



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**CURSO DE FARMÁCIA**

**FRANCISCA SABRINA SIQUEIRA LIMA**

**ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE DESINTOXICAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO:  
UM OLHAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.**

**FORTALEZA**

**2022**

FRANCISCA SABRINA SIQUEIRA LIMA

ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE DESINTOXICAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO:  
UM OLHAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.

Monografia apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, como um dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Augusta Drago Ferreira

Coorientadora: Dra. Ana Claudia de Brito Passos.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

L698a Lima, Francisca Sabrina Siqueira Lima.  
ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE DESINTOXICAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO : UM OLHAR  
PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE / Francisca Sabrina Siqueira Lima Lima. – 2022.  
70 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Curso de Farmácia, Fortaleza, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Maria Augusta drago Ferreira.

Coorientação: Profa. Dra. Ana Claudia de Brito Passos.

1. Segurança do paciente. 2. Transtornos ao uso de substâncias. 3. unidade de desintoxicação. 4. saúde  
mental. I. Título.

CDD 615

---

FRANCISCA SABRINA SIQUEIRA LIMA

ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE DESINTOXICAÇÃO DE UM HOSPITAL PÚBLICO:  
UM OLHAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.

Monografia apresentada ao curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria Augusta Drago Ferreira (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Igor Guidetti  
Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM)

A minha mãe, por ter sido a pessoa que mais acreditou em mim.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, autor e consumidor da minha fé, por me permitir chegar até aqui. Sem Ele eu nada seria.

A minha mãe, Holanda, por me apoiar em todos os momentos e por muitas vezes ter abdicado de si mesma em prol de que eu realizasse esse sonho. Mãe, essa conquista é nossa!

Ao meu pai, que mesmo estando longe, não mediu esforços em me ajudar todas as vezes que precisei e por se fazer presente, apesar de tudo.

A Raquel Matos e sua família, por terem me acolhido como filha em sua casa no momento que eu mais precisei. Dinheiro nenhum é capaz de pagar o que vocês fizeram por mim, serei sempre grata.

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria Augusta Drago Ferreira por todo empenho para que esse trabalho fosse realizado, e sobretudo, por ter acreditado que daria certo mesmo quando tudo dizia o contrário. Além de uma profissional que tanto admiro, se tornou uma grande amiga, gratidão eterna.

A Dra. Ana Cláudia de Brito Passos, pelas inúmeras contribuições, ensinamentos e dedicação a esse projeto. Sem dúvidas, você foi parte fundamental para que esse trabalho fosse concluído com êxito, gratidão.

Ao Igor Guidetti, gestor da Unidade de Desintoxicação do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, por possibilitar o acesso ao serviço e assim viabilizar a realização desse projeto, sempre com muita disponibilidade e empenho em tornar o processo mais fácil. Muito obrigada!

Aos amigos que estiveram comigo durante a graduação, em especial ao Hugo, Maira e Joshua. A caminhada com vocês foi mais leve e prazerosa.

A Pro Reitoria de Assuntos estudantis – PRAE, por viabilizar a minha permanência na faculdade por meio dos programas sociais.

A todos os professores e colaboradores da Universidade Federal do Ceará que direto ou indiretamente passaram por mim e contribuíram de alguma forma para a minha formação.

“Se você tem disposição para correr o risco, a vista do outro lado é espetacular!”

Grey's Anatomy.

## RESUMO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) busca a qualificação do cuidado em saúde de modo a reduzir a incidência de eventos adversos ao instituir protocolos padronizados para as práticas assistenciais em todos os estabelecimentos de saúde. Entende-se como segurança do paciente, reduzir a um nível mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado a assistência em saúde. No âmbito da Saúde Mental, evidencia-se a escassez de estudos envolvendo essa temática, sobretudo, em serviços de desintoxicação ao uso de álcool e outras drogas. Por conseguinte, não se sabe ao certo como funcionam esses serviços na prática e como se dá a gestão de riscos e segurança do paciente nesses ambientes. Nessa perspectiva, este estudo objetiva analisar o serviço de desintoxicação ofertado por um hospital referência em saúde mental sob a perspectiva da segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa com período de análise entre março e novembro de 2022, em que foram utilizadas as técnicas de análise documental e observação não participante para coleta dos dados. Os resultados obtidos mostram que as práticas de higiene das mãos (20%), prevenção de quedas (41,7%), identificação do paciente (42,9%) e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (66,7%) apresentaram os menores percentuais de conformidade de acordo com as recomendações dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. Em contrapartida, a comunicação efetiva (92,9%), aspectos relacionados ao funcionamento do serviço, recursos humanos (81,8%) e infraestrutura (70%), foram os que obtiveram maior percentual de conformidade. Assim, a análise de uma unidade de desintoxicação na perspectiva da segurança do paciente, apontou fragilidades e potencialidades institucionais, que podem ser utilizadas pelos gestores no planejamento de ações em prol de melhorias na qualidade ofertada aos pacientes ali assistidos, contribuindo de maneira relevante para o desenvolvimento da cultura de segurança organizacional.

**Palavras-chave:** segurança do paciente; transtornos relacionados ao uso de substâncias; unidade de desintoxicação; saúde mental.

## ABSTRACT

The National Patient Safety Program (PNSP) seeks the qualification of health care in order to reduce the incidence of adverse events by instituting standardized protocols for care practices in all health facilities. Patient safety is understood to reduce to an acceptable minimum level the risk of unnecessary damage associated with health care. In the field of Mental Health, the scarcity of studies involving this theme is evidenced, especially in detoxification services for the use of alcohol and other drugs. Therefore, it is not known for sure how these services work in practice and how the risk management and patient safety in these environments take place. From this perspective, this study aims to analyze the detoxification service offered by a reference hospital in mental health from the perspective of patient safety. This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative research with an analysis period between March and November 2022, in which the techniques of documental analysis and non-participant observation were used for data collection. The results obtained show that hand hygiene practices (20%), prevention of falls (41.7%), patient identification (42.9%) and safety in the prescription, use and administration of medications (66.7%) presented the lowest percentages of compliance according to the recommendations of the protocols recommended by the Ministry of Health. On the other hand, effective communication (92.9%), aspects related to the operation of the service, human resources (81.8%) and infrastructure (70%), were the ones with the highest percentage of compliance. Thus, the analysis of a detoxification unit from the perspective of patient safety pointed out weaknesses and institutional potentialities, which can be used by managers in the planning of actions in favor of improvements in the quality offered to patients assisted there, contributing in a relevant way to the development of the culture of organizational security.

**Keywords:** patient safety; substance use disorders; detoxification unit; mental health.

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Categorias dos documentos institucionais analisados.....	29
Quadro 2 – Descrição dos documentos institucionais conforme categorias: infraestrutura, funcionamento e recursos humanos, fichas de notificação – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), POP e indicadores.....	31
Quadro 3 – Descrição dos documentos alocados na categoria Procedimento Operacional Padrão.....	31
Quadro 4 – Descrição dos documentos alocados na categoria de atas de reunião.....	33
Quadro 5 – Cronograma de atividades da UD, Fortaleza – Ceará, 2022.....	36
Figura 1 – Fluxo de admissão na Unidade de Desintoxicação.....	38

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico – 1 Percentual de conformidades dos eixos avaliados, Unidade de Desintoxicação, Fortaleza – Ceará, 2022.....	40
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Eixos do Roteiro de Observação não participante.....	27
Tabela 2 – Quantitativo de recursos humanos da Unidade de Desintoxicação, Fortaleza – CE, 2022.....	36
Tabela 3 – Quantitativo de respostas positivas, negativas e não observadas de cada eixo do roteiro.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CNE S – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EA – Evento Adverso

ECR – Equipe de Consultório de Rua

ESF – Estratégia Saúde da Família

IOM – *Institute of Medicine*

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Estratégia Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAM – Reação Adversa a Medicamento

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

UD – Unidade de Desintoxicação

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	17
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>3.1 Objetivo Geral:</b> .....	18
<b>3.2 Objetivos Específicos:</b> .....	18
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
<b>4.1 Epidemiologia do consumo de drogas</b> .....	19
<b>4.2 O Movimento da Reforma psiquiátrica e as Rede de Atenção ao Usuário de drogas</b> 20	
<b>4.3 As Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil</b> .....	22
<b>4.4 O Programa Nacional de Segurança do Paciente no contexto da saúde Mental.</b> .....	23
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	26
<b>5.1 Delineamento e local da pesquisa.</b> .....	26
<b>5.2 Instrumento e procedimento de coleta de dados</b> .....	26
<b>5.3 Etapa 1: Procedimento de análise documental</b> .....	27
<b>5.4 Etapa 2: Observação não participante</b> .....	28
<b>5.5 Análise de dados</b> .....	29
<b>5.5.1 Procedimento de análise documental</b> .....	29
<b>5.5.2 Observação não participante</b> .....	29
<b>5.6 Aspectos éticos</b> .....	30
<b>6 RESULTADOS</b> .....	31
<b>6.1 Condições organizacionais da Unidade de desintoxicação: infraestrutura, recursos humanos e rotinas de funcionamento.</b> .....	31
<b>6.2 Práticas de segurança do paciente</b> .....	39
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>7.1 Condições organizacionais da Unidade de Desintoxicação: infraestrutura, recursos humanos e rotinas de funcionamento.</b> .....	41
<b>7.2 As práticas de segurança do paciente.</b> .....	43
<b>7.3 As potencialidades encontradas na Unidade de Desintoxicação.</b> .....	49
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	52
<b>Apêndice A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE.</b> .....	58
<b>Anexo A – TERMO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA.</b> .....	66

<b>Anexo B – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA .....</b>	<b>67</b>
<b>Anexo C – CARTA DE ANUÊNCIA .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de drogas psicoativas há muito é um relevante problema de saúde pública, em virtude do cenário epidemiológico que cresce no Brasil e em outros países. Segundo o relatório mundial sobre drogas de 2021, emitido pelo *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo, representando um aumento de 22% em comparação com o ano de 2010. Paralelamente, mais de 36 milhões de pessoas sofreram de transtornos associados ao uso dessas substâncias. A pesquisa também mostrou que a pandemia da Covid-19 potencializou o uso não médico de *cannabis* e medicamentos. Dentre os 77 países investigados, 64% relataram aumento no consumo não médico de sedativos e 42% no consumo de *cannabis* (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ, 2021).

O uso de entorpecentes constitui uma prática culturalmente associada à busca por recompensas, seja o prazer, compensação de medos, comemoração de conquistas, alívio do estresse, dentre outros. No entanto, quando o consumo dessas substâncias se torna um hábito repetitivo e leva o indivíduo a perda do autocontrole, gerando impactos na sua vida social, profissional, familiar, bem como na sua saúde física e mental, configura-se o quadro de dependência química (MENDES *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a criação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas estabeleceu um novo olhar sobre essa temática ao compreender a dependência química como um problema de ordem social, econômica e principalmente de saúde pública. A partir disso, o controle sobre drogas deixou de ser apenas em nível judicial e passou-se a ter uma maior preocupação em promover ações de prevenção, promoção à saúde e reinserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial é compreendida como um leque de ofertas de serviços e dispositivos assistenciais. Nesta, há os localizados na atenção básica, como as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), com o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Equipes dos Consultórios de/na Rua (ECR). Há, também, os serviços especializados da atenção psicossocial para o atendimento de dependentes químicos, como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-ad) que desenvolvem apoio matricial às equipes da ESF para esse público em seus territórios. Por fim, existem os serviços hospitalares de referência com leitos de atenção integral de saúde mental e drogas, sejam eles em hospitais gerais ou especializados (BARCELOS; DUARTE, 2020).

O tratamento hospitalar de desintoxicação caracteriza-se como internação de curta duração até a estabilidade clínica do usuário. Após a alta hospitalar, busca-se a inserção do indivíduo nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. A desintoxicação é o processo de interrupção segura do uso de uma substância psicoativa, em que o indivíduo é afastado dos efeitos desta, de forma que os sintomas de abstinência possam ser minimizados, com ou sem o uso de medicamentos (DUALIBI; RIBEIRO, 2012). Por se tratar de um procedimento clínico realizado em um estabelecimento de saúde, convém indagar como se operacionaliza a segurança do paciente em tais ambientes.

A segurança do paciente pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde a um nível mínimo aceitável (OLIVEIRA; TOLEDO, 2019). Nesse sentido, a segurança do paciente deve estar atrelada aos fundamentos dos cuidados em saúde. Sabe-se que a prestação de cuidados contém um certo grau de insegurança inerente e que os eventos adversos podem resultar dos problemas na prática, produtos, procedimentos ou sistemas (SIMÕES, 2014). Sob esse prisma, o Ministério da Saúde, junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o intuito de contribuir para a melhoria da assistência dos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados. Esse programa busca a qualificação do cuidado em saúde e reduzir a incidência de eventos adversos ao instituir protocolos padronizados para as práticas em saúde (BRASIL, 2014).

O PNSP tem quatro eixos mencionados a seguir: o estímulo a uma prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão na sua segurança, a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente é o elemento que perpassa todos esses eixos e prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais. Encoraja e recompensa a identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados a segurança do paciente promovendo o aprendizado institucional, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores (BRASIL, 2014).

Algumas particularidades dos pacientes em saúde mental são consideradas potenciais riscos à segurança do paciente, quando se aborda a aplicabilidade do tema nesta área. Comportamentos provenientes do estado psíquico são reconhecidos como fatores prejudiciais à segurança do paciente. Além disso, as inúmeras vulnerabilidades apresentadas nestes quadros tornam o manejo de cada indivíduo desafiador quanto a sua segurança, inclusive para os centros de internamento e especialidade psiquiátrica (SUSIN; ALVES; RIBEIRO, 2021).

Somado a isso, o interesse sobre o tema desse estudo se deu pela escassez de literatura científica sobre os aspectos relacionados à segurança do paciente no contexto da saúde mental, em especial nas Unidades de Desintoxicação (UD), evidenciando que por mais que exista um contexto crescente de discussões e avanços sobre essa temática no cenário dos ambientes de saúde, ainda é limitado quando se trata do uso abusivo de drogas. Destaca-se, ainda, a necessidade de realizar pesquisas para suprir a lacuna científica desta temática, bem como subsidiar os gestores e profissionais que atuam na saúde mental, identificando as áreas que necessitam de melhorias, as quais devem ser priorizadas visando garantir a qualidade ofertada aos pacientes.

## 2 JUSTIFICATIVA

Ao entender o consumo de álcool e drogas como um padrão de comportamento de origem multifatorial e cuja gravidade varia ao longo de um *continuum*, é necessário organizar serviços que atendessem aos usuários em seus diferentes estágios (MENDES *et al*, 2018). Além disso, o papel da equipe multiprofissional na promoção do cuidado aos usuários de drogas é essencial nesse aspecto, pois cada profissional tem uma contribuição diferente no processo terapêutico.

A portaria Nº 148, regulamentada em 31 de janeiro de 2012, trata-se de um documento que aprova as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e estabelece a composição mínima da equipe hospitalar (BRASIL, 2012). Entretanto, observa-se a ausência da obrigatoriedade do farmacêutico nesse âmbito, trazendo à tona o questionamento dessa lacuna.

O profissional farmacêutico detém o conhecimento sobre as diversas drogas de abuso e seus mecanismos de ação, bem como a farmacoterapia que pode ser usada no tratamento da dependência química. A ausência deste profissional compondo a equipe pode comprometer a assistência integral ao indivíduo portador de distúrbios decorrentes do uso de drogas e assim limitar as possibilidades de tratamento que o referido poderia ter acesso.

Ademais, é fato a escassez de estudos que envolve a assistência em saúde no contexto da saúde mental, e, por consequência, em serviços de desintoxicação ao uso de álcool e outras drogas. Desta forma, não se sabe ao certo como funcionam esses serviços na prática e como se dá a gestão de riscos e segurança do paciente nesses ambientes, sendo o tema pouco discutido. Por isso, espera-se com este estudo realizar um diagnóstico situacional com foco na segurança do paciente, identificando potencialidades e fragilidades que possibilitem a elaboração de estratégias que visem a qualidade e a segurança dos indivíduos assistidos neste serviço.

Esse trabalho pretende incitar a discussão na comunidade acadêmica, principalmente no curso de Farmácia, a respeito da importância e impactos da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente neste contexto, verificando o grau de implantação de práticas seguras na prestação de cuidados ao usuário de drogas, e ainda, destacar a relevância da atuação do farmacêutico nas Unidades de Desintoxicação e do protagonismo deste, na promoção da segurança do paciente, uma vez que a realização de práticas seguras deve ser objetivo de todo profissional da área da saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Analisar o serviço de desintoxicação ofertado por um hospital referência em saúde mental sob a perspectiva da segurança do paciente.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Avaliar as condições organizacionais da Unidade de Desintoxicação quanto à infraestrutura, recursos humanos e rotinas de funcionamento do serviço;
- Identificar as práticas de segurança do paciente que estão implantadas ou em processo de implantação na instituição investigada;
- Descrever as potencialidades e fragilidades da Unidade de Desintoxicação com vista a melhorias para a segurança do paciente.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Epidemiologia do consumo de drogas.

O cenário do uso de drogas é uma preocupação mundial de saúde pública, devido a sua alta frequência e aos prejuízos sociais, psíquicos e biológicos advindos deste. A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente, de modo que seu uso recreativo se tornou quase tão comum quanto o uso de tabaco entre adolescentes e jovens adultos nos últimos anos. Uma das possíveis razões, é que pode ter ocorrido uma diminuição na percepção dos seus riscos por parte dos usuários. Essa possibilidade preocupa profissionais de saúde e pede urgência na formulação de políticas de promoção e prevenção no contexto das drogas, pois tal percepção interfere diretamente na tomada de decisão do uso (TAVARES, 2019).

Conceição e Ventura (2019) relataram que a maioria dos adolescentes parece conhecer os riscos associados ao uso abusivo da maconha, mas a maioria não percebe grande risco em seu uso esporádico. Ambos os sexos, mas em particular, as mulheres consideram o uso da maconha como um comportamento de risco, tanto para si quanto para os outros. Além disso, foram apontados mais riscos do que benefícios de seu uso, embora haja uma posição favorável ao uso de maconha para fins medicinais. Como esperado, os adolescentes que não vêm riscos no uso da maconha foram aqueles que relataram fazer uso da droga.

Partindo desse pressuposto, o VI Levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas, realizado com estudantes entre 10 e 19 anos do ensino fundamental e médio de escolas públicas e particulares nas 27 capitais brasileiras, verificou que o “uso na vida” (uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida), nas instituições educacionais públicas, foi relatado por 59,3% dos alunos, enquanto nos estabelecimentos escolares privados, por 65% dos alunos entrevistados. O “uso no ano” (uso de droga psicotrópica pelo menos uma vez nos 12 meses que antecederam a pesquisa) foi relatado por 41,1% dos alunos nas escolas públicas e 47,5% nas escolas privadas. Em relação à frequência de “uso no mês” (uso de droga psicotrópica pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a pesquisa), o percentual foi de 23% nas escolas públicas e de 20,6% nas escolas privadas. Tais dados permitem inferir que o início do consumo de drogas está cada vez mais precoce (IV LEVANTAMENTO DO CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2010).

Um estudo mais abrangente, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópica, relatou que a prevalência do uso de bebidas alcoólica nos últimos 30

dias anteriores a pesquisa, foi de 30,1%, o que representa aproximadamente 46 milhões de habitantes. Essa pesquisa considerou questões sobre a frequência e a quantidade do uso de álcool, bem como a idade do primeiro consumo. Assim, com relação a faixa etária, aproximadamente sete milhões (34,3%) dos indivíduos menores de 18 anos reportaram ter consumido álcool na vida, e 22,2% consumiram nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa (BASTOS *et al*, 2017)

Assim, nota-se uma escassez de estudos atuais sobre o consumo de drogas no país, ressaltando a relevância de incentivar a realização dessas pesquisas. Ademais, é de extrema importância conhecer o perfil epidemiológico e a tendência das internações decorrentes do abuso de drogas, a fim de promover a melhoria da assistência, direcionar adequadamente os recursos financeiros e avaliar o impacto das políticas públicas. Elevadas taxas de hospitalização podem indicar o aumento da prevalência do abuso de drogas na população e sua cronicidade, que elevam a demanda e sucessivos atendimentos tanto por serviços ambulatoriais quanto por leitos hospitalares (RODRIGUES *et al*, 2019).

#### **4.2 O Movimento da reforma psiquiátrica e as rede de atenção ao usuário de drogas**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil nasce no contexto da reforma sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988. A Carta de Bauru de 1987, representa o movimento de luta dos trabalhadores em saúde mental ao apresentar inúmeras denúncias e reivindicações ao modelo manicomial. Nesse período, destacam-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1992 e 2001 que avançaram com propostas significativas na política de formação de recursos humanos, financiamento e controle social, na perspectiva do desenvolvimento de serviços abertos de base territorial. Esses serviços visavam substituir os manicômios com uma proposta de cuidado integral por meio do trabalho em equipe interdisciplinar, estabelecendo um novo campo de práticas assistenciais em saúde mental: a Atenção Psicossocial (FIGUEIREDO, 2019).

Antes dessas mobilizações, a atenção aos transtornos mentais e à dependência de drogas no país possuía apenas os hospitais psiquiátricos como modelo de tratamento, cujas características eram asilares e higienistas. Esse cenário passou por modificações, principalmente a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Essa lei determinou que a assistência à saúde mental se estruturasse de forma integral e humanizada, livre de qualquer discriminação, buscando minimizar a necessidade de internações. A partir dela, outros avanços ocorreram, instituindo a

política de “desinstitucionalização” e fomentando a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a concomitante criação de serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (RODRIGUES *et al*, 2019).

Nesse contexto, surgem no Brasil na década de 1980 os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo os principais dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico na oferta de uma atenção territorializada, por meio de portas abertas. Essa proposta, parte do pressuposto de que a própria liberdade é terapêutica, devendo ser abordada como um dos elementos basilares da assistência. Ao longo dos anos 1990 e início dos anos 2000, estes serviços passaram por uma série de modificações e ampliações, como a criação da modalidade de CAPS Álcool e outras Drogas (CAP-Sad) (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018).

A partir da construção deste novo modelo de atenção à saúde mental, houve redução de leitos psiquiátricos no país. Em 2017, o Conselho Federal de Medicina divulgou pesquisa apontando a redução de 38,7% dos leitos de internação psiquiátricos na rede pública. Em 2005, eram 40.942 unidades, já em dezembro os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) contabilizavam apenas 25.097 leitos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Araújo (2004), no livro *Aconselhamento em dependência química*, discute que há uma variedade de modelos de tratamento para a dependência química com vantagens e desvantagens, no entanto, não há um serviço melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço. O entendimento de cada ambiente de tratamento auxilia o processo de adequação de um serviço às necessidades do usuário ao qual presta assistência. Além disso, outros fatores devem ser levados em consideração na escolha do serviço, como por exemplo o momento do tratamento. Sintomas agudos de abstinência podem requerer um ambiente ambulatorial não-intensivo, intensivo, hospital-dia ou até mesmo uma internação para desintoxicação. Porém, quando os sintomas de abstinência já estão brandos indica-se abordagens menos intensivas e extra hospitalares.

Desse modo, para efeitos desse estudo convém destacar a abordagem das Unidades de Desintoxicação, aos quais vêm sendo organizadas dentro dos hospitais gerais. Nesse serviço, a internação e a permanência são estritamente voluntárias. O tempo de internação acompanha o período de maior intensidade dos sintomas, ou seja, em média duas semanas. Durante esse período, os pacientes podem receber, além do tratamento farmacológico, atendimento psicoterapêutico individual e em grupo e terapia ocupacional. Objetiva-se nessa abordagem, a

sensibilização dos pacientes para os problemas ocasionados pela dependência e motivação para a manutenção do tratamento em um ambiente ambulatorial (ARAÚJO, 2004).

### 4.3 As Políticas públicas sobre drogas no Brasil

A Convenção Internacional do Ópio, foi o primeiro tratado internacional que abordou a necessidade de proteção internacional e controle de drogas. No cenário brasileiro, as políticas públicas traziam uma perspectiva de repressão ao tráfico e aos usuários de drogas, como o Decreto-Lei nº 891/1938, da Fiscalização de Entorpecentes, incorporado ao Código Penal de 1941. O tratamento dos usuários era realizado em sua maioria por instituições privadas de cunho religioso, ficando o Estado encarregado das execuções criminais (XAVIER *et al*, 2018).

Fazendo um resgate histórico, a promulgação da Lei Federal 10.216 , de 06 de abril de 2001, representou o marco legal da Reforma Psiquiátrica, uma vez que, colocou no centro de debates o direito à cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais, e apesar de não abordar a temática sobre drogas em específico, ratificou as diretrizes que constituíram o Sistema Único de Saúde, garantindo a universalidade de acesso e direito à assistência, à integralidade e à descentralização do atendimento, determinando a estruturação de um novo modelo de atenção em saúde mental voltado a aproximar o indivíduo da comunidade e do convívio social (TEIXEIRA *et al*, 2017).

Sob essa ótica, o texto do relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, evento que ocorreu em dezembro de 2001, evidenciou as fragilidades do modelo hospitalocêntrico em proporcionar o acesso da população ao atendimento e colocou em pauta a necessidade de ampliação dessa rede ao indivíduo que faz uso prejudicial de drogas como uma das tarefas mais importantes desta Conferência (III CNSM, Relatório Final, 2001).

“Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos, bem como reconhecer os aspectos culturais, étnicos e de gênero envolvidos no surgimento de um transtorno mental” (III CNSM, Relatório Final, 2001).

Com base nessas deliberações, o Ministério da Saúde regulamentou na Portaria 336/2002 os parâmetros para criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e inclui uma modalidade destinada ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). No entanto, somente em 2003 que a temática das drogas como um problema de saúde pública foi efetivada no campo da saúde por meio da publicação da Política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde, reconhecendo o uso prejudicial de drogas como grave problema de saúde pública e apresentando a redução de danos como um dos eixos norteadores, com a assistência centrada em uma rede extra-hospitalar, de acordo com os princípios da proposta de atenção psicossocial (BRASIL, 2003).

A posteriori, foi sancionada a Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Este passou a diferenciar a condição de usuários e dependentes de drogas e considerar a exclusão da pena de prisão para o usuário. O Ministério da Saúde, em parceria com a *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) e a Organização Mundial de Saúde, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, para apoiar e ampliar o tratamento voltado aos usuários de crack. As metas desse plano contemplavam a criação de pontos de acolhimento, capacitação dos trabalhadores e a avaliação da Rede de Atenção em Álcool e Drogas no SUS (XAVIER *et al*, 2018).

Em 2012, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 148/2012 estabeleceu que os leitos em hospitais fazem parte dos pontos de atenção para garantir o acesso dos usuários à tecnologia hospitalar, particularmente no manejo do cuidado das intercorrências clínicas. Assim, os dispositivos comunitários devem ter relação coordenada com os hospitais gerais que fazem a internação psiquiátrica para assim, garantir a continuidade do cuidado da comunidade ao hospital e vice-versa (ECHEBARRENA; SILVA, 2020).

#### **4.4 O Programa Nacional de Segurança do Paciente no contexto da saúde mental.**

O *Institute of Medicine* (IOM) em 1999 divulgou o estudo intitulado *To Err is Human* (Errar é humano), no qual a temática segurança do paciente passou a ter notoriedade global. Essa pesquisa mostrou a incidência de eventos adversos em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Segundo este estudo, cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos nos Estados Unidos da América (EUA) (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015). No Brasil não foi

diferente, Mendes *et al* (2009) realizaram um estudo em três hospitais brasileiros que mostrou uma incidência de eventos adversos de 7,6%, sendo que destes, 66,7% eram evitáveis.

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, metas de prevenção aos riscos na assistência ao paciente e diretrizes para implantação de medidas visando o cuidado seguro. Nacionalmente, a OMS juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 63 de 25 de novembro de 2011 do MS/ANVISA, que determina as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde com base na perspectiva de segurança do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Art. 8º- O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

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

Fundamentado nisso, a Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com a finalidade geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Além disso, dentre as metas do PNSP está a criação de Núcleos de Segurança do Paciente constituídos de equipes multidisciplinares com o objetivo de assegurar que as ações voltadas para a segurança do paciente e gestão de riscos de fato ocorram (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

- I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013).

No campo da Saúde Mental, é necessário que a assistência tenha um manejo diferenciado, haja vista que o perfil singular de pacientes nesse âmbito pode predispor à ocorrência de alguns eventos adversos como autoagressão, violência e suicídio. Nessa perspectiva, a implementação de medidas para melhorar a segurança do paciente é essencial, particularmente em hospitais psiquiátricos que ofertam o serviço de desintoxicação do uso abusivo de álcool e outras drogas. Sabe-se que nesses serviços as limitações na estrutura física, no quantitativo de profissionais de saúde e na organização dos serviços podem gerar riscos à segurança de pacientes, funcionários e visitantes, assim estratégias na gestão de risco devem ser desenvolvidas para melhorar a segurança do paciente com transtorno relacionado ao uso de substâncias (VANTIL *et al.*, 2020).

## **5 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 Delineamento e local da pesquisa.**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em uma Unidade de Desintoxicação (UD) de um Hospital público do estado do Ceará. Esta instituição é um hospital psiquiátrico, fundado em 1963 e atualmente é o único hospital público dessa natureza no estado do Ceará, funcionando também como central reguladora de leitos psiquiátricos da rede de saúde. Dispõe de 180 leitos de internação, divididos em duas unidades de internação masculina com 40 leitos cada, duas feminina com 40 leitos cada e uma unidade masculina de desintoxicação para dependentes químicos com 20 leitos. Além disso, possui um Hospital Dia Elo de Vida para pacientes adultos com psicoses e outro para dependentes químicos com 20 leitos cada, assim como um ambulatório vinculado à residência médica em psiquiatria, para atender diferentes públicos: infantil, geriátrico, primeiro surto, psicoses de difícil controle, transtornos sexuais, afetivos, dentre outros (AMARAL, 2013).

### **5.2 Instrumento e procedimento de coleta de dados**

A pesquisa foi realizada por meio da coleta de dados em fontes primárias e secundárias utilizando as técnicas de observação não participante associada a análise documental. Desse modo, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro (APÊNDICE A) em forma de check list dividido por eixos (Tabela 1) com respostas "SIM", "NÃO" e "NÃO OBSERVADO".

**Tabela 1** - Eixos do Roteiro de Observação não participante.

<b>Eixos</b>	<b>Quantidade de itens</b>
Infraestrutura	11
Funcionamento e recursos humanos	22
Identificação do paciente	18
Segurança na prescrição, uso e dispensação de medicamentos	37
Higiene das mãos	11
Comunicação efetiva	15
Prevenção de quedas	14

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

O roteiro foi estruturado tendo como base as especificações dos protocolos do Ministério da Saúde referente ao Programa Nacional de Segurança do Paciente. A saber: higiene das mãos, identificação do paciente, comunicação efetiva, prevenção de quedas e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Ademais, também foi analisado aspectos relacionados as condições organizacionais quanto a infraestrutura, funcionamento do serviço e recursos humanos tendo como base a Portaria N° 148/2012 que regulamenta as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad. Durante todo o período de observação, as demais anotações foram registradas em um diário de campo.

### **5.3 Etapa 1: Procedimento de análise documental**

Optou-se por começar a pesquisa pela análise documental no intuito de ambientar-se com o objeto de estudo, conhecer o funcionamento e aspectos relevantes da gestão do serviço. Assim, foi feito o levantamento de documentos oficiais como, atas de reuniões, protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP) disponíveis.

Sabe-se que os documentos são registros escritos que possibilitam coletar informações para a compreensão dos fatos e relações. Por meio da análise documental, é possível conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois se constituem em manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo (JUNIOR *et al*, 2021).

## 5.4 Etapa 2: Observação não participante

A técnica de observação não participante permite a compreensão de comportamentos e acontecimentos quando eles se produzem, sem a interferência de documentos ou pessoas. Nesse contexto, o pesquisador não se envolve com o objeto pesquisado e permanece alheio à comunidade ou processo ao qual está pesquisando, tendo um papel de espectador, o que permite compreender uma situação como ela realmente ocorre. Quanto aos meios, as observações podem ser estruturadas, semiestruturadas ou não estruturadas, ou seja, o pesquisador pode ir a campo com ou sem um roteiro previamente estabelecido. (FERREIRA; TORRECILHA; MACHADO, 2012).

Nesse cenário, as observações foram realizadas durante o mês de setembro de 2022, seguindo uma ordem de fluxo pré-estabelecida de acordo com o roteiro de observação não participante (APÊNDICE A). Assim, optou-se por iniciar a observação na emergência do hospital, para compreender como os pacientes são admitidos no serviço e responder os itens do eixo “Aspectos relacionados ao funcionamento do serviço” (APÊNDICE A). Em seguida, foi observado a rotina da farmácia, setor que presta assistência farmacêutica a Unidade de Desintoxicação, em que foi possível observar os itens 33 ao 37 contidos no eixo “Aspectos relacionados à segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos” (APÊNDICE A).

Cabe destacar que ainda no eixo “Aspectos relacionados à segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos” (APÊNDICE A), foram observados os itens 13 ao 20, 24 ao 28 e 35 nas prescrições quanto à sua conformidade de acordo com as recomendações do protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Para isso, considerou-se todos os pacientes internados no dia 13/09/2022, contemplando o período desde a sua admissão até o momento em que a pesquisadora realizou a referida análise.

Ademais, observou-se a equipe de enfermagem atuante na Unidade de Desintoxicação, em dias diferentes e turnos alternados no intuito de observar equipes distintas e uma maior variabilidade de práticas assistenciais. A observação não participante foi guiada por meio de um roteiro (APÊNDICE A), para verificar a existência de práticas seguras por parte desses profissionais.

## 5.5 Análise de dados

### 5.5.1 Procedimento de análise documental

Os documentos encontrados foram analisados por meio da apuração e organização do material em que, foram feitas leituras sucessivas e sistemáticas nas quais se buscou identificar o tipo de documento e extrair informações relacionadas ao roteiro (APÊNDICE A). Dessa forma, os documentos encontrados foram alocados em categorias que melhor lhes representava (QUADRO 1).

**Quadro 1-** Categorias dos documentos institucionais analisados.

<b>Categorias</b>	
<b>01</b>	Infraestrutura, funcionamento e recursos humanos
<b>02</b>	Fichas de Notificação – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN);
<b>03</b>	Protocolos;
<b>04</b>	Indicadores do serviço
<b>05</b>	Procedimento Operacional Padrão
<b>06</b>	Atas de reunião

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

As categorias 01 a 04 foram organizadas por temas dos assuntos encontrados. Por outro lado, os documentos da Categoria 05 foram codificados como POP 001, POP 002, POP 003 e assim por diante e os da 06 foram identificadas por ordem cronológica sendo a primeira ata de reunião datada em 15/12/2020 e a última 15/07/2022.

Ademais, os documentos que descreviam alguma ação realizada, preconizada ou instituída no serviço, ou ainda, qualquer outra informação julgada pertinente para o estudo, foram destacadas e descritas no campo: observações. Por fim, essas informações foram organizadas em um quadro (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

### 5.5.2 Observação não participante

Foi realizado o cálculo percentual do quantitativo de conformidades referente a cada eixo do roteiro (APÊNDICE A) seguindo como base a fórmula geral:

$$\text{Eixo X} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de conformidades do eixo X}}{\text{N}^\circ \text{ total de itens do eixo X}} * 100$$

Em que, X são os eixos contidos no roteiro (APÊNDICE A) e o número de conformidades representado pelo quantitativo de respostas positivas referente a cada eixo. Não foram incluídos no cálculo itens respondidos com “NÃO OBSERVADO”. Para a visualização dos resultados foi utilizado o gráfico radar, no qual foi possível analisar cada eixo constante no roteiro com relação as conformidades encontradas.

### **5.6 Aspectos éticos**

Para o presente trabalho não foi necessário obter aprovação do Comitê de Ética, pois constitui uma pesquisa que não fez uso de animais ou fontes humanas para sua realização. Além disso, a instituição na qual se realizou o estudo autorizou o uso de seus dados com finalidade para pesquisa, estando sob aprovação da Análise de Viabilidade de Projeto de Pesquisa (ANEXO A), Termo de Ciência e Concordância (ANEXO B) e Carta de Anuência (ANEXO C).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Condições organizacionais da Unidade de desintoxicação: infraestrutura, recursos humanos e rotinas de funcionamento.

Foram encontrados 62 documentos oficiais na instituição investigada. Sendo que destes, 07 foram alocados na Categoria Infraestrutura, funcionamento e recursos humanos, 15 na Categoria Fichas de Notificação – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), 02 em protocolos, 11 em indicadores de qualidade do serviço (Quadro 2), 07 em Procedimento Operacional Padrão (Quadro 3) e 20 em atas de reuniões (Quadro 4).

**Quadro 2-** Descrição dos documentos institucionais conforme categorias: Infraestrutura, funcionamento e recursos humanos, Fichas de Notificação – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), POP e indicadores.

(continua)

<b>Categorias</b>	<b>Assunto</b>
Infraestrutura, funcionamento e recursos humanos	Espaço físico
	Critérios de admissão
	Tipos de altas
	Funcionamento do serviço
	Atribuições da equipe de enfermagem
	Cronograma de atividades
	Fluxo de admissão
Fichas de Notificação – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)	Ficha de notificação tuberculose
	Ficha de notificação antirrábica humano
	Acidente de trabalho com exposição à material biológico
	Transtornos mentais relacionados ao trabalho
	Ficha de investigação de hepatites virais
	Ficha de notificação/investigação hanseníase
	Ficha de investigação de intoxicação exógena
	Ficha de investigação de meningite
	Ficha de investigação de sífilis adquirida
	Ficha de notificação individual: violência interpessoal/autoprovocada
	Ficha de investigação acidente de trabalho
	Ficha de investigação acidente por animais peçonhentos
Ficha de notificação/investigação AIDS	

(conclusão)

<b>Categorias</b>	<b>Assunto</b>
Fichas de Notificação – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)	Ficha de registro individual-casos de síndrome respiratória aguda grave
	Formulário de notificação de incidente/queixa técnica
	Taxa de ocupação dos leitos
Protocolos	Protocolo time de resposta rápida
	Protocolo de contenção mecânica
Indicadores	Tempo médio de permanência
	Taxa de ocupação dos leitos
	Taxa de mortalidade
	Lesão por pressão
	Queda
	Taxa de rotatividade por leitos
	Capacitação dos profissionais
	Percentual de paciente da unidade com PTS elaborado
	Reunião mensal
	Absenteísmo
Percentual de avaliação clínica	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

**Quadro 3** - Descrição dos documentos alocados na categoria Procedimento Operacional Padrão (POP).

<b>Categoria</b>	<b>Código</b>	<b>Assuntos</b>
Procedimento Operacional Padrão (POP)	001	Admissão do paciente na unidade de internação
	002	Higienização simples das mãos
	003	Verificação do pulso apical e radial
	004	Verificação de pressão arterial
	005	Aferição de temperatura corporal
	006	Administração de medicamento por via intravenosa
	007	Administração de medicamento por via intramuscular

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

**Quadro 4** - Descrição dos documentos alocados na categoria de atas de reunião.

(continua)

<b>Data da ata de reunião</b>	<b>Assuntos</b>	<b>Observações</b>
15/12/2020	Elaboração de fluxos: internação e emergência.	Gestor orienta a equipe de enfermagem a conferir a medicação ao receber o plantão.
13/01/2021	Indicadores e reuniões de Projeto Terapêutico Singular (PTS).	Apresentação de indicadores; Gestor ressalta a importância da presença do técnico de enfermagem no momento da alimentação dos pacientes.
10/02/2021	Indicadores e reunião PTS	Gestor ressalta a importância de preencher a anamnese ampliada de forma completa e o Projeto Terapêutico Singular, pois ele é um indicador.
09/03/2021	Novo fluxo de admissão e criação de uma unidade de transição,	Atendimento por fichas de intenção.
14/04/2021	Indicadores, reunião de PTS e exames clínicos.	Admissão mediante resultado negativo do teste covid-19 e seguindo a ordem das fichas de intenção; Apresentação de indicadores.
18/05/2021	Mapa estratégico HSM, integração da equipe, reunião PTS, bloqueio da unidade de transição.	Reforça a importância da integração da equipe; Unidade de transição bloqueada por conta de casos de Covid-19 positivos; visão 2023: ser referência nacional no cuidado e inovação em saúde mental.
16/06/2021	Integração e comunicação da equipe, reunião PTS, indicadores.	O gestor reforça a importância de os profissionais chamarem os pacientes pelo nome e sobrenome e não por adjetivos ou número do leito; O gestor reforça a importância da integração e comunicação entre os profissionais da equipe; Avisa que os indicadores da UD se encontram no flanelógrafo no posto de enfermagem.
21/07/2021	Avaliação do paciente antes da admissão, reunião PTS.	Avaliar o paciente antes da admissão, de acordo com os critérios (opção por telefone); Apresentação de indicadores; Abertura de unidades clínicas para pacientes suspeitos de Covid-19.
18/08/2021	Fluxo da Unidade de Desintoxicação (UD): Leitos, pacientes menores de idade e acompanhantes.	Funcionamento da UD com 05 leitos e fichas de intenção, acolhimento de menores de idade enquanto surge vaga no SOPAI.
22/09/2021	Funcionamento da unidade, reunião PTS, indicadores.	Apresentação de indicadores; As unidades estão sendo separadas pelo portão; Os pacientes devem ir para o jardim em alguns momentos do dia acompanhados de algum profissional.
20/10/2021	Reunião com a direção, visitas e reunião com familiares	Avisa sobre o retorno das visitas e reunião com familiares

(conclusão)

<b>Data da ata de reunião</b>	<b>Assuntos</b>	<b>Observações</b>
17/11/2021	Leitos, local, fluxo de admissão, atendimento médico (residência).	A UD está funcionando no local do ELO DE VIDA com 05 leitos e fichas de intenção
15/12/2021	Atividades, rotina e local.	Gestor reforça o funcionamento da UD e dispõe do cronograma de atividades
14/01/2022	Local, reunião com familiares, protocolo de contenção mecânica.	Abertura de uma unidade de transição devido ao aumento do número de casos; Suspensão das reuniões com a família e visitas; protocolo de contenção mecânica.
09/02/2022	Mudanças em relação ao local e funcionamento da UD.	Aumento dos números de leitos para 10; Gestor reforça a importância de realizar o PTS.
03/03/2022	Novo local e estrutura, número de leitos, reuniões PTS	Retorno ao local de origem; Aumento dos números de leitos para 10; Reforça a importância de realizar o PTS.
13/04/2022	Apresentação de indicadores, Anamnese ampliada, visitas, rotina da unidade.	Apresentação de indicadores; Reforça a importância de indicadores para a avaliação da unidade.
20/05/2022	Normas de funcionamento, fluxo de admissão.	Documento com as atividades realizadas pelos profissionais; Fluxo de admissão.
25/06/2022	Mudança de local, estrutura, leitos.	Alteração do local para o ELO DE VIDA; Funcionamento com 10 leitos; Manter o jardim aberto durante o dia e os pacientes poderão ficar lá desde que acompanhados.
15/07/2022	Local, leitos, atividades assistenciais, certificados	Em virtude da pandemia a UD está funcionando no ELO DE VIDA; Funcionamento com 10 leitos; Gestor solicita que profissionais entreguem certificados de capacitações pois é um indicador de desempenho.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

No que concerne aos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), foram encontrados 07, sendo que destes 01 está relacionado com o procedimento de admissão do paciente, 01 sobre a correta higiene de mãos, 03 sobre a aferição de sinais vitais e 02 sobre administração de medicamentos, conforme o quadro 2. Com relação as atas de reunião do gestor com a equipe assistencial da UD, foram encontradas 20 atas de reunião contemplando os mais diversos temas, contabilizando um ano e sete meses de acompanhamento da gestão do serviço.

As pautas mais recorrentes foram as reuniões de Projeto Terapêutico Singular (PTS) com um total de 06, seguido do assunto mudança do local (07) e indicadores de qualidade do serviço (06).

Outrossim, a UD está integrada ao Escritório de Qualidade do hospital e utiliza os seguintes indicadores de qualidade e gestão hospitalar: tempo médio de permanência; taxa de ocupação dos leitos; taxa de mortalidade; lesão por pressão; queda; taxa de rotatividade dos leitos; taxa de infecção hospitalar; capacitação dos profissionais; percentual de paciente da unidade com Projeto Terapêutico Singular (PTS) elaborado; reunião mensal; absenteísmo e percentual de avaliação clínica. Esses indicadores são avaliados mensalmente por meio de metas que variam entre os indicadores. O tempo médio de permanência corresponde ao tempo que o paciente esteve internado na instituição, sendo o período médio preconizado pela UD de 12 dias. A taxa de ocupação dos leitos indica a capacidade de atendimento do serviço, sendo a meta 96% dos leitos ocupados. Indicadores como capacitação dos profissionais e percentual de pacientes com PTS elaborado possuem o percentual de 100% como meta do serviço. Outros indicadores como taxa de mortalidade, infecção hospitalar, queda e absenteísmo são avaliados por meio da polaridade quanto menor melhor.

Foram localizados documentos relacionados ao espaço físico em que se obteve a descrição da infraestrutura física da UD, a qual é composta por um posto de enfermagem, consultórios médicos e de enfermagem, sala de procedimentos, sala de intercorrência, refeitório, auditório, salão multiuso e quartos com quatro leitos e banheiro em cada um. Dispõe também de uma equipe multiprofissional (Tabela 2), sendo que a equipe de enfermagem atua em regime de plantões das 07h às 19h e das 19h às 07h, todos os dias da semana. Os demais profissionais atuam conforme cronograma de atividades estabelecido pelo serviço de segunda feira as sextas feiras, com capacidade operacional de 20 leitos (Quadro 5). Aos finais de semanas a UD conta com os médicos plantonistas do hospital, caso seja necessário.

**Tabela 2** - Quantitativo de recursos humanos da Unidade de Desintoxicação, Fortaleza - CE, 2022.

<b>Categoria profissional</b>	<b>Quantidade</b>
Gestor do serviço	01
Médico clínico geral	01
Médico psiquiátrico	01
Terapeuta ocupacional	01
Psicólogo	01
Residente em psiquiatria	02
Educador físico	01
Nutricionista	01
Enfermeiro	16
Técnico de enfermagem	08
Total	34

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

**Quadro 5** - Cronograma de atividades da UD, Fortaleza – Ceará, 2022.

<b>Dia da semana</b>	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>
Segunda feira	Atendimento médico	Livre
Terça feira	Educação física Atendimento médico (clínico) Grupo Terapia Ocupacional	Atendimento individual (psicologia) Grupo psicologia
Quarta feira	Atendimento médico Visita familiar Reunião de equipes (PTS)	Atendimento individual (assistente social)
Quinta feira	Grupo (Assistente Social)	Grupo de Educação em Saúde (Enfermagem)
Sexta feira	Atendimento médico	Grupo de reflexão (Terapia ocupacional)

Fonte: Unidade de Desintoxicação, 2022.

No documento “atribuições da enfermagem” foi destacado alguns pontos relevantes da atuação desses profissionais no serviço como: "controlar psicotrópicos e entorpecentes", "realizar educação em saúde voltada aos usuários, familiares, e comunidade", "realizar educação em serviço visando adaptação e aperfeiçoamento do servidor na unidade" nas atribuições do enfermeiro assistencial e "participar dos planejamentos e realizar atividades

culturais, terapêuticas e de reabilitação psicossocial", "participar de grupos de estudos para aprimoramento da equipe", "participar das reuniões de equipe na educação permanente", "participar da construção do PTS" destacadas das atribuições do técnico de enfermagem.

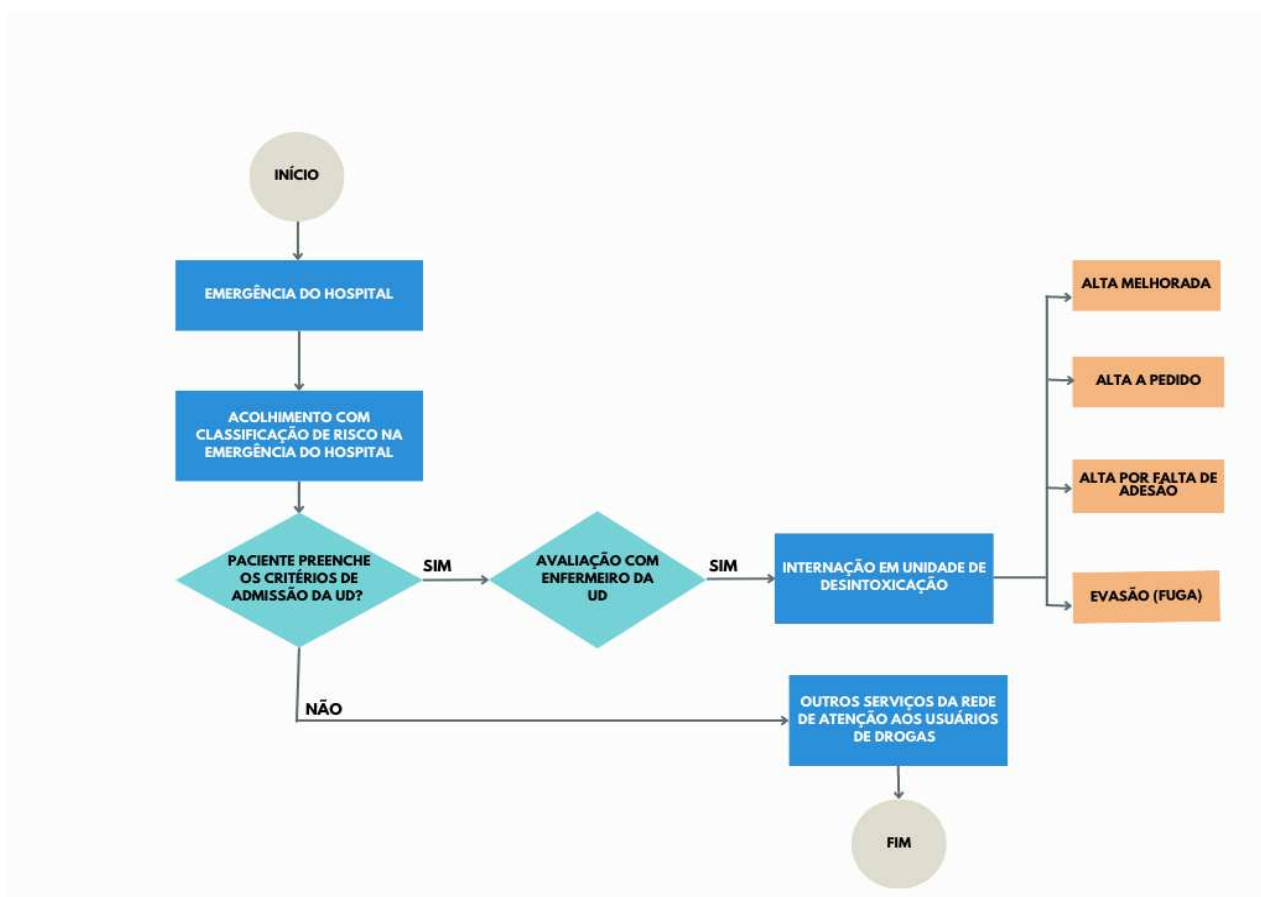
O documento “tipos de alta” descreve os tipos de desfecho que o paciente internado na UD pode ter: alta melhorada, alta a pedido, alta por falta de adesão e evasão. A alta melhorada o paciente conclui o tratamento de desintoxicação no período de 10 a 15 dias, recebendo atestado médico, receita médica para 30 dias e encaminhado para o CAPS-AD ou Elo de vida e nova internação só poderá ser realizada após três meses. A alta a pedido poderá ser solicitada a qualquer momento pelo usuário e ele poderá receber encaminhamento para os outros dispositivos de atenção ao usuário de drogas, a receita irá ser dada a critério médico e uma nova internação só poderá ser feita após 06 meses. A alta por falta de adesão ocorre caso o paciente infrinja alguma norma do serviço, poderá ser encaminhado para o CAPS-AD ou Elo de vida, receber receita a critério médico e nova internação só poderá ocorrer após 01 ano. Evasão ocorre quando o paciente foge do serviço e nesse caso uma nova internação poderá ser feita também após um ano.

Na categoria Fichas de Notificação – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) foram encontrados 15 documentos, sendo 08 de doenças de notificação compulsória: tuberculose, raiva, hepatites virais, hanseníase, meningite, sífilis adquirida, AIDS e Síndrome respiratória aguda grave, 03 relativos à saúde ocupacional: acidente de trabalho com exposição à material biológico, ficha de investigação de acidente de trabalho e transtornos mentais relacionados ao trabalho. 01 ficha de investigação de acidente por animais peçonhentos, 01 ficha de notificação de exógena, 01 ficha de notificação individual-casos de síndrome respiratória aguda grave e 01 formulário de notificação de incidente e queixa técnica. Este último, o serviço utiliza para notificar incidentes decorrentes da administração, dispensação, preparo, prescrição e superdosagem de medicamentos, comunicação, fuga de paciente, identificação do paciente, lesão por contenção mecânica e ocorrência de quedas.

Foi encontrado o documento “critérios de admissão” em que foi possível entender o perfil do público no qual o serviço atende. Dessa forma, é uma unidade masculina de internação voluntária para usuários com faixa etária de 18 a 60 anos. Além disso, para ser admitido no serviço é necessário o paciente portar documento com foto ou certidão de nascimento original, estar sem comorbidades clínicas ou psiquiátricas graves ou descompensado e estar no máximo até o 5º dia de abstinência, assim como é proibido fumar ou fazer uso de outras substâncias. Nos casos de *delirium tremens* deve ser solicitada avaliação clínica e a decisão de internação é feita pela equipe.

Nesse contexto, foi possível estabelecer o fluxo de admissão do paciente na Unidade de Desintoxicação (UD), em que a porta de entrada ao serviço se dá por meio da emergência por livre demanda. Após o cadastro no serviço de pronto atendimento (SPA), o indivíduo é encaminhado para o acolhimento com classificação de risco, sendo este realizado por médico e enfermeiro, respectivamente. Caso o paciente preencha os critérios mencionados e vagas disponíveis, ele é avaliado por um enfermeiro da UD para então ser admitido. Nos casos em que o paciente não preenche os critérios ou há indisponibilidade de vagas, ele é encaminhado para outros serviços da rede de atenção ao usuário de drogas (Figura 1).

**Figura 1** – Fluxo de admissão na Unidade de Desintoxicação.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

## 6.2 Práticas de segurança do paciente

Foram contabilizadas aproximadamente 30 horas de observação, sendo 8 horas destinadas a observação da emergência e da Farmácia e 22 horas de observação das práticas assistenciais da equipe de enfermagem na Unidade de Desintoxicação, guiada por meio do roteiro de observação não participante (APÊNDICE A), para verificar a existência de práticas seguras por parte desses profissionais.

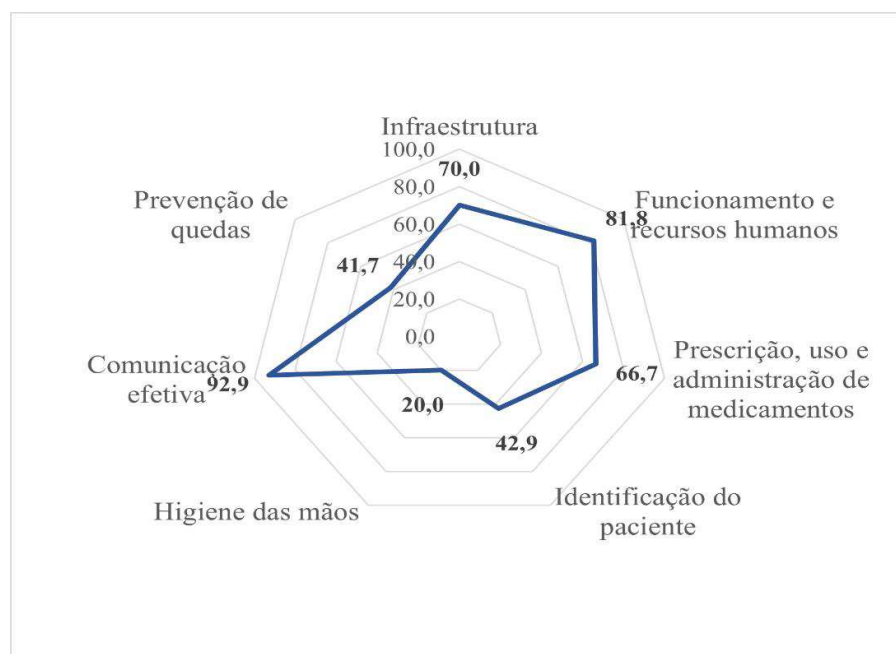
Em cada eixo foi contabilizado o número de respostas positivas, negativas e não observado conforme mostra Tabela 3. Em seguida foi expresso o percentual de conformidade de cada eixo por meio do gráfico radar (Gráfico 1).

**Tabela 3** – Quantitativo de respostas positivas, negativas e não observadas de cada eixo do roteiro.

Eixos	Nº de respostas positivas	Nº de respostas negativas	Nº de não observados
Infraestrutura	07	03	00
Funcionamento e recursos humanos	18	04	00
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	22	10	02
Identificação do paciente	06	08	00
Higiene das mãos	02	08	01
Comunicação efetiva	13	01	01
Prevenção de quedas	05	07	00

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

**Gráfico 1** - Percentual de conformidades dos eixos avaliados, Unidade de Desintoxicação, Fortaleza – Ceará, 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

## 7 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou uma Unidade de Desintoxicação ofertada por um hospital referência em saúde mental sob a perspectiva da segurança do paciente.

### **7.1 Condições organizacionais da Unidade de Desintoxicação: infraestrutura, recursos humanos e rotinas de funcionamento.**

No que concerne aos aspectos estruturais, é importante destacar que no período do estudo, a instituição investigada estava passando por uma reorganização na sua estrutura física em virtude da pandemia da Covid-19, em que foi necessário a criação de uma unidade clínica para demandas decorrentes do contexto pandêmico, sendo o local de origem da Unidade de Desintoxicação (UD) destinado a esta unidade. Nesse sentido, a UD passou a funcionar de forma improvisada no local do Hospital Dia Elo de Vida e com um número reduzido de leitos. Dentre os impactos dessa mudança, está a adequação de um posto de enfermagem em uma sala sem a presença de pias, redução do número de leitos, restrição das visitas dos familiares e da admissão por fichas de intenção.

Luzardo *et al* (2021), em seu estudo, descreveram cenário parecido. Segundo este, o enfrentamento da pandemia, resultou em modificações estruturais na unidade de desintoxicação de álcool e outras drogas analisada, como a redução das vagas de internação que antes contava com 22 vagas para 06, redução da equipe assistencial, diminuição de atividades coletivas, restrições de visitas e uma grande mobilização da equipe para o cuidado redobrado na segurança dos pacientes.

A respeito do funcionamento do serviço, um ponto a ser discutido é a utilização de indicadores para avaliação da qualidade da assistência, dentre eles se destaca o tempo médio de internação, sendo este tempo preconizado na UD de 12 dias. Com base na Lei federal 10.216/2001, o atendimento aos portadores de dependência química ou de outros transtornos mentais passa a ser redirecionado com o enfoque da desinstitucionalização e com o propósito de reabilitação psicossocial com tratamentos extra-hospitalares, assim é preconizado que o afastamento do indivíduo da sociedade seja o mais breve possível (BRASIL, 2001). No entanto, cabe destacar, ainda, que esse indicador leva em consideração as altas a pedido na composição de seu resultado.

No âmbito do tratamento da drogadição, a alta a pedido pode ser entendida como não adesão ou abandono do indivíduo ao tratamento. Klein (2019) demonstrou que variáveis sociodemográficas influenciam diretamente no perfil de paciente com melhor retenção no tratamento uma vez que pacientes com uma rede familiar e social de apoio e que iniciaram o consumo de crack mais tarde permaneceram mais tempo internados. Por outro lado, a vulnerabilidade socioeconômica foi apresentada com a principal variável relacionada à saída prematura da internação.

O tratamento de desintoxicação é uma etapa fundamental para a aquisição e manutenção da abstinência do consumo de drogas, que talvez não seria alcançada com o sujeito estando em seu ambiente de origem. A manutenção da abstinência é favorecida no ambiente hospitalar tendo em vista que o pico de *craving* (fissura) durante a abstinência se concentra no período de até duas semanas. Desse modo, o período inicial da abstinência aparece como um momento de fragilidade, onde o sujeito pode desenvolver um lapso ou até mesmo uma recaída (JUSTINA, 2018). Assim, infere-se que as altas a pedido nesse período indicam maiores chances de o indivíduo ter uma recaída do que considerar que ele está pronto para dar continuidade ao tratamento fora do ambiente hospitalar.

Desse modo, convém questionar se de fato este indicador está avaliando a qualidade da assistência, uma vez que esses valores podem estar conforme o esperado em teoria, mas que na realidade está refletindo um percentual de não adesão dos pacientes ao invés de sucesso terapêutico. Além disso, quando o paciente solicita alta a pedido um dos critérios do serviço para uma nova admissão é o intervalo de seis meses, ficando assim o indivíduo impossibilitado de acesso ao tratamento por esse período.

Em termos de recursos humanos, a instituição analisada dispõe de uma equipe assistencial e realiza as atividades conforme orienta a Portaria N° 142/2012. Entretanto, essas atividades são realizadas seguindo um cronograma (Quadro 5) em que se pode perceber a ausência destas aos finais de semana. Assim, corroborando com o que já vem sendo discutido, a ociosidade dos pacientes durante esse período pode favorecer a desistência ao tratamento e, conseqüentemente, o maior número de altas a pedido.

Nesse contexto, a identificação das variáveis potencialmente relacionadas como fatores de risco à estas altas, podem auxiliar na predição da adesão ao tratamento, e conseqüentemente, auxiliar na elaboração das decisões terapêuticas mais acertadas e que potencializem a efetividade do Projeto Terapêutico Singular, bem como na escolha do ambiente mais adequado para tal (KLEIN, 2019). Assim, é de extrema importância a realização de mais estudos avaliando o impacto das altas a pedido no tratamento de

desintoxicação, para então propor estratégias que minimizem a ocorrência desse evento, bem como propiciar um plano terapêutico mais individualizado de acordo com as demandas de cada paciente.

## **7.2 As práticas de segurança do paciente.**

Os resultados deste estudo apontam a higiene das mãos como uma das práticas assistenciais com menor percentual de conformidades dentre as avaliadas. Apesar de o serviço estudado dispor de um Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre higienização simples das mãos descrevendo os passos corretos e os 5 momentos do cuidado em que deve ser realizado, conforme orienta o Ministério da Saúde, essa prática mostrou-se ausente durante o período observado. Por outro lado, observou-se que alguns profissionais costumam fazer a assepsia com álcool em gel, no entanto esse hábito também não está presente em todos os momentos recomendados.

Assim, conforme já mencionado pode-se inferir que a baixa adesão da lavagem de mãos por parte dos profissionais possa ser atribuída ao difícil acesso a pias, tendo este que se deslocar até o banheiro para realizar a lavagem de mãos. Entretanto, este fato não justifica o resultado, uma vez que a higiene das mãos deve ser uma prática inerente ao cuidado e a administração da instituição, juntamente com outros líderes, deve proporcionar os devidos recursos para a realização dessa atividade. Gomes *et al* (2018) evidenciou que não basta o profissional conhecer as técnicas corretas e os momentos em que deve realizar a higienização das mãos, ele necessita de condições de trabalho e recursos materiais para tal. Assim, os autores afirmam que fatores estruturais devem ser solucionados para que haja uma maior qualidade no serviço prestado pela instituição.

A higienização das mãos, realizada de forma correta e frequente, relaciona-se diretamente com a segurança do paciente por romper o ciclo de transmissão de patógenos. Sabe-se que as mãos constituem o principal veículo de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada, isso caracteriza a necessidade de todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde de higienizar as mãos, uma vez que todos mantêm contato direto ou indireto com os pacientes. Ademais, a falta de higienização adequada das mãos, principalmente no ambiente hospitalar, contribui para o desenvolvimento de infecções, que se constituem em eventos adversos advindos do processo de cuidar, e, não raras vezes, resultam em aumento de custos assistenciais, do período de internação e das taxas de morbidade e mortalidade (CARDOSO; SILVA; JARDIM, 2020).

Outro ponto a ser discutido é que não foram encontrados documentos que sinalizassem a realização de capacitações aos profissionais sobre este assunto, assim como não foram visualizados cartazes próximos a pias com os passos para uma higiene correta das mãos, o que permite indagar se o serviço reconhece o impacto dessa prática na rotina bem como a maneira correta de proceder a realização desta.

A higiene das mãos deve fazer parte de todas as campanhas educativas, tanto fortalecendo os conceitos da periodicidade, como da técnica. A utilização de preparação alcoólica para as mãos deve ser estimulada em todas as áreas do serviço de saúde. Infelizmente, apesar de inúmeras evidências de que a correta higienização das mãos é uma medida importante para a redução da transmissão de microrganismos por meio das mãos, a adesão a esta prática permanece baixa (GOMES, *et al* 2018).

As não conformidades na identificação do paciente vêm sendo apontadas como um fator preocupante na assistência à saúde, evidenciando que a identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos ou erros, envolvendo a administração de medicamentos e hemocomponentes, realização de procedimentos ou cirurgias, exames laboratoriais, radiológicos como, também, entrega de recém-nascidos às famílias erradas na alta ou no momento do aleitamento materno (TASE *et al*, 2013).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que as instituições de saúde desenvolvam e executem protocolos com ênfase na identificação correta do paciente, sendo necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira padronizada e colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado, contraindicando os números de quarto ou leito. Fomenta, também, a incorporação de educação continuada dos profissionais de saúde na conferência do processo de identificação dos pacientes, bem como a participação efetiva dos usuários e familiares (TASE *et al*, 2013).

Na instituição investigada, os pacientes são identificados na admissão pelos identificadores recomendados (nome completo, nome completo da mãe, data de nascimento e número do prontuário), porém não foi visto a adoção do uso de pulseiras e nem a existência de POP ou protocolos sobre a identificação correta do paciente. Ao chegar na UD, é informado ao paciente o número do seu leito e a partir disso, são entregues objetos pessoais com o número do leito, o qual será ser utilizado durante a sua permanência. Ademais, a identificação dos pacientes é colocada em um quadro que fica no posto de enfermagem, não sendo visualizadas a identificação no leito.

Ao realizar procedimentos assistenciais e a entrega da dieta, é confirmada a identificação do paciente, porém os profissionais de enfermagem não têm o hábito de chamar o paciente pelo nome completo, muitas vezes se referindo pelo número do leito. Observou-se, alguns pacientes falarem frases como “*tem alguma coisa pro 508?*”, trazendo à tona que os pacientes, por vezes, acabam internalizando o número do leito como a sua principal identificação, reduzindo-se a mais um número. O tempo de permanência dos usuários na UD é em média 12 dias, tempo esse que permite a criação de vínculos e familiaridade entre estes, de modo que os profissionais, por achar que já conhecem determinado paciente, acabam identificando-o pelo nome abreviado e número do leito. Nesse sentido, é necessário assegurar a correta identificação do paciente, mesmo que o profissional esteja familiarizado com ele, para então garantir o direito de o paciente receber o cuidado correto (SIMAN *et al*, 2019).

O uso de pulseiras em pacientes psiquiátricos torna-se muitas vezes inviável, em virtude do perfil desses pacientes, caracterizado pelo quadro de instabilidade da manifestação dos sintomas que ora apresentam momentos de remissão, ora de exacerbação, manifestado por delírios, alucinações, agitação, comportamento auto ou heteroagressivo e exposição social, fazendo com que eles não permaneçam com as pulseiras (BLANCO, 2019). Nesse sentido, infere-se que a ausência do uso de pulseiras na UD seja decorrente desse contexto, no entanto, é importante frisar que o perfil de pacientes da UD é particularmente distinto dos demais pacientes do hospital, uma vez que, é uma unidade voluntária e com pacientes sem comorbidades clínicas ou psiquiátricas grave. Partindo desse pressuposto, o uso das pulseiras de identificação é uma opção possível e pode ser implementada como uma das metas de segurança para uma assistência segura e de qualidade.

As prescrições do local do estudo são informatizadas, o que permite diminuir os erros relacionados a ilegibilidade desse documento. Além disso, possuem informações como nome completo do paciente, número do leito e da enfermaria, dose, forma farmacêutica, via de administração e posologia dos medicamentos, identificação da instituição e número do prontuário, no entanto foi observado que a maioria das prescrições não são assinadas e carimbadas pelo prescritor, colocando a prova se estas são validadas antes da dispensação dos medicamentos.

A prescrição é um documento legal, onde se responsabiliza quem prescreve, quem dispensa, quem administra, possuindo legislação própria vigente. A prescrição é um importante instrumento de comunicação escrita entre os profissionais de saúde, vista como o início de uma série de acontecimentos dentro de um processo, que resultará em uma administração, segura ou não, ao paciente (JACOBSEN *et al*, 2015).

A Unidade de desintoxicação (UD) analisada não dispõe do profissional farmacêutico compondo a equipe. Por outro lado, a farmácia do hospital presta assistência farmacêutica a UD por meio do sistema de distribuição de dose individualizada em que é dispensado os medicamentos dos pacientes para um período de 24h. O farmacêutico faz a análise técnica das prescrições antes do início da separação dos medicamentos e o auxiliar de farmácia separa individualmente os medicamentos de cada paciente sob supervisão do farmacêutico. No início do plantão, o técnico de enfermagem da UD vai a farmácia buscá-los e realiza a dupla checagem antes da administração, separando-os em recipientes identificados com nome completo do paciente. Os medicamentos na forma farmacêutica sólida são entregues conforme mencionado, porém os injetáveis são dispensados apenas próximo do horário da administração.

Para garantir o uso seguro de medicamentos é essencial que exista o auxílio e orientação de um profissional Farmacêutico. A presença deste na unidade de saúde ajuda a minimizar os possíveis erros e traz maior garantia de sucesso ao tratamento, deste modo, cada vez mais é indispensável a presença desse profissional não só no ato da dispensação, mas também na criação de uma cultura de comunicação efetiva entre os profissionais, principalmente entre médico – farmacêutico e farmacêutico – enfermeiro (CASTRO, 2019).

Entre os documentos encontrados na UD estão os Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre o preparo adequado e administração dos medicamentos injetáveis, porém não foi encontrado POP relativo aos medicamentos por via oral, apresentação farmacêutica mais encontrada nas prescrições. Outro documento encontrado foi o formulário de notificação de incidente e queixa técnicas, que permite ao serviço notificar incidentes relativos à administração, dispensação, preparo, prescrição e superdosagem de medicamentos, no entanto não foi encontrado um instrumento de notificação para as reações adversas aos medicamentos, o que permite questionar se, de fato, é realizada a notificação.

É importante distinguir os conceitos de evento adverso (EA) e reação adversa a medicamentos (RAM). O primeiro é definido como a ocorrência, em seres humanos, de qualquer efeito não desejado, decorrente da utilização de produtos sob vigilância sanitária, podendo ser evitável ou não. O segundo, se constitui um fator intrínseco ao próprio uso do fármaco e reflete uma resposta que seja prejudicial, não intencional e que ocorre nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças ou para a modificação de uma função fisiológica (LIMA, ALMEIDA, REZENDE; 2021).

As reações adversas a medicamentos figuram como a quarta causa de óbito nos Estados Unidos, estimando-se que cerca de 100.000 pessoas morram nos hospitais a cada ano por esse motivo. Essa alta incidência pode resultar em uma taxa de mortalidade maior que as atribuídas aos pacientes com AIDS, câncer de mama ou atropelamentos. No Brasil, a epidemiologia sobre RAM durante a hospitalização é pouco investigada e os trabalhos publicados geralmente são limitados a hospitais de ensino (LIMA, ALMEIDA, REZENDE; 2021). No contexto da Unidade de Desintoxicação estudada, a maioria dos fármacos prescritos são medicamentos de controle especial como benzodiazepínicos, antidepressivos, barbitúricos e estimulantes do Sistema Nervoso Central, que por sua vez possuem o alto potencial de causar reações adversas e que necessitam ter seu uso constantemente monitorado.

Em relação ao processo de preparo e administração de medicamentos, em nenhum momento foi observada a conduta de lavagem de mãos, ocorrendo algumas vezes a higienização com álcool em gel. No momento da administração dos medicamentos não há a conferência entre os dados da prescrição com a identificação a beira do leito e nem uma informação verbal por parte do profissional sobre os medicamentos que o paciente irá ingerir, só em casos que o próprio paciente pergunta. O horário de aprazamento foi obedecido conforme padronizado na instituição, as 08h, 14h e 20h. A sala de preparo dos medicamentos possui boa iluminação, ventilação, limpeza e descarte adequado aos resíduos: lixo infectante e perfuro cortante.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece “Medicação Sem Danos” como o terceiro desafio global para a segurança do paciente e espera-se reduzir em 50% os danos graves evitáveis envolvendo medicamentos até o ano de 2022. Incidentes relacionados a erros de medicação podem acontecer sob controle dos profissionais de saúde em diferentes estágios do processo de medicação, como na prescrição, na dispensação, na distribuição e no monitoramento do uso de medicamentos. Embora a redução de erros de medicação seja uma responsabilidade multiprofissional, enfatiza-se o papel determinante da equipe de enfermagem, uma vez que estes são responsáveis pela última barreira capaz de impedir o surgimento de erros advindos ou não de etapas anteriores: a administração (CAMARGOS *et al*, 2021).

Observou-se, na prática assistencial que o enfermeiro da UD, muitas vezes, encontra-se distante da assistência clínica ao paciente, concentrando maior tempo nas demandas gerenciais. Por conseguinte, o preparo e a administração de medicamentos, em maioria, são realizados por técnicos de enfermagem sem a devida supervisão do enfermeiro. Ainda que essas atividades façam parte das atribuições desses profissionais, entende-se que elas

requerem habilidades e conhecimentos específicos relacionados a mecanismos de ação, equipamentos adequados, vias de administração, possíveis interações medicamentosas e efeitos indesejados. Tal fato ressalta a importância da supervisão clínica do enfermeiro, a fim de mitigar erros assistenciais (CAMARGOS *et al*, 2021).

Vale mencionar, que na instituição investigada é realizada a discussão de equipes sobre os pacientes por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS se justifica pelo pensamento de que somente o diagnóstico de uma doença não pode determinar o tratamento dela, pois isto parte de um princípio universalizante e generalizável de que todos os indivíduos possuem condições clínicas semelhantes. Todavia, é necessário compreender as peculiaridades de cada indivíduo, para, então, compreender sua singularidade. Assim, buscase, no PTS, a criação de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, com seu desenvolvimento delineado em várias esferas de atenção. Assim, o PTS ganha destaque na saúde mental ao procurar valorizar outros aspectos que estão além do diagnóstico psiquiátrico, levando em conta os desejos de cada usuário, bem como seu trabalho, cultura, família e rede social, buscando suas potencialidades para um tratamento singular (LOPES; MAZIERO; GRANDI, 2018).

No período em que essa pesquisa foi desenvolvida, percebeu-se a lacuna da participação do farmacêutico nesse momento, o que reforça a cultura de que as atribuições deste profissional são limitadas ao medicamento. Entretanto, é de extrema necessidade a atuação desse profissional na UD pois com os seus conhecimentos sobre medicamentos pode orientar a equipe multidisciplinar, os pacientes e seus familiares, além de poder disponibilizar produtos de qualidade, promover o uso racional dos medicamentos e exercer a farmacovigilância (BIZZO *et al*, 2018).

No que concerne aos aspectos relacionados a prevenção de quedas, não foi observado a avaliação do risco de quedas no momento da admissão do paciente, assim como a avaliação desse risco diário e nem a sinalização visual a beira leito. Acerca dos documentos sobre esse tema, não foram encontrados protocolos nem qualquer instrumento auxiliar para nortear as condutas no caso de prevenção e ocorrência de quedas. Por outro lado, a prevenção de quedas é um dos indicadores de qualidade da assistência no serviço, sendo proposto a análise dos fatores, causa e ações corretivas em caso de ocorrência de quedas.

A queda no ambiente hospitalar é um dos eventos adversos mais frequentes e contribui para o aumento da morbimortalidade, do tempo de internação dos pacientes e da elevação dos custos assistenciais. Além disso, pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados. No Brasil, em 2014, a queda foi o terceiro evento adverso mais notificado por

hospitais, sendo as principais vítimas os idosos, em função das alterações decorrentes da senilidade e da senescência, do aumento das patologias crônicas e do consequente uso de múltiplos medicamentos (SILVA, COSTA, REIS; 2018).

Apesar da faixa etária dos pacientes atendidos na UD ser relativamente jovem (entre 18 e 60 anos), medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central inseridos na terapia farmacológica destes, contribuem expressivamente para o aumento do risco de queda, e isto se deve a alguns efeitos adversos causados em decorrência do uso como, sedação, tonturas, distúrbios posturais que podem alterar a marcha, o equilíbrio e a diminuição da cognição (GOMES *et al*, 2022).

Sendo assim, é primordial que o farmacêutico, junto da equipe multiprofissional, faça uso de instrumentos que identifiquem os pacientes com risco aumentado de queda e utilize estratégias para prevenção desse evento adverso no contexto hospitalar. No que se refere a Unidade de Desintoxicação, pode ser elaborado pelo serviço de farmácia clínica do hospital, uma lista dos medicamentos com risco significativo de causar quedas, como uma forma de auxiliar e chamar atenção dos demais profissionais a respeito do manejo de tais fármacos. Além disso, deve-se incentivar a aproximação do farmacêutico da equipe assistencial da UD, de modo a favorecer as notificações de quedas, o envio de sugestões ao prescritor de alternativas terapêuticas com menor risco, orientações sobre o uso seguro dos medicamentos e realização de abordagem não farmacológica para prevenção de quedas (SILVA, COSTA, REIS; 2018).

### **7.3 As potencialidades encontradas na Unidade de Desintoxicação.**

Com relação as potencialidades identificadas, a instituição analisada dispõe de um protocolo de contenção mecânica padronizado. A contenção mecânica baseia-se na Resolução 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a qual normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes e delibera sobre a monitorização e avaliação da manutenção deste dispositivo, registro no prontuário e proíbe sua execução com o propósito de punição, coerção ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde (COFEN, 2012).

A existência desse instrumento, de forma bem estabelecida na UD, possibilita a execução adequada da contenção mecânica no ambiente hospitalar, a fim de evitar eventos adversos relacionados ao procedimento, assim como representar uma ameaça ou repressão ao paciente. Nesse sentido, as formas de contenção devem considerar as características e

necessidades individuais de cada paciente, para que sejam aplicadas de forma apropriada e segura, sendo, por exemplo, em determinadas condições indicada a contenção, em função do tipo de imobilização que se pretenda alcançar. Logo, é possível afirmar que a contenção mecânica, quando indispensável e empregada com práticas apropriadas, é uma assistência ao paciente. Entretanto, quando realizada de forma empírica e isenta de uma avaliação adequada, pode resultar em consequências clínicas graves aos pacientes (MORGADO, 2020).

A comunicação efetiva foi uma das práticas avaliadas com maior percentual de conformidade. Segundo Farias *et al* (2018) para que o processo de comunicação seja efetivo é necessário envolvimento da gestão hospitalar, utilizando-se da liderança como meio de conduzir o grupo, alinhando os processos organizacionais a fim de otimizar o fluxo das informações e assim garantir a segurança da assistência ofertada. Para que o alcance desse objetivo seja concretizado com sucesso, faz se necessário, também, a capacitação dos colaboradores, como forma de fundamentar a capacidade de tomada de decisão nos processos que envolverem a segurança do paciente. No contexto da UD, observou-se, por meio das atas de reuniões que o gestor da unidade está sempre empenhado em conscientizar a equipe quanto a importância da realização do Projeto Terapêutico Singular, de conferir os medicamentos e da comunicação efetiva entre os profissionais.

Outrossim, a UD possui indicadores de qualidade da assistência os quais são avaliados mensalmente e apresentados nas reuniões do gestor com a equipe assistencial, mostrando que existe uma preocupação do serviço em proporcionar uma assistência de qualidade assim como identificar e avaliar falhas desse processo. Os indicadores são instrumentos de gestão que orientam o caminho para a excelência do cuidado, uma vez que estes constituem a maneira pela qual os profissionais de saúde verificam uma atividade, monitoram aspectos relacionados a determinada realidade e avaliam o que acontece com os pacientes, apontando a eficiência e eficácia de processos e os resultados organizacionais (BÁO *et al*, 2018).

## 8 CONCLUSÃO

Este trabalho analisou o serviço de desintoxicação ofertado por um hospital referência em saúde mental sob a perspectiva da segurança do paciente. Assim, pode-se inferir que há uma preocupação da instituição investigada em proporcionar uma assistência à saúde de qualidade, mesmo com a pandemia da Covid-19 o serviço buscou para se manter ativo, ainda que de forma improvisada e com menos leitos. No entanto, a temática segurança do paciente assim como, a implantação dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde ainda não é bem estabelecida no serviço investigado. Acredita-se que esse fenômeno não seja algo exclusivo da Unidade de Desintoxicação analisada, mas sim decorrente da escassez de estudos que abordem esse tema no campo da dependência química de forma mais direcionada, fato comprovado pela dificuldade em encontrar literatura científica que abordasse tais aspectos.

Além disso, é notório a importância que o serviço atribui as capacitações dos profissionais, tanto por meio de um indicador quanto através das atas de reuniões, em que é possível visualizar o gestor da unidade, frequentemente, solicitando e incentivando os colaboradores a realizar cursos e afins. No entanto, faz-se necessário direcionar essas capacitações para a temática da segurança do paciente que sofre com transtornos decorrentes do uso de drogas. Para isso, é importante que os professores da comunidade acadêmica incentivem os discentes a realizarem ações de ensino e extensão voltadas para essa temática na instituição. Assim, por meio dessa parceria, o tema segurança do paciente deixará de ser distante das Unidades de Desintoxicação.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. E. M. **Rede de atenção em saúde mental do município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos**. 2013. 282 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- AMARANTE, P; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO).
- ARAÚJO, M. R. **Organização de serviços de tratamento para dependência química: o estrutural e o dinâmico**. In: FIGLIE, Neliana; LARANJEIRA, Ronaldo; BORDIN, Selma. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Editora Roca, 2004. Cap. 4. p. 460-512.
- BÁO, A. C. P. et al. **Quality indicators: tools for the management of best practices in health**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Pelotas, v. 72, n. 2, p. 360-366, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO).
- BARCELLOS, W. S; DUARTE, M. J. O. (org.). **Política de drogas, modelos assistenciais e a rede de atenção aos usuários no Brasil: uma análise crítica**. In: BARCELLOS, Warllon de Souza; DUARTE, Marco Jose de Oliveira. *Políticas sociais brasileiras em contextos de crise: desafios contemporâneos*. Minas Gerais: EdUEMG, 2020. Cap. 4. p. 101-121.
- BASTOS, F. I. P. M. et al. **O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017. 528 p.
- BIZZO, Carla Vanessa do Nascimento Ferreira et al. **A importância da atuação do profissional farmacêutico na saúde mental**. *Semioses: Inovação, Desenvolvimento e Sustentabilidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 145-162, 19 dez. 2018. Sociedade Unificada de Ensino Augusto Motta -UNISUAM.
- BLANCO, A. N. D. **Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda e uma Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora**. 2019. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- BRASIL. **Lei 10.216 de 06 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. Brasília, DF: Casa civil, 2001. Disponível em: [L10216 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/leis/10216.htm). Acesso em: 12 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras**

**drogas.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, 2012. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em 16 nov. 2022.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Medicina. (org.). **Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria.** 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/em-11-anos-o-sus-perde-quase-40-de-seus-leitos-de-internacao-em-psiquiatria/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

CAMARGOS, R. G. F. et al. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos: mapeamento de intervenções de enfermagem.** Texto & Contexto Enfermagem, Minas Gerais, v. 30, n. 1, p. 1-16, 2021.

CARDOSO, L. S. P; SILVA, A. A; JARDIM, M. J. A. **Atuação do núcleo de segurança do paciente no enfrentamento da Covid-19 em uma unidade hospitalar.** Enfermagem Foco, Maranhão, v. 11, n. 1, p. 217-221, jun. 2020.

CASTRO, I. B. **Avaliação das práticas de segurança do paciente em um hospital da rede pública do estado do Ceará.** 79 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

CONCEIÇÃO, M. I. G; VENTURA, C. A. **Perception of risks and benefits associated with the use of cannabis among students in Brasilia, Brazil.** Texto & Contexto - Enfermagem, São Paulo, v. 28, n., p. 1-14, dez. 2019.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 427, de 15 de maio de 2012.** Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF, 15 maio 2012. Disponível em: [- RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil](#). Acesso em: 15 nov. 2022.

COSTA, P. H. A; RONZANI, T. M; COLUGNATI, F. A. B. **No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas.** Ciência & Saúde Coletiva, Minas Gerais, v. 23, n. 10, p. 3233-3245, out. 2018.

DUALIBI, S; RIBEIRO, M. Enfermaria Especializada. In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. (org.). **O tratamento do usuário de Crack.** 2. ed. São Paulo: Artmed, 2012. p. 1-656. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ITapeDzdDCMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Laranjeira,+R%3B+Ribeiro,+M.+Org+anizadores%E2%80%93+O+Tratamento+do+Usu%C3%A1rio+de+Crack.+Editora+Casa+Leitura+M%C3%A9dica,+2010&ots=ecqB1W\\_InK&sig=TeCn9q0BekFLq0zBBFeaB30CWMI&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ITapeDzdDCMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Laranjeira,+R%3B+Ribeiro,+M.+Org+anizadores%E2%80%93+O+Tratamento+do+Usu%C3%A1rio+de+Crack.+Editora+Casa+Leitura+M%C3%A9dica,+2010&ots=ecqB1W_InK&sig=TeCn9q0BekFLq0zBBFeaB30CWMI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true). Acesso em: 15 nov. 2022.

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

FARIAS, E. S; SANTOS, J. O; GÓIS, R. M. O. **Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar.** Cadernos de Graduação: Ciências biológicas e da Saúde, Aracaju, v. 4, n. 3, p. 139-154, maio 2018.

FERREIRA, L. B; TORRECILHA, N; MACHADO, S. H. S. **A técnica de observação em estudos de administração.** XXXVI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, v. 1, n. 36, p. 1-15, set. 2012.

FIGUEIREDO, A. C. **Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia.** Psicologia Política, Rio de Janeiro, v. 19, n. 44, p. 78-87, maio 2019.

GOMES, D. M; **Risco de ocorrência de quedas relacionado ao uso de medicamentos.** Research, Society And Development, PiauÍ, v. 11, n. 11, p. 1-11, ago. 2022.

GOMES, R. K. G. et al. Segurança do paciente: higienização das mãos na assistência à saúde pela equipe de enfermagem. **Revista Expressão Católica Saúde**, Quixadá, v. 2, n. 2, p. 1-7, jun. 2018.

JACOBSEN, T. F; MUSSI, M. M; SILVEIRA, M, P. T. **Análise de erros de prescrição em um hospital da região sul do Brasil.** Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, v. 6, n. 3, p. 23-26, 2015.

JUNIOR, E. B. L. et al. **Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa.** Cadernos da Fucamp, São Paulo, v. 20, n. 44, p. 36-51, dez. 2021.

JUSTINA, M. B. D. **Impactos do tratamento clínico de usuários de crack sobre a qualidade de vida.** 2018. 81 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, 2018.

KLEIN, E. **Fatores Preditores de Alta Precoce em Usuários de Crack Internados em uma Unidade de Tratamento para Dependência Química.** 2019. 42 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Mental e Transtornos Aditivos, Secretaria de Educação Superior, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

LIMA, T. C; ALMEIDA, P. P; RESENDE, D. G. O. **Avaliação das notificações de reações adversas a medicamentos em um hospital público de Minas Gerais.** Visa em Debate: Sociedade, ciência e tecnologia, Minas Gerais, v. 9, n. 4, p. 57-65, set. 2021.

LOPES, C. A. N. M; MAZIERO, B. R; GRANDI, C. B. **A inserção do profissional de referência e do projeto terapêutico singular em uma internação de saúde mental.** Disciplinarum Scientia, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 485-500, maio 2018.

LUZARDO, G. M. et al. **Repercussões da pandemia de coronavírus na unidade de internação de álcool e outras drogas.** Clinical Biomedical Research, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 160-161, set. 2021.

MACHADO, A. R; MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MENDES, J. S. et al. **Significado do tratamento hospitalar de desintoxicação para pessoas com alcoolismo: retomando a vida.** Cogitare Enfermagem, Santa Catarina, v. 23, n. 2, p. 1-9, 23 maio 2018. Universidade Federal do Paraná.

MENDES, W. et al. **The assessment of adverse events in hospitals in Brazil.** *International Journal For Quality In Health Care*, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 279-284, 23 jun. 2009. Oxford University Press (OUP).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 19 fev. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20336%2C%20DE%2019%20DE%20FEVEREIRO%20DE,e%20re direciona%20o%20modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental%3B](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20336%2C%20DE%2019%20DE%20FEVEREIRO%20DE,e%20re direciona%20o%20modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental%3B). Acesso em: 14 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 529, de 01 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 14 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html). Acesso em: 14 nov. 2022.

Ministério Público do Estado do Paraná. Coordenação do Comitê do Ministério Público do Estado do Paraná de Enfrentamento às Drogas. **Relatório Mundial sobre Drogas 2021: Breves Considerações da Coordenação do Comitê do MPPR de Enfrentamento às Drogas.** Julho/2021. Curitiba, Paraná.

MORGADO, L. B. **Boas práticas para contenção mecânica: protocolo para a sistematização do cuidado.** 2020. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Prática de Cuidado em Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020.

NASCIMENTO, J. C; DRAGANOV, P. B. **História da qualidade em segurança do paciente.** História da Enfermagem: Revista eletrônica, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 299-309, nov. 2015.

OLIVEIRA, A; TOLEDO, V. P. **Patient safety in a general hospital's psychiatric hospitalization unit: a phenomenological study.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 1-9, dez. 2019.

RODRIGUES, T. F. C. S. et al. **Aumento das internações por uso de drogas de abuso: destaque para mulheres e idosos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Paraná, v. 68, n. 2, p. 73-82, jun. 2019.

SAÚDE, Conselho Nacional de (org.). **Regimento da III conferência nacional de saúde**. 2001. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/comissao/saude\\_mental/regimento.htm](https://conselho.saude.gov.br/comissao/saude_mental/regimento.htm). Acesso em: 14 nov. 2022.

SILVA, A. K. M; COSTA, D. C. M; REIS, A. M. M. **Fatores de risco associados às quedas intra-hospitalares notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital de ensino**. O Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 1-7, set. 2018.

SIMAN, A. G. et al. **Segurança na identificação do paciente: a realidade de uma unidade psiquiátrica**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, Minas Gerais, v. 9, n. 1, p. 1-10, 24 dez. 2019. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro).

SIMÕES, C. C. N. **Protocolo de Desintoxicação ambulatorial para alcoolistas: estratégias de intervenção para enfermeiros**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SOUZA, J; KANTORSKI, L. P; LUIS, M. A. V. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, ago. 2011.

SUSIN, N. S; ALVES, L. L. G; RIBEIRO, E. R. **Segurança do paciente em saúde mental: uma revisão integrativa**. Revista Thêma Et Scientia, Paraná, v. 11, n. 1, p. 226-243, jun. 2021.

TASE, T. H. et al. **Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente**. Revista Gaúcha de Enfermagem, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-200, maio 2012.

TAVARES, A. E. C. S. **Análise do consumo de álcool e outras drogas por adolescentes de uma escola pública de Fortaleza**. 2019. 63 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019

TEIXEIRA, M. B. et al. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, maio 2017.

VANTIL, F. C. S. et al. **Safety of patients with mental disorders: a collective construction of strategies**. Revista Brasileira de Enfermagem, Espírito Santo, v. 73, n. 1, p. 1-8, 2020.

**VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/ E. A. C. (supervisão) [et. al.]**, -São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

XAVIER, R. T. et al. **Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura.** Pesquisas e Práticas Psicossociais, Vale do Rio dos Sinos, v. 13, n. 1, p. 1-12, maio 2018.

### Apêndice A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE.

Aspectos relacionados à infraestrutura	SIM	NÃO	NO
1. Há salas para atendimento individual dos usuários?			
2. Há quartos individuais disponíveis?			
3. Há espaços multiuso ou área livre para atividades terapêuticas ou recreativas?			
4. Há posto de enfermagem?			
5. Existe um espaço próprio para refeições?			
6. Cada paciente tem um box destinado a guardar os medicamentos?			
7. Há pias com fácil acesso para a lavagem das mãos?			
8. Há álcool em gel disponível para o uso?			
9. O ambiente possui boa ventilação e iluminação?			
10. É feita a limpeza adequada do estabelecimento?			

Aspectos relacionados ao funcionamento e recursos humanos do serviço	SIM	NÃO	NO
1. Os dados do paciente na admissão no serviço de desintoxicação são cadastrados através de um sistema eletrônico?			
2. São coletados no momento do cadastro dados como nome completo, nome da mãe, RG/CPF, data de nascimento, ocupação profissional, endereço dentre outros?			
3. A Unidade de Desintoxicação (UD) funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos?			
4. É realizado a avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, aos pacientes da UD?			
5. É ofertado atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) para os pacientes da UD?			
6. É ofertado atendimento em grupo como psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras, ao paciente da UD?			
7. Quando o paciente recebe alta hospitalar, é garantido obrigatoriamente sua referência para a continuidade do tratamento em unidades extra-hospitalares da rede local de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (CAPS-ad, ambulatórios, atenção primária), na perspectiva preventiva para outros episódios de internação?			

8. Mediante demandas de ordem clínica específica, é estabelecido mecanismos de integração com outros setores do hospital onde o SHR-ad estiver instalado, por intermédio de serviços de interconsulta, ou ainda outras formas de interação entre os diversos serviços do hospital?			
9. O serviço dispõe de protocolos técnicos para o manejo terapêutico de intoxicação aguda e quadros de abstinência decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e complicações clínicas/psíquicas associadas?			
10. O serviço dispõe de protocolos técnicos para o manejo da contenção física?			
11. É realizado o Projeto Terapêutico Singular?			
12. O serviço dispõe de indicadores de qualidade e humanização à assistência prestada?			
13. Existem critérios de admissão para o serviço?			
14. Existe uma idade mínima exigida para o atendimento?			
15. Os pacientes passam por uma triagem com classificação de risco?			
16. É realizado algum tipo de exame no momento da triagem?			
17. A história de implantação do Setor de Desintoxicação está registrada em algum documento?			
18. Além das atividades relativas ao tratamento, existe(m) área(s) que possibilite(m) aos pacientes exercer outras atividades, como físicas, lúdicas ou outras?			
19. A equipe que atua no serviço, é uma equipe multiprofissional?			
20. Esses profissionais discutem a conduta terapêutica dos pacientes juntos?			
21. Há documentos que evidenciam a capacitação desses profissionais sobre assuntos relevantes sobre a dependência química?			
22. Há documentos que evidenciam a capacitação desses profissionais sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente?			

<b>Aspectos relacionados à segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NO</b>
1. A equipe de enfermagem tem conhecimento e segue os "nove certos"(paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo)?			
2. A equipe de enfermagem esclarece para o paciente a indicação do medicamento, sua posologia, possíveis efeitos adversos ou outra informação pertinente antes de administrá-lo?			

3. A equipe de enfermagem registra no prontuário e informa ao prescritor todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento?			
4. A equipe de enfermagem mantém uma comunicação clara com uma linguagem acessível para o paciente?			
5. São registrados todos os parâmetros de monitorização adequados (Sinais vitais, glicemia capilar, dentre outros)?			
6. É realizada a dupla checagem por dois profissionais, para o cálculo de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos?			
7. Há documentos de procedimento operacional padrão (POP) sobre prescrição, dispensação e administração de medicamentos por via endovenosa?			
8. Há documentos de procedimento operacional padrão (POP) sobre prescrição, dispensação e administração de medicamentos por via intramuscular?			
9. Há documentos de procedimento operacional padrão (POP) sobre prescrição, dispensação e administração de medicamentos por via oral?			
10. Há documentos de procedimento operacional padrão (POP) sobre prescrição, dispensação e administração de medicamentos termolábeis?			
11. Existe a realização de educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos?			
12. O serviço de desintoxicação possui alguma política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos?			
13. As prescrições possuem a correta identificação do paciente contendo no mínimo, nome completo do paciente, endereço e data de nascimento?			
14. A identificação do paciente na prescrição contém itens como: nome do hospital, nome completo do paciente, número do prontuário ou registro de atendimento, leito, serviço, enfermaria e andar/ala hospitalar?			
15. As informações na prescrição são legíveis?			
16. A identificação do prescritor na prescrição contém itens como nome completo do profissional, número do conselho profissional, assinatura e carimbo?			
17. As prescrições são datadas?			
18. Usa-se abreviaturas nas prescrições?			
19. A expressão de doses nas prescrições é feita usando o sistema métrico?			
20. Destaca-se na prescrição as alergias do paciente?			

21. A unidade de desintoxicação possui uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando os critérios de segurança, efetividade e custo?			
22. É feita a dupla checagem (na farmácia e no momento de recebimento pela enfermagem) das doses de medicamentos prescritos?			
23. A prescrição contém informações sobre a duração do tratamento?			
24. As prescrições contêm expressões vagas como "usar como de costume", "usar como de habitual"?			
25. As prescrições contêm informações sobre a posologia?			
26. As prescrições contêm informações sobre o diluente (tipo e volume) bem como velocidade e tempo de infusão, no caso dos endovenosos?			
27. As prescrições contêm informações sobre a velocidade de infusão quando necessário?			
28. A via de administração é prescrita de forma clara nas prescrições?			
29. Na admissão do paciente, é perguntado quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação?			
30. Existe um sistema eletrônico informatizado para a realização das prescrições?			
31. As reações adversas a medicamentos são notificadas ao núcleo de segurança do paciente/gerência de riscos?			
32. Os eventos adversos relacionados aos medicamentos são notificados ao núcleo de segurança do paciente/gerência de riscos?			
33. O serviço de desintoxicação conta com o apoio de um farmacêutico no suporte a evitar duplicidade, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias?			
34. As prescrições são revisadas por um farmacêutico antes da dispensação?			
35. Os medicamentos são prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira?			
36. O ambiente destinado a dispensação é reservado, tranquilo e com fluxo restrito de pessoas?			
37. Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos são limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas?			

<b>Aspectos relacionados a Identificação do paciente</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NO</b>
1. É realizada a identificação do paciente na admissão do serviço através de uma pulseira?			
2. É explicado ao paciente a importância da identificação com o uso da pulseira?			
3. O paciente permanece todo o tempo de cuidado com a pulseira?			
4. O serviço tem outro método de identificação caso a pulseira caia ou fique ilegível?			
5. O serviço utiliza no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente?			
6. A identificação do paciente é fácil de visualizar e legível?			
7. É confirmado a identidade do paciente antes da administração de medicamentos?			
8. É confirmado a identidade do paciente antes da coleta de material para exame?			
9. É confirmado a identidade do paciente antes da entrega da dieta?			
10. É confirmado a identidade do paciente antes da realização de procedimentos invasivos?			
11. O profissional responsável pelo cuidado pergunta o nome ao paciente/familiar/acompanhante e confere com as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado?			
12. A verificação da identidade do paciente é feita a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital?			
13. Os incidentes envolvendo a identificação incorreta do paciente são notificados?			
14. Existe um protocolo de identificação caso o paciente não possua documento de identificação?			
15. No caso de paciente com alteração de nível de consciência/déficit cognitivo é checado a identificação com o acompanhante/familiar?			
16. Nos casos de ausência de acompanhante ou familiar é comparado as informações da pulseira com o prontuário do paciente?			
17. É realizado auditorias internas para verificar a correção da rotina e monitorar através de indicadores a identificação do paciente?			
18. Existe um protocolo de identificação do paciente disponível no serviço de desintoxicação?			

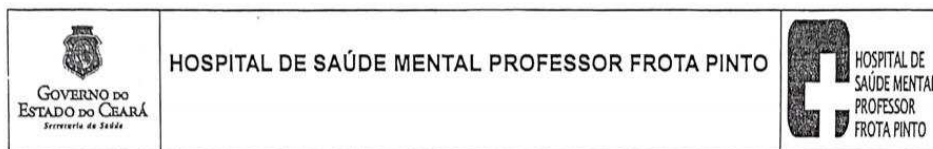
<b>Aspectos relacionados à higiene das mãos em serviços de saúde</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NO</b>
1. É realizada a higiene das mãos antes de tocar o paciente?			
2. É realizada a higiene das mãos antes de realizar algum procedimento?			
3. É realizada a higiene das mãos após o risco de exposição a fluidos corporais?			
4. É realizada a higiene das mãos após tocar o paciente?			
5. É realizada a higiene das mãos após tocar superfícies próximas ao paciente?			
6. É realizada a higiene das mãos antes do manuseio das medicações?			
7. A duração da lavagem das mãos tem tempo aproximado de pelo menos 20-30s?			
8. Há cartazes perto das pias ensinando as etapas corretas de higienização das mãos?			
9. Há sabonete líquido e papel toalha disponível para a higiene das mãos?			
10. Os profissionais recebem treinamento regular sobre a higiene correta das mãos?			
11. Os profissionais costumam lavar as mãos com frequência?			

<b>Aspectos relacionados a comunicação efetiva para segurança do paciente.</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NO</b>
1. Os profissionais de enfermagem sabem escutar os pacientes sem interferir ou julgar?			
2. Os profissionais de enfermagem valorizam as preocupações dos pacientes e familiares?			
3. Os profissionais de enfermagem demonstram interesse pelo paciente e suas preocupações?			
4. Os profissionais de enfermagem buscam obter informações para conhecer os pacientes?			
5. Os profissionais de enfermagem utilizam uma linguagem acessível e de fácil compreensão com os pacientes?			
6. Os profissionais de enfermagem fornecem informações com linguagem adequada, clara, simples e acessível para o de acordo com as necessidades do paciente no momento?			
7. Os profissionais de enfermagem realizam perguntas abertas para avaliar se o paciente entendeu o que foi informado?			
8. Os profissionais de enfermagem aconselham os pacientes, entendendo que ele tem o direito de conhecer sua condição de saúde para fazer suas próprias escolhas?			

9. Os profissionais de enfermagem tomam decisões sobre seus pacientes com base nas informações recebidas, com imparcialidade, empoderando o paciente para fazer escolhas sobre sua saúde?			
10. Os profissionais de enfermagem utilizam estratégias de comunicação como uso de cores, desenhos, linguagem de sinais e outros métodos, adequados para a comunicação, como resposta a demandas e necessidades específicas dos pacientes?			
11. Os profissionais de enfermagem utilizam a linguagem não verbal como forma de comunicação com os pacientes (contato visual, tom de voz, expressão facial e toque físico)?			
12. Os profissionais de enfermagem demonstram respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais, valores, crenças e preocupações dos pacientes?			
13. Os profissionais de enfermagem demonstram empatia ao compreender a doença a partir da perspectiva dos pacientes e familiares?			
14. A equipe de enfermagem demonstra ter um bom relacionamento entre si e com o gestor do serviço de Desintoxicação?			
15. Existe um protocolo de comunicação efetiva para a segurança do paciente no serviço de desintoxicação?			

<b>Aspectos relacionados à prevenção de quedas</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NO</b>
1. É feita a avaliação do risco de queda no momento da admissão do paciente?			
2. É feita a avaliação do risco de queda do paciente diariamente?			
3. É feita a identificação do paciente com o risco de quedas utilizando sinalização visual à beira do leito?			
4. Existe uma ficha de identificação para quedas padronizado no serviço de desintoxicação?			
5. São adotadas medidas gerais para a prevenção de quedas dos pacientes, como a criação de um ambiente de cuidado seguro, conforme legislação vigente? (pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes)			
6. Os pacientes são orientados a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30° e sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado?			
7. É realizada a revisão da ocorrência de queda para identificação de possíveis causas?			

8. Existe algum instrumento auxiliar utilizado para nortear as condutas no caso da ocorrência de quedas?			
9. Caso tenha a ocorrência de quedas, o evento é registrado?			
10. É avaliado o risco de quedas pela escala de MORSE?			
11. É utilizado placas de identificação alertando para “Piso Molhado” ao realizar a limpeza dos quartos, banheiros, corredores e ao identificar vazamentos?			
12. O serviço de desintoxicação faz uso de indicadores para monitoramento de quedas?			
13. É realizado ações preventivas relacionadas a quedas?			
14. Existe um protocolo para a prevenção de quedas disponível no serviço de desintoxicação?			

**Anexo A – TERMO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA.****ANÁLISE DE VIABILIDADE DE PROJETO DE PESQUISA (Projeto Nº 04/2022)**

O Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa – CEAP do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM, analisou como viável o projeto de pesquisa intitulado: **“Análise de um Serviço de Desintoxicação de um Hospital Público: Um Olhar Para a Segurança do Paciente”**, que será desenvolvido por Francisca Sabrina Siqueira Lima, graduanda do curso de Farmácia da Universidade de Federal do Ceará - UFC, sob a orientação da Profª Drª. Maria Augusta Drago Ferreira.

Fortaleza, 05 de julho de 2022.

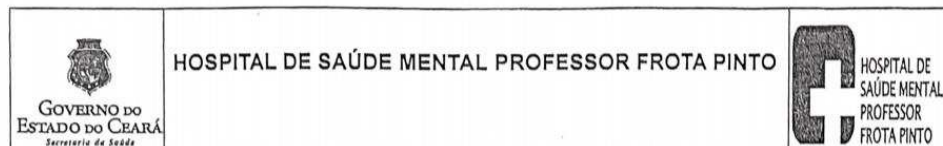


Juliana Pereira Queiros – Presidenta do CEAP/HSM



Alexandre Menezes Sampaio – Vice-Presidente do CEAP/HSM

## Anexo B – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA



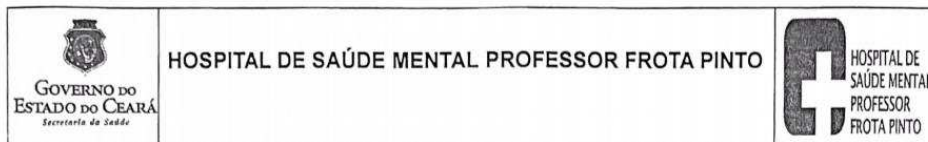
### TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA (PESQUISA Nº 04/2022)

Declaro conhecer o Protocolo de pesquisa intitulado: “Análise de um Serviço de Desintoxicação de um Hospital Público: Um Olhar Para a Segurança do Paciente”, que será desenvolvido por Francisca Sabrina Siqueira Lima, graduanda do curso de Farmácia da Universidade de Federal do Ceará - UFC, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Augusta Drago Ferreira., estando cientes dos seus objetivos e metodologia e de que o pesquisador não interferirá no fluxo normal do serviço. **Autorizo a realização desse estudo no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM**, mediante o cumprimento dos termos da **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O início da coleta de informações/dados do estudo está condicionado à aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, com a entrega de documento comprobatório no Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do HSM, quando necessário, e ao compromisso de apresentar os resultados finais da pesquisa, a fim de viabilizar a sua divulgação.

Fortaleza(Ce), 05 de julho de 2022.



Dr. Davi Queiroz de Carvalho Rocha  
Diretor Geral/HSM

**Anexo C – CARTA DE ANUÊNCIA****CARTA DE ANUÊNCIA (PESQUISA Nº 04/2022)****Autorização para Realização de Pesquisa**

Eu, **Davi Queiroz de Carvalho Rocha** diretor geral do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - HSM, venho por meio desta informar a V.Sa., que autorizo a pesquisadora Francisca Sabrina Siqueira Lima, graduanda do curso de Farmácia da Universidade de Federal do Ceará - UFC, sob a orientação da Profª Drª. Maria Augusta Drago Ferreira a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada: **“Análise de um Serviço de Desintoxicação de um Hospital Público: Um Olhar Para a Segurança do Paciente”**. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução **CNS 466/12**. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária e garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza(Ce), 05 de julho de 2022.



**Dr. Davi Queiroz de Carvalho Rocha**  
Diretor Geral/HSM