		Motivo
Manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental).	Não sofreu alteração após a análise e permaneceu também no fluxograma atual, pois este manejo ocorre dentro do serviço que é especializado em saúde mental.	Medicar		A opção de medicar ou não o usuário, seja ela via oral ou intramuscular (ou não medicar), parte do princípio de conter quimicamente a alteração, para não ocorrer agitação mais grave e que possa causar danos à saúde física/psíquica do usuário, mantendo “vigilância” bem como acompanhamento até o efeito da medicação e a reavaliação da mesma. Avalia-se ainda o aspecto de sedação.
		Medicação via oral	Medicação intramuscular	
		Avaliar em 1 hora	Avaliar em 30 minutos	
Encaminhar para o HNSG, com contato prévio do CAPS.	Não houve alteração após análise, pois essa instituição é a porta de entrada da RAPS para CP em Canoas e conta referência dos casos.	Tomar a decisão de conter		Existem casos extremos de Contenção Mecânica Protetora (CMP) em virtude da gravidade, todavia essa prática não é rotina nos CAPS, visto que muito se trabalhou a fim de evitar reproduzir esse modelo manicomial. Quando necessário é usada CMP, até a medicação fazer efeito ou para poder medicar o usuário. Realizada essa parte, aciona-se a GM e organiza-se o procedimento até a chegada de apoio (GM).
		Acionar a guarda municipal		
		Organizar o procedimento		
Indicação de Internação no HU, discutir conjuntamente (CAPS e HNSG), o HNSG providenciará a transferência.	Não houve alteração após análise, mantendo-se como está.	Preparar o ambiente, retirar outros usuários, promover ambiente aberto e livre de obstáculos e possíveis armas.		Alguns usuários entendem a CMP como uma punição, desmistificar esse ato é importante, promovendo então um ambiente seguro tanto para a equipe quanto para os profissionais. E nunca realizar uma abordagem desse nível sozinho. Após explicar aos demais usuários os motivos que levaram a equipe a optar por essa conduta.
		Organizar a equipe: um profissional para manejar o tempo todo e pelo menos quatro para segurar.		

(continuação)

(conclusão)

Itens excluídos	Motivo	Itens incluídos	Motivo
Não manejável com indicação de atendimento médico (em Saúde Mental) para estabilização.	Foi excluída, porque o CAPS é um serviço especializado para atender as demandas de saúde mental inclusive estabilizar, até chegada do SAMU e como isso não vinha ocorrendo foi, o item foi extinto.	Colocar as faixas e levar para o leito. Conter rapidamente! Ser rápido e eficaz Medicar sempre	Uma vez definida a conduta, todo o procedimento deve estar muito bem organizado. Deve-se ter o cuidado de não machucar o usuário, a equipe deve ser treinada para realizar uma CMP e estar com a medicação já preparada à beira do leito.
Acionar SAMU e acompanhar usuário ao hospital.	Não sofreram modificação após a análise.	Permanecer junto e seguir manejando (vínculo).	Durante o processo todo, o profissional de maior vínculo deve se manter o mais próximo possível do usuário e da cena. Usar de manejo tranquilo e orientador. Até o usuário conseguir voltar a sua organização mental ou próxima disto.
Estabilizado, encaminhar para o CAPS de referência, com contato prévio. Nos finais de semana (sábados, domingos e feriados) e finais de tarde, manter o paciente no HNSG, encaminhando na segunda-feira (ou próximo dia útil) para o CAPS.	Não sofreram modificações após a análise. Esses dois itens desde que o CAPS entrou em funcionamento, seguem o fluxo pactuado em rede.	-	-

5 APLICABILIDADE DO PRODUTO

Os resultados do estudo evidenciam com êxito a aplicabilidade da metodologia FMEA nesta intervenção, já que foi aplicado com o intuito de analisar as falhas no processo de atendimentos da CP em um CAPS AD III, na região metropolitana de Porto Alegre, com o objetivo de reduzir o risco assistencial para os eventos classificados como médio e alto risco.

A primeira contribuição da utilização da FMEA apontada no decorrer dos encontros do GT, diz respeito à equipe do CAPS AD III. Uma das principais dificuldades encontradas relacionou-se à falta de profissionais de enfermagem no local, que trabalhavam com uma equipe mínima, e que em alguns turnos não havia a presença do enfermeiro e de técnicos de enfermagem.

Outro problema evidenciado foi relativo à escala de pessoal, tanto nas questões de trocas sem autorização da chefia imediata, o que agravou as situações pré-existentes da falta de pessoal.

Após discussões do GT, a demanda foi levada até a coordenação do CAPS AD III e assim a chefia superior. Com a análise dos fatos foi apontado a gestão que enquanto não houvesse as contratações de pessoal de enfermagem e de um oficinairo, a equipe não teria condições de abrir a convivência externa aos finais de semana. A justificativa apontada foi a falta de condições de prestar uma assistência adequada aos usuários, bem como um cuidado qualificado.

Com a sensibilização da gestão, no primeiro momento ocorreu a contratação de um enfermeiro folguista, que cobriria todos os turnos, e de um técnico de enfermagem, para suprir a demanda do turno da tarde, sendo que após dois meses, mais um técnico de enfermagem e um oficinairo no turno intermediário foram contratados. Atualmente, a equipe de enfermagem está com quadro completo.

Apesar de serem supridas as vagas que mais impactaram na assistência, ainda há a necessidade da contratação de um educador físico (vaga fixa) e um assistente social (vaga temporária-licença saúde), os quais estão em processo de seleção e contratação.

Em relação a escala de folgas do quadro de pessoal, a mesma foi revisada e aprovada por todos, ficando definida que: as folgas devem ser marcadas até o dia cinco de cada mês, sendo que a preferência das folgas é dos turnos da noite (noite 1 e 2). Após todos os profissionais terem marcado suas folgas, os folguistas (enfermeiro e técnico de enfermagem) marcam as suas e eles também tem direito a um final de semana por mês. Qualquer troca será realizada somente com autorização, primeiramente, do enfermeiro do turno e, após, da

coordenação, as quais devem ser compensadas na mesma escala e num intervalo de 36 horas de descanso. Não é permitido mais que duas trocas por escala, por mês. Posteriormente foi realizada uma escala para os demais profissionais, com seus respectivos horários, bem como a programação das atividades externas, local e turno. Seguindo o mesmo processo, também foi feita uma escala dos médicos (clínico e psiquiatra) e seus respectivos horários no CAPS AD III, tendo uma melhor cobertura nos turnos.

Uma segunda contribuição da utilização do FMEA diz respeito aos procedimentos de atenção às CP, incluindo uma revisão dos procedimentos de referência e contrarreferência. Com relação ao encaminhamento dos usuários para a UPA, o direcionamento após a construção do novo fluxograma para CP, a demanda do CAPS AD é direcionada para a UPA Guajuviras, que está vinculado ao HNSG e que é a porta de entrada para CP na rede. Desta forma, a organização do fluxo de referência e contrarreferência foi uma das estratégias para a melhor organização da assistência e articulação dos serviços e resolutividade, conforme determina a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Com esta organização, obrigatoriamente é feito o contato telefônico, explicando a situação da demanda apresentada, patologias diagnosticadas no usuário, uso de medicação (quando houver), tipo de SPA em uso, vínculo familiar (quando existente), se existe suspeita de doença infectocontagiosa ou se o usuário está em tratamento para alguma enfermidade desta natureza. Desta maneira, a contrarreferência tornou-se mais evidente, com a percepção do usuário, quais os cuidados necessários se têm mais algum encaminhamento e como prosseguir no seguimento de seu cuidado.

Ainda acontece de o usuário retornar sem prescrição, quando não indicado, entretanto, com ele vem a orientação que caso ‘descompense’, deve retornar ao serviço de origem para nova avaliação. Em alguns casos, os usuários retornam com prescrição válida para sábado e domingo, até reavaliação do psiquiatra do CAPS AD III no primeiro dia útil possível.

Uma terceira contribuição da utilização do FMEA diz respeito à revisão dos procedimentos de atendimento médico no CAPS AD III, tanto por parte da Psiquiatria, quanto do Clínico Geral. Com relação aos médicos, os atendimentos eram em dias preestabelecidos (psiquiatra contratado por 20 horas e essas horas era distribuída em quatro dias da semana e o clínico geral, com a mesma carga horária, mas com flexibilidade de horários, incluindo alguns sábados). Por ser este serviço um local que atende em sua grande maioria indivíduos alcoolistas e usuários de crack, as situações de crise se tornaram frequentes e conseqüentemente não havia médicos psiquiatras para avaliar, fora das 20 horas contratadas. Esta situação foi levada para a gestão e foi apresentado o número expressivo de internações

hospitalares que estávamos tendo, em comparação aos demais serviços especializados da RAPS. A partir de então, houve a contratação de mais três psiquiatras para os dias em que a demanda mais evidenciava problemas (nas segundas, terças e principalmente nas sextas feiras o dia todo). Atualmente, observamos a diminuição das internações e quando as mesmas ocorrem, os usuários estão internando no hospital, mas somente nos casos considerados muito graves ou por ordem judicial.

A quarta contribuição diz respeito à utilização desta experiência no CAPS AD III, como modelo e/ou exemplo, de como rever os modelos de atenção das CP, qualificando os processos em prol dos preceitos do SUS e da RP. Este novo fluxograma será encaminhado ao HU, no setor de Saúde Mental, para servir como orientação de como foi possível reduzir as internações psiquiátricas, bem como a RAPS está se fazendo presente no cotidiano dos trabalhadores e usuários.

A quinta contribuição diz respeito ao trabalho da equipe de enfermagem no cotidiano do CAPS AD III. Houve a implementação das rotinas de enfermagem no serviço, algo que até então não existia. Neste aspecto observou-se algumas limitações, pois alguns membros da equipe mostraram-se incomodados com as rotinas oriundas do sistema hospitalar e queixavam-se de estarmos trazendo o manicômio para dentro do CAPS AD.

Outro aspecto é que foi realizado um levantamento dos registros de entrada e saída das medicações oriundas na Prefeitura Municipal de Canoas e HU. Todas medicações são registradas em um livro de rotinas de enfermagem e devem ser diariamente debitadas, conforme for liberada para os usuários.

Outras rotinas também estão sendo executadas, como o controle de temperatura e limpeza da geladeira (existem usuários que fazem uso de insulina). Obrigatoriamente a insulina e soro fisiológico devem ter registrada a data de abertura, o horário de abertura e validade.

Outras atividades passaram a ser divididas por turno: o enfermeiro da manhã solicita as medicações injetáveis; o enfermeiro da tarde recebe as medicações da PMC e HU, contabiliza todas, confere a validade e lança no livro de controle; o enfermeiro da noite um é responsável pelo pedido de materiais e o enfermeiro da noite dois é quem faz a contagem geral de todas as medicações, confere essas informações no livro e faz o pedido para a PMC.

Por fim, a sexta contribuição da aplicação do método do FMEA diz respeito à questão da acessibilidade de cadeirantes e outros usuários que possam ter limitação de acesso ao CAPS AD III, por prejuízos motores. Ainda não há rampa de acesso aos usuários cadeirantes

(o CAPS AD III atende a um total de três no momento), o qual está em processo de execução. E, o banheiro já foi adaptado conforme as exigências legais.

Este produto será também apresentado do I Simpósio de Saúde Mental da UniRitter-Canoas, abordando desde a Reforma Psiquiátrica até a contextualização do papel do enfermeiro no CAPS AD III.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 10 Jul 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF); Nov 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília (DF); 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 27 Jan 2016.
5. Yasui S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. In: Brasil. Ministério da Saúde. VI Conferência Nacional de Saúde Mental [online]. Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011;Seção 1 .
7. Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. D. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
8. Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
9. Pinho PH; Oliveira MA; Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35 Supl 1:82-8.
10. Siniak DS. Rede de apoio social de familiares de usuários de crack [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem; 2014.
11. Souza J, Kantorski LP, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2006;2(1):1-17.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Informativo em Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>>. Acesso em 14 Out 2011.
13. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo 108 maiores cidades do País. Brasília (DF): SENAD; 2006. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/> Acesso em 09 Abr 2016.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10 Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª ed. rev. São Paulo: EDUSP; 1997.
15. Rocha FM, Vargas D, Oliveira MAF, Bittencourt MN. Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):671-7.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
17. Santos MS, Coimbra VCC, Ribeiro JP. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. Rev Enferm UFPE on line. 2011;5(9):2197-205.
18. França MP, Pinho LB, Hessel AM, Nunes DC, Monteiro GR, Schvarstzhaup JX, et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas: a experiência do PET na composição de redes de atenção psicossocial. In: Ferla AA, Rocha CMF, Dias MTG, Santos LM (Org.). Cadernos de Saúde Coletiva: integração ensino-serviço: caminhos possíveis? Porto Alegre: Redeunida; 2013.
19. Rocha FM, Vargas D, Oliveira MAF, Bittencourt MN. Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):671-7.
20. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Bem CM. Manejo do paciente agitado ou agressivo. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32 Supl 2:S96-S103.
21. Robles Sánchez JI, Medina Amor JL. Intervención psicológica en las catástrofes. Madrid: Editorial Síntesis; 2014.
22. Arantes EC, Fukuda IMK, Stefanelli MC. O enfermeiro em emergência psiquiátrica: Intervenção em crise. In: Arantes EC, Fukuda IMK, Stefanelli MC, organizadores. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008.
23. Cardoso L, Galera SAF. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(1):161-7.
24. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 5462: confiabilidade e manutenibilidade. Rio de Janeiro (RJ): 1994.

25. Helman H, Andery PRP. Análise de falhas: aplicação dos métodos de FMEA e FTDA. Belo Horizonte (MG): Fundação Cristiano Ottoni; 1995.
26. Palady P. FMEA: análise dos modos de falhas e efeitos: prevendo e prevenindo problemas antes que ocorram. São Paulo: Outras Palavras; 1997.
27. Laurenti R. Sistematização de problemas e práticas da análise de falhas potenciais no processo de desenvolvimento de produtos [Dissertação]. São Carlos (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
28. Bonfada D, Guimarães J, Brito AAC. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. Rev Rene. 2012;13(2):309-20. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/214/pdf> Acesso em 21 abr 2016.
29. Brito, MFP. Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde. Ribeirão Preto, 2015. 227 p. :59. Tese de doutorado.
30. ASHP Guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am J Hosp Pharm. 1993;50(2):305-14.
31. Andréia RV. Condições de Trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem. BVS
32. Silva AEBC, Teixeira TCA, Cassiani SHB. Ferramentas utilizadas para gestão de riscos: análise do modo e efeito da falha e análise de causa raiz. In: Feldman LB (Org.). Gestão de risco e segurança hospitalar. São Paulo (SP): Martinari; 2008.
33. Joint Commission Resources (JCR). Failure mode and effects analysis in health care: proactive risk reduction. 3ª ed. Oakbrook Terrace (ILL): Joint Commission Resources; 2010.
34. Caixeiro FTO. Aplicação do método análise dos modos de falha e seus efeitos (FMEA) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca; 2011.
35. Greco RM. A função administrativa planejar como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem. Apostila de curso. 2011.
36. Ramos AW, Miyake DI. Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: Uma Proposta de Método. Produto e Produção, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 67-84, jun. 2010.
37. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. Rio Grande do Sul. Canoas. Brasília (DF); 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430460&search=rio-grande-do-sul|canoas>. Acesso em 21 Abr 2016.

39. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF); 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 04 Jan 2016.
40. Sakurada EY. As técnicas de Análise dos Modos de Falhas e seus Efeitos e Análise da Árvore de Falhas no Desenvolvimento e na Avaliação de Produtos. 2001. 124f. Dissertação de mestrado—Centro de Tecnologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2001.
41. Moraes CS. Análise do processo de órteses, próteses e materiais especiais a partir do método de análise dos modos de falhas e efeitos. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2012.
42. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). 2009 [citado 21 jun 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

APÊNDICES

**APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA PARA A DIREÇÃO DE POLÍTICA DE
SAÚDE MENTAL DE CANOAS - AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilma Sra. Sara Cristina Cougo

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: ***ANÁLISE DE FALHAS E EFEITOS DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DA CRISE PSQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS***, a ser realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS AD III Travessia, pela *aluna de pós-graduação Marta Ziziane Dorneles Wachter*, sob orientação da *Prof(a). Dr(a) Gabriela Peretti Wagner*, com o seguinte objetivo: Avaliar as falhas no fluxograma de intervenção da crise psiquiátrica através da utilização da metodologia de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA).

Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor do CAPS (*recursos humanos, prontuários, pacientes*) da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Canoas, _____ de _____ de _____.

Prof.(a). Dr (a) Gabriela Peretti Wagner
Pesquisador (a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Sara Cristina Cougo
Diretora da Política de Saúde Mental de Canoas

APÊNDICE C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de Falhas e Efeitos do Processo de Atendimento da Crise Psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Pesquisador: Gabriela Peretti Wagner

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58010416.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.783.258

Apresentação do Projeto:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como modelo de serviço substitutivo a internação psiquiátrica, buscando estratégias e propostas de construção de uma rede de cuidados, utilizando os diferentes recursos disponíveis, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno. São regulamentados pela Portaria GM/MS 336/02, a qual estabelece três modalidades de serviços de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III. Além deles, também estão regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), responsáveis pelo cuidado a indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool. A falta de preparo dos profissionais da saúde diante o atendimento em crise pode ser um elemento propulsor de ações violentas, com abordagem repressiva sem fins terapêuticos, tais como solicitação de força policial sem necessidade e o abuso da contenção física ou química. A Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA) vem sendo utilizada na área da saúde com intuito de identificar que possíveis falhas cheguem ao paciente e causem danos adversos. Este estudo objetiva avaliar as falhas no fluxograma de intervenção da crise psiquiátrica através da utilização da metodologia FMEA que servirá de suporte metodológico para a construção deste trabalho. Desta maneira, ações poderão ser definidas para a correção das eventuais falhas

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

UF: RS

Telefone: (51)3303-8804

CEP: 90.050-170

Município: PORTO ALEGRE

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.783.258

potenciais no processo de intervenção na crise psiquiátrica no CAPS AD III. É um estudo do tipo intervenção, com abordagem qualitativa. O campo escolhido para a realização desse estudo será o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) III Travessia, sob a gestão Prefeitura Municipal de Canoas, situado no município de Canoas, Rio Grande do Sul. É um estudo do tipo intervenção, com abordagem qualitativa. O estudo de intervenção envolve o entendimento profundo da situação e dos indivíduos para os quais a pesquisa está sendo desenvolvida, onde uma equipe multiprofissional realizará um planejamento minucioso e cooperativo no desenvolvimento de uma investigação, diagnóstico e intervenção para o problema identificado. O modelo de referência proposto de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA) servirá de suporte metodológico para a construção deste trabalho. A coleta de dados será realizada utilizando este método.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as falhas no fluxograma de intervenção da crise psiquiátrica através da utilização da metodologia de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA).

- a) Revisar o fluxo do processo de atendimento a crise psiquiátrica utilizado na instituição.
- b) Identificar as falhas em cada etapa do processo de atendimento.
- c) Classificar o risco de ocorrência, gravidade e detecção de cada efeito das falhas no processo de atendimento.
- d) Propor ações corretivas para os efeitos das falhas identificadas como e alto risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não evidencia-se riscos nessa pesquisa.

Benefícios: estabelecer as principais falhas potenciais nesse processo e definir ações específicas para cada uma delas, qualificando a assistência prestadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como modelo de serviço substitutivo a internação psiquiátrica, buscando estratégias e propostas de construção de uma rede de cuidados, utilizando os diferentes recursos disponíveis, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno. A falta de preparo dos profissionais da saúde diante o atendimento em crise pode ser um elemento propulsor de ações violentas, com abordagem repressiva sem fins terapêuticos, tais como solicitação de força policial sem necessidade e o abuso

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 1.783.258

da contenção física ou química. A Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA) vem sendo utilizada na área da saúde com intuito de identificar que possíveis falhas cheguem ao paciente e causem danos adversos. Este estudo objetiva avaliar as falhas no fluxograma de intervenção da crise psiquiátrica através da utilização da metodologia FMEA que servirá de suporte metodológico para a construção deste trabalho. Desta maneira, ações poderão ser definidas para a correção das eventuais falhas potenciais no processo de intervenção na crise psiquiátrica no CAPS AD III. É um estudo do tipo intervenção, com abordagem qualitativa. O estudo de intervenção envolve o entendimento profundo da situação e dos indivíduos para os quais a pesquisa está sendo desenvolvida, onde uma equipe multiprofissional realizará um planejamento minucioso e cooperativo no desenvolvimento de uma investigação, diagnóstico e intervenção para o problema identificado. O modelo de referência proposto de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA) servirá de suporte metodológico para a construção deste trabalho. A coleta de dados será realizada utilizando este método. Esse trabalho é muito importante pois visa a melhoria do atendimento para os pacientes mas poderia conter no projeto quais as medidas de correção efetivas para essas possíveis falhas de procedimentos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados mas no TCLE ainda não aparece o endereço do CEP da UFCSPA, recomenda-se que seja acrescido o endereço.

Recomendações:

Os pesquisadores aceitaram as recomendações do relator.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está de acordo com as normativas, mas necessita que seja acrescentado o endereço do CEP no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_707705.pdf	16/09/2016 11:21:44		Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.783.258

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/09/2016 21:31:37	Marta Ziziane Domeles Wachter	Aceito
Outros	Doc2.pdf	01/07/2016 21:03:01	Marta Ziziane Domeles Wachter	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/06/2016 11:46:31	Marta Ziziane Domeles Wachter	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	26/05/2016 20:37:07	Marta Ziziane Domeles Wachter	Aceito
Outros	APENDICE_A.docx	26/05/2016 20:35:36	Marta Ziziane Domeles Wachter	Aceito
Outros	anuencia.pdf	26/05/2016 20:32:08	Marta Ziziane Domeles Wachter	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Outubro de 2016

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**APÊNDICE D - CARTA PARA A COORDENAÇÃO DO CAPS AD – TRAVESSIA
AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Mestrado Profissional

Senhor (a) Coordenador (a) _____

Cumprimentando-a cordialmente, viemos por meio desta, solicitar autorização para coleta de dados no serviço que coordena. O projeto de pesquisa intitulado “**ANÁLISE DE FALHAS E EFEITOS DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DA CRISE PSQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**” será desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Trata-se de um estudo que tem por objetivo geral desenvolver um protocolo de prevenção à crise de psiquiátrica aos usuários de substâncias psicoativas (SPA) de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Esperamos que a pesquisa contribua para a identificação de futuras crises psiquiátricas e a melhor maneira de intervir sobre ela sem acarretar danos aos usuários e aos trabalhadores do serviço.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista com os trabalhadores do CAPS, de acordo com critérios pré-estabelecidos pelo estudo.

Teremos o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição e o município.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos pela oportunidade ao mesmo tempo em nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Gabriela Peretti Wagner
PPG Enfermagem – UFCSPA
Contato: 51- 92977476
E-mail: gabrielapw@ufcspa.edu.br

Marta Ziziane Dorneles Wachter
Mestranda do Mestrado Profissional em
Enfermagem da UFCSPA
Contato: 51-99798280
E-mail: martadorneles8@gmail.com

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/12 do Ministério da Saúde)

Projeto de Pesquisa: **ANÁLISE DE FALHAS E EFEITOS DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DA CRISE PSQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.**

O presente estudo está sendo realizado por mim, Enfermeira Marta Ziziane Dorneles Wachter, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre situada na Rua Sarmento Leite, 245, o estudo esta sob apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (51-33039000) e da Prefeitura Municipal de Canoas.

A proposta deste projeto surgiu devido à necessidade de prever e antecipar as falhas que acontecem no processo de crise psiquiátrica e que possuem impacto direto na assistência dos pacientes. Com esse trabalho pretende-se estabelecer as principais falhas potenciais nesse processo e definir ações específicas para cada uma delas, visando a redução ou cessação dos efeitos sobre a saúde e terapêutica dos pacientes.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, por encontrar-se dentro dos critérios de inclusão deste projeto. Este estudo tem por objetivo avaliar as falhas no fluxograma de intervenção da crise psiquiátrica através da utilização da metodologia de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA).

Será aplicada a metodologia FMEA (*Failure Modes and Effects Analysis*) ou Análise dos Modos e Efeitos das Falhas no processo crise psiquiátrica. Segundo Sakurada (2001) a FMEA é um método de análise de confiabilidade que envolve o estudo dos modos de falhas que podem existir para cada item/etapa, e a determinação dos efeitos de cada modo de falha sobre os outros itens e sobre a função específica do conjunto.

Serão realizadas de 05 a 10 encontros entre os indivíduos e o pesquisador, com uma hora de duração cada, dentro do horário de trabalho, onde será desenhado o processo de fluxograma e aplicada em cada etapa deste fluxo a ferramenta para análise das falhas, bem como identificação dos riscos e proposição de ações corretivas.

A participação no estudo não trará prejuízos ou benefícios ao exercício profissional do participante e não terá remuneração extra por participar deste projeto. Fica assegurado ao participante o sigilo das informações, bem como a possibilidade de desistência da participação nesse estudo, em qualquer momento sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua avaliação de desempenho. Sendo que a

desistência não acarretará em nenhum ônus para si ou para o pesquisador. Serão asseguradas indenização e cobertura material para reparação de possível dano, causado pela pesquisa ao participante.

Os pesquisadores envolvidos no projeto garantem a você o direito a qualquer pergunta e/ou esclarecimentos mais específicos dos procedimentos realizados e/ou interpretação dos resultados obtidos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Local/data: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do coordenador da pesquisa: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Departamento de Enfermagem – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Pesquisadora Principal

Mestranda Marta Ziziane Dorneles Wachter - Telefones: 30312219.

Rua Sarmiento Leite, 245 - Centro Histórico

CEP: 90050-170 – Porto Alegre/RS

E mail: martadorneles8@gmail.com

Pesquisador Responsável

Prof. Dra. Gabriela Peretti Wagner - Telefones: 51- 3303 8875

Rua Sarmiento Leite, 245 – sala 208 - Centro Histórico

CEP: 90050-170 – Porto Alegre/RS

E mail: gabrielapw@ufcspa.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UFCSPA: Tel: 51-33039000