

IZABELLA DE GÓES ANDERSON MACIEL TAVARES DE MORAIS

**DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: uma Pesquisa
Convergente Assistencial no contexto hospitalar**

Rio de Janeiro

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM

CURSO DE DOUTORADO



IZABELLA DE GÓES ANDERSON MACIEL TAVARES DE MORAIS

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: uma Pesquisa

Convergente Assistencial no contexto hospitalar

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processos e práticas de cuidados de enfermagem na atenção à saúde das populações

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica de Almeida Peres

Rio de Janeiro

2025

M827d Moraes, Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares de
Desenvolvimento de Tecnologia Emancipatória para
a segurança do paciente em serviços de saúde mental:
uma Pesquisa Convergente Assistencial no contexto
hospitalar / Izabella de Góes Anderson Maciel
Tavares de Moraes. -- Rio de Janeiro, 2025.
163 f.

Orientador: Maria Angélica de Almeida Peres.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Saúde mental. 3.
Segurança do paciente. 4. Participação do paciente.
I. Peres, Maria Angélica de Almeida, orient. II.
Título.

DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA PARA A SEGURANÇA
DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: uma Pesquisa Convergente
Assistencial no contexto hospitalar

IZABELLA DE GÓES ANDERSON MACIEL TAVARES DE MORAIS

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica de Almeida Peres

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Banca Examinadora

Presidente: Prof(a) Dra. Maria Angélica de Almeida Peres – EEAN / UFRJ

Prof(a) Dr(a) Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso – ESEnfC

Prof(a) Dr(a) Gisele Cristina Manfrini Fernandes – UFSC

Prof(a) Dr(a) Rosa Gomes dos Santos Ferreira – IPUB / UFRJ

Profa. Dra. Sabrina da Costa Machado Duarte – EEAN / UFRJ

Suplentes: Profa. Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune – EEAN / UFRJ

Profa. Dra. Adriana Dias Silva – DENF / UNIR

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força que me sustentou em cada etapa desta caminhada. Pela calma nos momentos de incerteza, pela luz quando precisei de orientação e pela graça de permitir que este trabalho chegasse ao fim com propósito e sentido.

Ao meu marido, Roberto, meu amor e companheiro de vida. Obrigada pelo presente que é tê-lo ao meu lado. Encontrar você ao final do dia, depois de estudar, escrever e persistir mesmo quando o cansaço parecia maior que tudo, renovou minhas forças. Seu amor, cuidado e apoio tornaram este sonho possível.

Ao meu filho, Pedro, que chegou iluminando a minha vida e transformando meu mundo. Precisei trancar um período do doutorado para vivermos juntos a travessia mais intensa e bonita que já experimentei: a maternidade. Obrigada, meu filho, por me ensinar diariamente sobre resiliência, paciência e amor em sua forma mais profunda.

Aos meus pais, exemplos de caráter, coragem e generosidade. Pelos valores que carrego, pelo apoio incondicional e por acreditarem nas minhas escolhas mesmo quando os caminhos pareciam distantes ou difíceis. Tudo o que conquisto tem muito do que vocês me ensinaram.

Aos meus irmãos: Daniel, Gabriela e Francisco, pela torcida silenciosa, pelas palavras certas nas horas certas e por serem parte do alicerce afetivo que me mantém firme. A família que tenho é um dos meus maiores privilégios.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta tese, deixo minha gratidão sincera.

RESUMO

Morais, Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares de. **Desenvolvimento de tecnologia emancipatória para a segurança do paciente em serviços de saúde mental:** uma Pesquisa Convergente Assistencial no contexto hospitalar. Rio de Janeiro, 2025. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2025.

Este estudo desenvolve uma tecnologia emancipatória de cuidado voltada à segurança do paciente em serviços de saúde mental, tomando como foco a participação do paciente psiquiátrico internado na passagem de plantão realizada pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), conduzida na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil, envolvendo profissionais de enfermagem como participantes, com vistas a articular produção de conhecimento e transformação da prática. O estudo iniciou-se com um diagnóstico situacional que revelou fragilidades na comunicação, ausência de padronização e baixa inclusão do paciente na passagem de plantão. Posteriormente, foi realizado um encontro convergente assistencial, no qual a equipe analisou a prática cotidiana, discutiu barreiras e potencialidades e construiu, de forma coletiva, os elementos constitutivos de um protocolo para participação do paciente nesta prática assistencial. Os resultados evidenciaram que, quando conduzida pela enfermagem de forma relacional, dialógica e centrada no sujeito, a passagem de plantão assume potencial emancipatório pleno, integrando dimensões psicossociais, fortalecendo o vínculo terapêutico e qualificando a continuidade do cuidado. A análise mostrou que a participação do paciente pode ampliar autonomia, cidadania e consciência crítica, além de reforçar a segurança assistencial ao reduzir ruídos de comunicação e favorecer a corresponsabilização pelo tratamento. A tecnologia produzida não acrescenta novas tarefas à rotina institucional, mas ressignifica uma atividade já existente, transformando-a em prática alinhada às diretrizes contemporâneas de cuidado centrado no paciente, capaz de contribuir com a sua segurança. Conclui-se que o protocolo elaborado constitui uma proposta viável, ética e inovadora para qualificar o cuidado de enfermagem em internações psiquiátricas, com potencial de aplicação em diferentes serviços, favorecendo culturas institucionais mais participativas, éticas e alinhadas ao cuidado psicossocial.

Descritores: cuidados de enfermagem; saúde mental; segurança do paciente; participação do paciente.

ABSTRACT

Morais, Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares de. **Development of an emancipatory technology for patient safety in mental health services:** a Convergent Care Research in the hospital context. Rio de Janeiro, 2025. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2025.

This study develops an emancipatory care technology aimed at patient safety in mental health services, focusing on the participation of psychiatric inpatients in the nursing handover process. It is a Convergent Care Research (CCR), conducted in the Integrated Mental Health Unit of the Brazilian Navy, involving nursing professionals as participants, with the purpose of articulating knowledge production and transformation of practice. The study began with a situational diagnosis that revealed communication gaps, lack of standardization, and limited patient inclusion in the handover process. Subsequently, a convergent care meeting was held, during which the team analyzed daily practice, discussed barriers and strengths, and collectively constructed the constitutive elements of a protocol for patient participation in this care practice. The results showed that when handover is conducted by nursing in a relational, dialogical, and person-centered manner, it assumes full emancipatory potential by integrating psychosocial dimensions, strengthening therapeutic bonds, and enhancing continuity of care. The analysis demonstrated that patient participation can expand autonomy, citizenship, and critical awareness, as well as reinforce care safety by reducing communication gaps and fostering shared responsibility in treatment. The technology produced does not add new tasks to the institutional routine; rather, it reframes an existing activity, transforming it into a practice aligned with contemporary guidelines for patient-centered care, capable of contributing to their safety. It is concluded that the protocol developed constitutes a viable, ethical, and innovative proposal to qualify nursing care in psychiatric inpatient settings, with potential applicability across different mental health services, fostering more participatory, ethical, and psychosocially aligned institutional cultures.

Descriptors: nursing care; mental health; patient safety; patient participation.

RESUMEN

Morais, Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares de. **Desarrollo de una tecnología emancipadora para la seguridad del paciente en los servicios de salud mental: una Investigación Convergente Asistencial en el contexto hospitalario.** Río de Janeiro, 2025. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, 2025.

Este estudio desarrolla una tecnología emancipadora de cuidado orientada a la seguridad del paciente en los servicios de salud mental, centrada en la participación del paciente psiquiátrico hospitalizado en el relevo de turno realizado por el equipo de enfermería. Se trata de una Investigación Convergente Asistencial (ICA), llevada a cabo en la Unidad Integrada de Salud Mental de la Marina de Brasil, con la participación de profesionales de enfermería, con el propósito de articular la producción de conocimiento con la transformación de la práctica. El estudio se inició con un diagnóstico situacional que reveló fragilidades en la comunicación, ausencia de estandarización y limitada inclusión del paciente en el relevo de turno. Posteriormente, se realizó un encuentro convergente asistencial en el que el equipo analizó la práctica cotidiana, discutió barreras y potencialidades, y construyó colectivamente los elementos constitutivos de un protocolo para la participación del paciente en esta práctica asistencial. Los resultados evidenciaron que, cuando el relevo de turno es conducido por la enfermería de manera relacional, dialógica y centrada en la persona, adquiere un potencial emancipador pleno al integrar dimensiones psicosociales, fortalecer el vínculo terapéutico y mejorar la continuidad del cuidado. El análisis demostró que la participación del paciente puede ampliar la autonomía, la ciudadanía y la conciencia crítica, además de reforzar la seguridad asistencial al reducir fallas de comunicación y favorecer la corresponsabilidad en el tratamiento. La tecnología desarrollada no añade nuevas tareas a la rutina institucional, sino que resignifica una actividad ya existente, transformándola en una práctica alineada con las directrices contemporáneas del cuidado centrado en el paciente, capaz de contribuir a su seguridad. Se concluye que el protocolo elaborado constituye una propuesta viable, ética e innovadora para cualificar el cuidado de enfermería en las hospitalizaciones psiquiátricas, con potencial de aplicación en distintos servicios de salud mental y con capacidad para fomentar culturas institucionales más participativas, éticas y coherentes con el cuidado psicosocial.

Descriptores: cuidados de enfermería; salud mental; seguridad del paciente; participación del paciente.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipos de abordagem do erro humano.....	27
Quadro 2	Ferramenta SBAR.....	42
Quadro 3	Fases da PCA.....	50
Quadro 4	Modelo de escala diária da equipe de serviço na Unidade de Emergência.....	57
Quadro 5	Modelo de escala de serviço do profissional de enfermagem.....	57
Quadro 6	Classificações do ALCESTE.....	69
Quadro 7	Classes resultantes do ALCESTE.....	73
Quadro 8	Categorias obtidas a partir dos registros da observação sistemática da passagem de plantão no caderno de campo.....	75
Quadro 9	Número de pacientes e duração da passagem de plantão.....	75
Quadro 10	Diagnóstico situacional – potencialidades e problemas reconhecidos na passagem de plantão.....	102
Quadro 11	Categorias e códigos emergidos no encontro convergente assistencial.....	108
Quadro 12	Análise do Protocolo de Passagem de Plantão Participativa segundo os componentes emancipatórios de Nietzsche.....	139

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Direções estratégicas interdependentes para apoiar serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas.....	25
Figura 2	Teoria do “queijo suíço”.....	28
Figura 3	Representação esquemática da concepção de emancipação de Nietsche.....	30
Figura 4	Representação esquemática das características da tecnologia emancipatória.....	32
Figura 5	Elementos avaliados para a classificação do potencial emancipatório da tecnologia.....	33
Figura 6	Fatores contribuintes para falhas na comunicação na passagem de plantão.....	40
Figura 7	Unidade de Emergência: cenário da pesquisa.....	55
Figura 8	Equipes de rotina das Unidades.....	56
Figura 9	Equipes de serviço das Unidades.....	57
Figura 10	Distribuição de participantes na coleta de dados.....	59
Figura 11	Processo de coleta de dados na UISM.....	60
Figura 12	Representação gráfica dos resultados do processamento do texto pelo programa ALCESTE: Número de UCE e de palavras analisáveis por classe.....	70
Figura 13	Divisão de Classes – Classificação Hierárquica Descendente.....	71
Figura 14	Redes de forma das classes.....	72
Figura 15	Profissionais que participam de uma passagem de plantão na Unidade de Emergência.....	77
Figura 16	Quadro de pacientes.....	85
Figura 17	Posto de enfermagem da Unidade de Emergência.....	95
Figura 18	Diagrama V de Gowin.....	106
Figura 19	Aplicação do Diagrama V de Gowin para a reflexão estruturada com os participantes.....	107
Figura 20	Formulário de Passagem de Plantão Participativa.....	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A – Autonomia

ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA – American Psychological Association

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

C – Cidadania

CAD – Centro de Atenção Diária

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CC – Consciência Crítica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CID – Classificação Internacional de Doenças

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CTI – Centro de Terapia Intensiva

EA – Eventos Adversos

GGTES – Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde

L – Liberdade

LaPHiSM – Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem e de Saúde Mental

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PVC – Programa De Volta Para Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPI – Robust Process Improvement

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCes – Unidades de Contexto Elementar

UCI – Unidades de Contexto Iniciais

UISM – Unidade Integrada de Saúde Mental

WOS – Web of Science

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Apresentação do tema.....	13
1.2 Singularidades e experiências de segurança do paciente no cenário psiquiátrico: interesse da autora pelo tema e problemática relacionada.....	18
1.3 Questões norteadoras, objeto, hipótese e objetivos.....	20
1.4 Justificativa e relevância.....	21
1.5 Contribuições do estudo.....	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 Segurança e participação do paciente: uma perspectiva histórica.....	23
2.2 A Teoria do Queijo Suíço: barreiras para prevenir incidentes de segurança.....	26
2.3 Teoria da Tecnologia Emancipatória.....	29
2.4 Modelo psicossocial de cuidado em saúde mental: avanços e retrocessos no Brasil.....	35
2.5 passagem de plantão da equipe de enfermagem: foco contemporâneo da segurança do paciente.....	37
3 METODOLOGIA.....	49
3.1 Abordagem e tipo de estudo.....	49
3.2 O caminho metodológico à luz da PCA.....	51
3.2.1 Fase de concepção – Início do percurso.....	52
3.2.2 Fase de instrumentação – Estruturação metodológica.....	53
3.2.3 Fase de perscrutação – Método e técnica de produção dos dados.....	59
3.2.4 Fase de análise – Tratamento dos dados.....	64
3.3 Aspectos éticos.....	67
CAPÍTULO 1 Lugar do paciente na passagem de plantão da equipe de enfermagem: realidade e possibilidades.....	69
1.1 Apresentação da passagem de plantão da equipe de Enfermagem na enfermaria psiquiátrica antes da incorporação da participação do paciente.....	67
1.1.1 Quem participa da passagem de plantão.....	77
1.1.2 Quem transmite as informações na passagem de plantão.....	81
1.1.3 Interação de linguagens e sentidos produzidos na passagem de plantão da enfermagem.....	83
CAPÍTULO 2 – A participação do paciente na passagem de plantão: possibilidades, estratégias e repercussões.....	93
2.1 Diagnóstico situacional da passagem de plantão da enfermagem.....	103
2.2 Encontro convergente assistencial: da análise situacional à elaboração da proposta.....	105
2.2.1 Reflexão estruturada sobre o diagnóstico situacional da passagem de plantão.....	105
2.3 Impactos ampliados do encontro de construção coletiva no processo de passagem de plantão.....	113
CAPÍTULO 3 – Tecnologia emancipatória de passagem de plantão da enfermagem com a participação do paciente na Unidade de Emergência.....	116
3.1 Protocolo de Passagem de Plantão Participativa.....	117
CAPÍTULO 4 – Análise do potencial emancipatório da tecnologia de passagem de plantão com a participação do paciente.....	125
4.1 Análise dos componentes da consciência crítica.....	125
4.2 Análise dos componentes da cidadania.....	129
4.3 Análise dos componentes da liberdade.....	134

4.4 Análise dos componentes da autonomia.....	137
4.5 Síntese da análise do potencial emancipatório.....	140
CAPÍTULO 5 – A tecnologia emancipatória em convergência com as políticas atuais de segurança do paciente em saúde mental.....	146
5.1 Políticas contemporâneas de segurança do paciente: inclusão explícita da saúde mental...	146
5.2 Participação do paciente como materialização da segurança no cotidiano assistencial.....	149
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
REFERÊNCIAS.....	154
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	164
APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DA PASSAGEM DE PLANTÃO.....	165
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUTURADA SOBRE A PASSAGEM DE PLANTÃO.....	166
APÊNDICE D – ROTEIRO NORTEADOR DO ENCONTRO CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	167
APÊNDICE E – CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	168
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	169
APÊNDICE G – CRONOGRAMA DE PESQUISA.....	171
ANEXO A – REVISÃO INTEGRATIVA.....	172
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP).....	173

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

A segurança do paciente impõe-se, incontestavelmente, como uma das mais importantes questões de saúde pública, assumindo premência para a garantia da qualidade dos processos assistenciais. É definida como redução, a um mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde (eventos adversos) (EA) (World Health Organization, 2009). Entende-se que a prestação de assistência à saúde está sujeita a falhas, provocadas ou não pelo ser humano, o que aponta para o fato de que o erro é possível de ocorrer nos seus processos.

O conceito de EA os define como qualquer incidente que resulta em dano não intencional ao paciente, decorrente da assistência em saúde e que não está relacionado a uma condição subjacente dele. Esses eventos podem incluir erros de medicação, quedas, infecções hospitalares, entre outros, e representam uma das principais preocupações das instituições de saúde (World Health Organization, 2009). A prevenção de EA é um dos focos centrais da segurança do paciente, especialmente no ambiente hospitalar, onde a complexidade dos cuidados pode aumentar o risco de incidentes.

Para Reason (1990, 2005), o erro ocorre nas ocasiões em que uma sequência planejada de atividades mentais ou físicas não atinge o resultado pretendido, de modo que as falhas no planejamento dessas atividades não sejam atribuídas a ocorrências ao acaso. Sob essa ótica, preconiza-se que, na assistência em saúde, sejam estabelecidas barreiras para impedir que o erro atinja o paciente, sendo, ele próprio, considerado a última barreira (Silva *et al*, 2016).

À luz da segurança do paciente, tecnologias que promovem a autonomização do paciente vêm ganhando destaque em meio às práticas de saúde. A considerar como tecnologia, o saber da enfermagem acompanha um modo moderno de viver, já que vivemos num mundo tecnológico. Por isso, observa-se o incremento dessas tecnologias que promovem a participação do paciente no que tange ao seu cuidado e segurança na assistência e no âmbito institucional, necessariamente relacionada ética e politicamente aos preceitos de segurança do paciente.

O exposto estabelece um elo com a tecnologia de cuidado que, segundo Merhy, refere-se ao conjunto de ferramentas, práticas e saberes utilizados pelos profissionais de saúde para promover a assistência ao paciente (Merhy, 1997).

No contexto da segurança do paciente, é essencial que as tecnologias leves, leve-duras e duras sejam utilizadas de maneira integrada e estratégica (Lima Neto; Silva; Santos, 2019).

Ao propor ferramentas técnico-científicas para a organização dos processos assistenciais, como a estratégia de participação do paciente na troca de turnos pretendida neste estudo, emerge a construção de uma tecnologia leve-dura com foco na comunicação e na segurança do paciente. Entende-se que essa construção é especialmente relevante em unidades de saúde mental, onde as necessidades dos pacientes e as particularidades do cuidado demandam abordagens tecnológicas que considerem a complexidade do ambiente hospitalar e a subjetividade do paciente.

Um paciente com acesso a uma comunicação eficaz pode contribuir para a segurança por meio de escolhas informadas, uso seguro de medicamentos, iniciativas de controle de infecção, observação de processos de cuidado, relato de complicações e prática de autogerenciamento (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Isto posto, as iniciativas que buscam assegurar a alocação dos pacientes e familiares no centro o cuidado, para que participem como agentes ativos desse cuidado à saúde, visando a obtenção de resultados melhores da terapêutica clínica proposta, bem como sejam parceiros críticos nos esforços para a prevenção de falhas e danos, constituem ponto de atenção na atualidade. Ilustra a importância dessa conjuntura assistencial moderna o fato de que a *Joint Commission International* – instituição líder global reconhecida em acreditação de cuidados de saúde – possui como um dos padrões avaliativos sobre os direitos de pacientes e familiares, a contemplação da informação aos pacientes sobre todos os aspectos de seus cuidados médicos e tratamento e se participam dos cuidados e decisões desse mesmo tratamento clínico (Joint Commission International, 2021).

Indo ao encontro dessa perspectiva, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos recomendou que, para alcançar cuidados de saúde de alta qualidade no século 21, são necessárias melhorias na prestação de cuidados centrados no paciente, de modo que sejam respeitosos e responsivos às suas preferências, necessidades e valores individuais e que as decisões clínicas também sejam guiadas por ele. Além disso, o paciente deve receber as informações necessárias e a oportunidade de exercer o grau de controle para escolher sobre as situações de saúde que o afeta. Isto posto, o sistema de saúde deve ser capaz de acomodar as diferenças nas preferências dos pacientes e incentivar a tomada de decisão compartilhada (Institute of Medicine, 2001).

Sob esse prisma de envolvimento público e participação ativa é possível questionar, inclusive, o termo “paciente”, que vem do latim “*patiens*”, de “*patior*”, e significa sofrer ou suportar os tratamentos. Evoca uma idéia de exclusiva aceitação, paciente, submissa ao profissional de saúde, refletindo um relacionamento paciente-profissional pautado na subjugação. No entanto, trata-se de uma parceria entre uma pessoa que detém o conhecimento

técnico-científico e o coloca à disposição da outra, que o aceitará ou não. Deste modo, é no exercício da autonomia das duas pessoas que o cuidado carece ser praticado (Segre; Ferraz, 1997).

Contudo, se utiliza o termo paciente pela compreensão imediata do sujeito envolvido, sob o aspecto sociocultural. Nota-se, inclusive, sua adoção nas políticas públicas, a exemplo do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Assim, é importante reforçar nesse texto que sua utilização não intenciona evocar seu sentido denotativo.

Diante do entendimento que o paciente é um sujeito responsável pelo seu cuidado, reconhece-se, pois, que a equipe multiprofissional deve oferecer meios que o permita se envolver, junto com sua rede familiar, no processo de cuidado, de modo que possa exercer a criticidade e a autonomia sob sua terapêutica e quadro clínico.

À vista disso, as instituições de saúde que se preocupam com a autonomia do paciente vêm desenvolvendo estratégias para garantir o envolvimento dele no processo de cuidar, na perspectiva de prevenção de incidentes, tais como: atividades que permitem aos sistemas/instituições solicitar informações relevantes aos pacientes por meio de questionários, entrevistas e grupos focais; promoção da participação ativa dos pacientes na prevenção de incidentes de segurança nos cuidados de saúde por meio de recursos informativos; e mobilização dos pacientes para a segurança dos cuidados de saúde através de um sistema de notificação de incidentes e da inclusão de associações de pacientes na identificação de situações passíveis de melhoria (Figueiredo *et al*, 2019).

No escopo das abordagens de atendimento centradas no paciente, destaca-se a participação de pacientes na passagem de plantão da equipe de enfermagem, com o intuito de garantir que essas transições nos cuidados sejam seguras e eficazes. É importante considerar que essa interação varia de acordo com suas condições físicas e cognitivas. Em certos contextos clínicos, como em Centros de Terapia Intensiva (CTI), muitos pacientes podem estar inconscientes, sedados, ou em estado de trauma, o que limita sua capacidade de participação ativa no processo. No entanto, em cenários onde o paciente está consciente e cognitivamente capaz, sua inclusão pode trazer benefícios significativos para a segurança e a continuidade do cuidado (Tobiano *et al*, 2018).

A passagem de plantão é compreendida como uma comunicação entre enfermeiros de dois turnos, onde ocorre a transferência de responsabilidade pelos pacientes e a troca de informações sobre eles e os cuidados atinentes a fim de guiar as decisões clínicas e priorizar necessidades na assistência para o próximo turno de trabalho. Ademais, oportuniza socialização, educação, desenvolvimento profissional e apoio emocional (Blaz; Staggers, 2012).

A transição do cuidado transcende a simples troca de informação e pode servir como momento de reflexão e avaliação do trabalho, objetivando crescimento mútuo e melhor desempenho do trabalho em saúde (Silva; Cruz, 2016).

Embora os preceitos de segurança do paciente abarquem todas as configurações de cuidado, no espaço da internação psiquiátrica há especificidades elementares que constituem um desafio à participação do paciente no seu cuidado e segurança, o que é uma questão assistencial que carece de discussão para colocar em prática as políticas públicas de saúde mental pós-reforma psiquiátrica, período em que a internação passou a ser recomendada como última escolha de tratamento.

O paciente psiquiátrico sob regime de internação hospitalar vivencia um período de agudização de sintomas psíquicos. Ademais, embora possa haver componentes clínicos que causem prejuízos das funções corporais além das psíquicas, ele não tende a permanecer no leito ou nos limites da unidade do paciente, havendo, inclusive, grande possibilidade de que esteja em quadro de agitação psicomotora, com importantes sintomas psicóticos, manifestando atitudes e comportamentos que podem comprometer a sua segurança, bem como a dos demais pacientes e da equipe profissional (Tavares; Peres; Silva, 2022).

Outro aspecto característico da complexidade desse contexto é a conduta farmacológica no manejo de sintomas como alucinação, delírio, agitação psicomotora ou agressividade. Por mais que o objetivo do uso de medicamentos seja a mitigação dos sintomas dos transtornos mentais e a tranquilização – e não a sedação – a prática revela que a contenção medicamentosa e a sedação são consequentes a essas abordagens, aumentando os riscos para a segurança desses pacientes, que incluem quedas e broncoaspiração (Tavares; Peres; Silva, 2022).

Outro destaque é que, no manejo do paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento, quando as intervenções verbais, atitudinais e comportamentais e o tratamento farmacológico não alcançam o abrandamento do quadro, pode ser necessária a aplicação da contenção física, considerada uma ação terapêutica por submeter o paciente a um risco menor à sua integridade física ou mesmo à sua vida. Entretanto, trata-se de um procedimento inócuo, com alto risco à segurança do paciente e que vai de encontro à sua participação no cuidado. Isso também torna o ambiente da internação psiquiátrica bastante específico quando comparado a outras clínicas, nas quais os pacientes reconhecem sua condição de doente e desejam colaborar com o tratamento, visando a melhoria do quadro clínico e a alta hospitalar (Tavares; Peres; Silva, 2022; Del-Ben *et al*, 2017).

No contexto da saúde mental, enquanto a contenção física é uma intervenção emergencial e momentânea, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) visa estabelecer um

cuidado contínuo, no qual o paciente é incluído ativamente no planejamento terapêutico. A recuperação psicossocial é promovida através de estratégias que permitem ao paciente reconhecer sua condição, mas também desenvolver uma compreensão sobre si mesmo e sobre seu processo de cura. Isso ocorre por meio de intervenções colaborativas e que visam minimizar práticas coercitivas, como a contenção física, alinhando-se com o princípio de que o paciente deve ser um protagonista no seu tratamento (Del-Ben *et al*, 2017).

O exposto revela que, nesse cenário, os sintomas comprometem a compreensão do paciente em relação à própria patologia e segurança. Além disso, algumas práticas aplicadas em situações graves de surto impossibilitam que ele contribua com as decisões sobre sua saúde, indo de encontro à sua participação no gerenciamento de seu cuidado e segurança. Importante frisar, ainda, que o paciente em surto psiquiátrico muitas vezes não concorda ou não aceita seu diagnóstico, recusando-se a aderir ao tratamento para o sofrimento mental, uma reação explicada pela sua condição, que comumente é de boa saúde física.

Ainda deve-se considerar o poder institucionalizante da internação psiquiátrica, que provoca um processo de redução e restrição de si ao doente. Isto posto, sabe-se que a reinternação ou fenômeno “*revolving door*” (porta giratória) é vivenciado com frequência nesse contexto (Gusmão *et al*, 2017), proporcionando uma experiência institucionalizante periódica. Essas circunstâncias incitam o desafio de promover a participação ativa do paciente no seu cuidado, visando melhorar a eficácia do tratamento e a redução do tempo de internação.

Ao se considerar que o paciente é a última barreira para evitar o EA e a importância contemporânea que o envolvimento do paciente no seu cuidado tem assumido, é importante investigar e propor possibilidades para que isso ocorra no cenário da internação psiquiátrica, aqui defendido como especialmente dotado de desafios à segurança do paciente. Tais desafios são postos para o paciente e sua família, para a equipe de saúde e para a gestão institucional.

Importante explicitar que o quantitativo de pacientes internados vem decrescendo consideravelmente desde a legalização da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em 2001. Com menos leitos psiquiátricos, como ocorre em enfermarias especializadas em hospitais gerais, a equipe de enfermagem tem maior condição de trazer o paciente à participação na passagem de plantão. Essa perspectiva incita o desafio de implementar a participação do paciente no contexto psiquiátrico, entretanto, preocupa aos pesquisadores e profissionais que discutem os avanços do modelo psicossocial de atendimento o fato da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, incentivar a internação psiquiátrica em hospital especializado, o que tende a aumentar o número de leitos e ameaça um retorno ao período em que havia a “mercantilização da saúde” (Brasil, 2019c; Amarante; Torre, 2018).

A problemática é potencializada ao se analisar a publicação científica sobre o assunto. Em Revisão Sistemática de Literatura feita para o projeto de pesquisa que originou esta tese, se investigou publicações sobre a participação do paciente na segurança dos cuidados de saúde e não se identificou pesquisas realizadas sobre o tema em unidades ou enfermarias psiquiátricas (Figueiredo *et al*, 2019). Essa situação reitera a exclusão da psiquiatria em pesquisas relacionadas a melhorias assistenciais nos cenários de internação, retardando a chegada de novas tecnologias de cuidado e segurança às pessoas com transtornos mentais. Particularmente, isto se deve ao preconceito relacionado à condição cidadã dessas pessoas.

1.2 Singularidades e experiências de segurança do paciente no cenário psiquiátrico: interesse da autora pelo tema e problemática relacionada

É preciso considerar que essa configuração de participação do paciente a qual os serviços de saúde aspiram, esbarra em sérios entraves no campo da psiquiatria e saúde mental. A assistência em saúde nesse âmbito ainda hoje é permeada por convicções que incentivam a internação psiquiátrica. Embora tenha tido redução do número de leitos psiquiátricos no país, essas instituições ainda estão presentes e necessitam de investimento para que sejam percebidas como espaço temporário para pessoas em situação de crise prolongada. A internação em instituição psiquiátrica é modalidade de tratamento que necessariamente leva à institucionalização e fortalece estigmas, podendo levar à violação de direitos e à perda de vínculos sociais (Silva; Gomes, 2019; Nunes *et al*, 2019).

Também permite práticas restritivas, apresentando, portanto, potencial iatrogênico e estabelecendo um contraponto ao envolvimento e responsabilidade do paciente ao que diz respeito à sua saúde e segurança. Outro ponto é que sintomas psiquiátricos podem ser associados, unicamente, ao alto risco de EA. Associa-se, nesse caso, o estado mental prejudicado, as comorbidades médicas prevalentes nesse grupo, a dificuldade de comunicação ou participação do paciente no seu cuidado e nível de consciência alterado (Mcginty *et al*, 2017; Tavares; Peres; Silva, 2022).

Acrescenta-se que o sofrimento psíquico cursa com alterações do humor, do comportamento e das relações sociais. Ao apresentar tais sintomas, o paciente, estando ele em seu território ou internado, fica suscetível a se envolver em discussões, confusões e brigas, devido ao quadro de vulnerabilidade em que se encontra, suscitando riscos à sua integridade física e de outros, demandando condutas terapêuticas de alto risco, como as contenções medicamentosa e mecânica já citadas (Del-ben *et al*, 2017).

Entendendo que o EA pode ser decorrente do cuidado em saúde e, não menos relevante, das manifestações clínicas das psicopatologias, o presente projeto de pesquisa adota o conceito de segurança do paciente na assistência psiquiátrica como a mitigação do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado em saúde, às manifestações adversas das psicopatologias e às falhas ambientais, pelas quais objetos podem constituir armas para os pacientes (Tavares; Peres; Silva, 2022).

Tal conceito resultou da Dissertação de Mestrado desta autora, que identificou os EA que ocorrem na unidade de internação psiquiátrica. O interesse por essa pesquisa adveio do ímpeto pessoal em dar prosseguimento aos resultados obtidos pelo referido estudo, que apontou especificidades dos EA no cenário hospitalar psiquiátrico, apresentadas sob três vertentes: a primeira relaciona o EA ao cuidado em saúde, atrelando-se ao conceito de segurança do paciente que é trabalhado pelas políticas públicas. Frisa-se, não obstante, que o cuidado nesse cenário é dotado de especificidades na medida em que manifestações sintomatológicas e comportamentais demandam condutas com alto risco de EA.

A segunda vertente dá destaque aos fatores do ambiente na ocorrência dos EA. Estes assumem relevância ímpar na unidade de internação psiquiátrica devido ao potencial lesivo dos sintomas das psicopatologias, manifesto no comportamento dos pacientes. A terceira vertente relaciona-se às manifestações sintomatológicas e comportamentais das psicopatologias, muitas vezes perigosas para a integridade física dos pacientes. Merecem ênfase a agressividade e o comportamento autodestrutivo, o que inclui suicídio, tentativa de suicídio e autoagressão. Esses quadros sedimentam a iminência de atribuição de medidas de segurança do paciente que eficientemente assegurem a prevenção de comportamentos lesivos destes pacientes (Tavares; Peres; Silva, 2022).

O estudo atual propõe continuar essa investigação na perspectiva de chamar o paciente, quando internado, à participação no seu cuidado como barreira à ocorrência de EA, uma vez que sua integração na tomada de decisão em tudo que possa influenciar a sua saúde tem sido reconhecida gradualmente conforme se implementam práticas psicossociais. Esse envolvimento do paciente na prevenção de EA se dá por meio de indicação de possibilidades para sua participação que promovam sua capacitação e empoderamento (Figueiredo *et al*, 2019).

Outrossim, enquanto enfermeira assistencial e pesquisadora do cenário hospitalar psiquiátrico, vislumbrei como objeto investigativo essa estratégia participativa na passagem de plantão da enfermagem, tendo em vista que, na prática realizada no espaço onde esta pesquisa está sendo proposta, esse momento se dá de forma breve, sem sistematização e vedado ao paciente. Assim, se pensa em criar oportunidades de desenvolvimento de

tecnologias que promovam uma comunicação concreta e eficaz, valorizem a individualidade do paciente e agreguem suas próprias considerações ao cuidado, o que tende a qualificar o cuidado prestado ao mobilizar maior envolvimento entre equipe de enfermagem e paciente durante a internação.

É reconhecido que o paciente é a última barreira para evitar um EA, sendo razoável investir nesse entendimento também no cenário psiquiátrico, seja ele de internação ou de base comunitária. Fortalece o interesse no estudo desse fenômeno da prática profissional o fato de que a atual política de saúde mental favorece a ampliação do número de leitos de internação psiquiátrica, tornando desejável estudar e aprimorar a segurança do paciente nesse contexto ao tempo em que se luta para que esta não seja uma realidade colocada em prática.

1.3 Questões norteadoras, objeto, hipótese e objetivos

Para guiar a pesquisa, foram elaboradas as seguintes questões: 1) Como a participação do paciente na passagem de plantão da enfermagem pode configurar uma tecnologia de cuidado emancipatório capaz de promover melhorias para a segurança do paciente? 2) Como a equipe de enfermagem pode efetivar a participação do paciente com transtorno mental internado na passagem de plantão?

O objeto de estudo compreende a elaboração e avaliação de uma estratégia que favorece a participação ativa do paciente na passagem de plantão da enfermagem durante a internação psiquiátrica. A proposta busca inseri-lo de forma colaborativa no processo de recepção e transmissão de informações, configurando-se como uma tecnologia de cuidado emancipatório, qualificadora da assistência e promotora da segurança do paciente.

Defende-se a tese de que um protocolo para dar ao paciente psiquiátrico internado o direito de participar da passagem de plantão com a equipe de enfermagem é uma tecnologia de cuidado com potencial emancipatório, capaz de fortalecer a autonomia, a cidadania e a consciência crítica dele, e mais uma barreira para a sua segurança, qualificando o cuidado psicossocial.

O objetivo geral deste estudo é desenvolver uma estratégia de participação do paciente na passagem de plantão da enfermagem, concebida como tecnologia de cuidado emancipatório em uma emergência psiquiátrica.

Os objetivos específicos são:

1. Descrever a organização e comunicação durante a passagem de plantão em uma unidade de emergência psiquiátrica;
2. Elaborar com a equipe de enfermagem uma tecnologia para viabilizar a participação

do paciente na passagem de plantão;

3. Avaliar o potencial emancipatório da tecnologia elaborada; e
4. Discutir a estratégia de participação do paciente psiquiátrico na passagem de plantão da enfermagem à luz da segurança do paciente.

1.4 Justificativa e relevância

Internacionalmente, a participação do paciente é uma das áreas de foco mais comuns no debate sobre saúde (Jorgensen, Dahl Rendtorff, 2018) e, além de constituir uma conduta correta de assistência em saúde, acarreta benefícios para os pacientes e familiares e contribui para melhorar o desempenho hospitalar (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Cabe destacar que os EA envolvem custos econômicos e sociais, podendo causar danos permanentes e até a morte do paciente, além de se associarem ao prolongamento do tempo de permanência no hospital (Kohn; Corrigan; Donalds, 2000), o que estabelece um contraponto à Reforma Psiquiátrica ao se considerar que a pessoa portadora de transtorno mental não deve ser tratada, preferencialmente, em serviços de internação (Brasil, 2001).

A literatura evidencia que a prática de considerar o paciente como última barreira para a ocorrência de um incidente ainda é incipiente e que muito se deve avançar nas ações que envolvem o paciente como eixo central do cuidado. Percebe-se que estudos sobre a participação do paciente no seu cuidado e segurança estão em ascensão, entretanto não se observa o cenário hospitalar psiquiátrico nesse universo. Além disso, os estudos se concentram nas áreas hospitalares gerais, havendo necessidade de ampliar as discussões em outros cenários de prática, como instituições com serviços especializados, onde se inclui o hospital psiquiátrico (Silva *et al*, 2016).

Com o objetivo de fundamentar a lacuna teórica e justificar a proposta de intervenção, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, apresentada no ANEXO A. Esta teve como objetivo identificar e analisar as evidências científicas sobre estratégias voltadas à participação do paciente no cuidado durante a internação psiquiátrica.

A busca foi conduzida em outubro de 2021 nas bases de dados nas bases de dados: a) Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que contém a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); b) PubMed, que disponibiliza a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); c) e, via Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases Embase e Scopus, da empresa Elsevier; *Web of Science* (WOS), da empresa Clarivate Analytics; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), da empresa

EBSCO; *PsycInfo*, da *American Psychological Association* (APA); e d) *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Utilizaram-se os descritores “Cuidados de Enfermagem”, “Participação do Paciente” e “Hospitais Psiquiátricos”. Após o processo seletivo dos estudos, restaram 9 para integrar a amostra final.

Os estudos incluídos abordaram diferentes abordagens para promover o envolvimento dos pacientes, como escuta qualificada, reuniões terapêuticas, práticas de cuidado centrado na pessoa e iniciativas voltadas à corresponsabilização no tratamento. No entanto, observou-se que, apesar das propostas identificadas, a participação do paciente ainda se dá de forma limitada e, na maioria das vezes, ocorre de maneira pontual ou simbólica.

Em geral, os pacientes são convidados a participar de discussões clínicas ou reuniões, mas raramente suas contribuições impactam efetivamente os processos decisórios ou geram adaptações concretas nos planos de cuidado. Essa análise reforça a lacuna existente entre o discurso sobre participação e sua materialização na prática, evidenciando a necessidade de estratégias mais robustas e sistematizadas que assegurem o protagonismo do paciente de forma ética, segura e efetiva no contexto da saúde mental.

1.5 Contribuições do estudo

Essa produção contribuirá para a prática assistencial quando se espera que os resultados apontem estratégias de participação do paciente no seu cuidado e segurança no cenário da internação psiquiátrica, um espaço que ainda precisa avançar em relação a esse eixo de segurança do paciente. O exposto se reflete no meio científico, onde se constata escassez de produções com o viés contextual dessa pesquisa.

Acredita-se, também, que ampliará as possibilidades de reflexão no cenário do ensino sobre a participação do paciente psiquiátrico no seu cuidado e segurança, emergindo, aí, a contribuição acadêmica. Desse modo, favorecerá a construção de um cuidado qualificado e que considere o paciente uma barreira de segurança.

Para a instituição-cenário, possibilitará a experimentação de uma reconfiguração dos processos assistenciais no sentido de trazer o paciente para o centro do cuidado, por meio de estratégias construídas junto à equipe e aos pacientes. Espera-se, com isso, o enriquecimento das práticas assistenciais e de segurança, que poderão ser absorvidas por outras instituições hospitalares psiquiátricas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo, de natureza inédita, aborda a complexidade de seu fenômeno por meio de uma perspectiva analítica multifacetada. Para tal, a fundamentação teórica é construída pela triangulação de referenciais, com o objetivo de demonstrar a visão de mundo da autora e oferecer clareza ao leitor. A análise será embasada em duas teorias principais: a Teoria do Queijo Suíço e a Teoria da Tecnologia Emancipatória. Adicionalmente, a pesquisa se apoiará no modelo psicossocial de cuidado em saúde mental, no processo de passagem de plantão da equipe de enfermagem, na participação do paciente e em temas como segurança do paciente, tecnologia e autonomia.

2.1 Segurança e participação do paciente: uma perspectiva histórica

No decorrer da história é possível identificar diversos acontecimentos correlatos a conceitos e pensamentos sobre erro humano e segurança do paciente. O Código de Hammurabi, na Babilônia dos anos 1792-50 a.C, contém alguns artigos reconhecendo que o resultado do tratamento dependia da ação do médico, responsabilizando-o de forma dura: se o paciente perdesse a mão, o médico perderia a sua (Sousa, Mendes, 2019).

Na Índia, segundo as leis de Manú, - legislação do mundo indiano que estabelece o sistema de castas na sociedade Hindu, redigido entre os séculos II a.C. e II d.C - um engano ou a má prática do médico faria com que eles fossem castigados. Na Grécia antiga, Hipócrates (460-377 a. C.), considerado o pai da medicina, em seu juramento, mencionava que “*Primum non nocere*”, que significa: primeiro não cause o dano e é reconhecida como uma das primeiras referências explícitas à segurança do paciente. Galeno, médico romano (130 a 200 d.C) escreveu, além de anatomia e fisiologia, sobre deontologia médica. No final do século XIX, os incidentes já eram vistos como consequentes a comportamentos de alguns profissionais, entretanto eram tratados individualmente pelos responsáveis e não eram partilhados (Sousa; Mendes, 2019).

Com ideias inovadoras para sua época, Florence Nightingale, no século XIX, já alertava que a função dos hospitais era prioritariamente não causar danos aos pacientes. Também difundiu conhecimentos relacionados com a temática em pauta, como a higiene do ambiente, e discursava sobre recomendações para a prevenção de riscos e medidas e avaliações de fenômenos de saúde através de estatísticas (Seiffert; Wolff; Wall, 2011).

Ainda no século XIX, o médico húngaro Ignaz Semmelweis comprovou a hipótese de que doenças graves eram decorrentes de procedimentos terapêuticos, sugerindo que a adoção

do simples hábito de lavar as mãos antes de examinar as parturientes combatia a epidemia de febre puerperal (Celine, 1998).

Foi através deste médico que partiu os primeiros conhecimentos sobre a importância da transmissão de infecção pelas mãos. Com os avanços das pesquisas sobre o tema, hoje é possível encontrar evidências e protocolos bem consolidados sobre a prática de higiene das mãos nos estabelecimentos de saúde e nas políticas públicas.

É premente relacionar segurança do paciente com qualidade na assistência. Neste contexto, destaca-se Avedis Donabedian. Um dos primeiros pesquisadores de Avaliação em Serviços em Saúde, no século passado, possibilitou uma ampliação do conceito de qualidade em saúde ao desenvolver os “7 pilares da qualidade”: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade. Além disso, propôs a tríade estrutura – processos – resultados, fundamental para a avaliação da qualidade em saúde (Donabedian, 1990).

O foco na segurança do paciente tal qual é concebida atualmente tornou-se evidente a partir do estudo da publicação da prática médica de Harvard (1991) (Brennan *et al*, 1991) e do relatório do Instituto de Medicina: “*To err is human: building a safer health system*” (2000) (Kohn; Corrigan; Donalds, 2000), que evidenciaram EA e erros médicos.

Em outubro de 2004, a OMS estabeleceu a *World Alliance for Patient Safety*, que formulou desafios globais para a segurança do paciente: *Clean Care is Safe Care*, em 2005; *Safe Surgery Saves Lives*, em 2008; e *Medication Without Harm* em 2017. Com a evolução das ações voltadas à segurança do paciente, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria MS/GM nº. 529, de 1º de abril de 2013.

Nessa perspectiva, destaca-se que o envolvimento do paciente se tornou elemento mister para a qualidade do cuidado e é uma meta central das instituições de saúde, embora a participação individual e coletiva dos povos no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde já tivesse sido reconhecida pela Declaração de Alma Ata em 1978.

O propósito dos serviços de saúde se alinhou à abordagem do cuidado centrado na pessoa, que adota, conscientemente, as perspectivas de indivíduos, famílias e comunidades e os vê como participantes e beneficiários de sistemas de saúde confiáveis que respondem às suas necessidades e preferências de forma humana e holística (World Health Organization, 2015).

Diversos movimentos globais ocorreram nesse direcionamento. Em 2005, após um workshop da Organização Mundial de Saúde (OMS) que reuniu pacientes e profissionais de 20 países, foi criada a rede “*Patients for Patient Safety*”, que visa incorporar a voz do

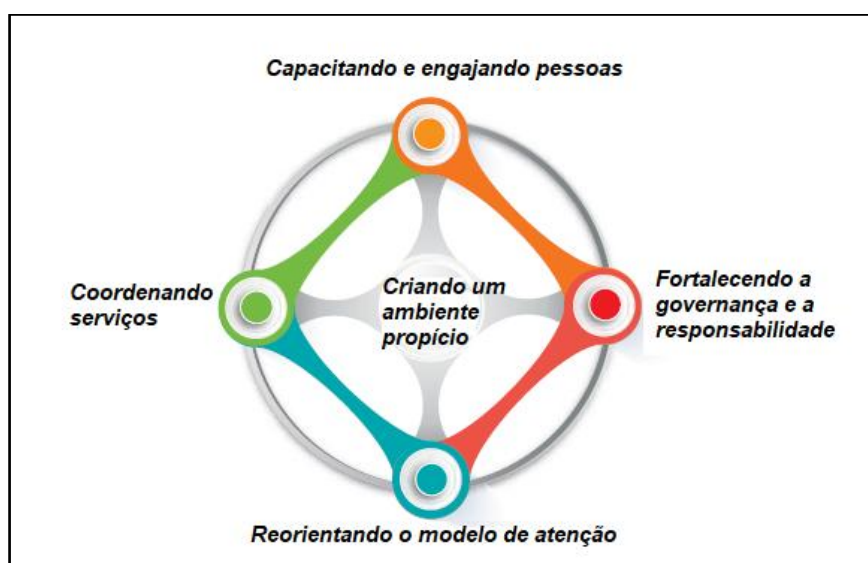
paciente, da família e da comunidade em todos os níveis de assistência (World Health Organization, 2005). Em decorrência, houve a elaboração da “Declaração de Londres”, que orienta e estabelece um compromisso para o engajamento positivo (World Health Organization, 2013).

Na Inglaterra foi estabelecida Lei do Serviço Nacional de Saúde em 2006, a qual descreve o dever legal de promover o envolvimento dos pacientes na sua própria saúde e cuidados (United Kingdom, 2006). Nos Estados Unidos, a “Agency for Healthcare Research and Quality” criou o “Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety”. Dentre as estratégias, apoia a transferência segura de cuidados entre enfermeiros, envolvendo o paciente e a família na passagem de plantão (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Na Austrália, em 2015 ocorreu a conferência “Room with a Patient View” para aumentar o envolvimento do paciente na avaliação de tecnologia de saúde que resultou na criação do grupo “Patient Voice Initiative” para aumentar a presença da voz do paciente nos Comitês de saúde (Patient Voice Initiative, 2022).

A estratégia global da OMS para os serviços de saúde (2016-2026) relaciona-se à saúde integrada e ao cuidado centrado nas pessoas. Objetiva combater os cuidados de saúde cada vez mais fragmentados, ineficientes e insustentáveis e promover serviços de melhor qualidade, financeiramente sustentáveis e mais responsivos a indivíduos e comunidades. Isso posto, propõe cinco direções interdependentes que os serviços de saúde precisam adotar para se tornarem mais integrados e centrados nas pessoas (World Health Organization, 2015).

Figura 1 – Direções estratégicas interdependentes para apoiar serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas



Fonte: World Health Organization, 2015.

Acompanhando o movimento mundial, a Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde / Agência Nacional de Vigilância Sanitária (GGTES/ANVISA) lançou, em 2012, o projeto “Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”. Além disso, um dos principais eixos do PNSP consiste no “Envolvimento do Cidadão na sua Segurança”, considerando pacientes, familiares e acompanhantes como parceiros para a prevenção de falhas e danos (Brasil, 2014).

É oportuno trazer para reflexão a relação adjacente da participação do paciente ao paradigma neoliberal, que aumenta a responsabilidade dos cidadãos de lidar com suas vidas com base em suas escolhas, incluindo sobre seu estado de saúde. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem promover o autodesenvolvimento do paciente e garantir as oportunidades disponíveis (Jorgensen; Rendtorff, 2018; Joergensen; Praestegaard, 2018).

2.2 A Teoria do Queijo Suíço: barreiras para prevenir incidentes de segurança

Este estudo utilizará como referencial teórico o pensamento de James Reason, psicólogo que se graduou e lecionou na Universidade de Manchester, onde foi professor de psicologia entre os anos de 1977 e 2001. Ofereceu importantes contribuições à área de segurança do paciente e gerenciamento de riscos e obteve elevado reconhecimento devido ao seu trabalho na redução de danos em hospitais (Fernandes *et al*, 2014).

Como psicólogo, Reason concentrou seus estudos na relação do comportamento humano na ocorrência do erro. Propôs que fatores sistêmicos, relacionados à organização e à gestão, exercem contribuição eminente para a ocorrência dos acidentes organizacionais, fazendo uma analogia dessas falhas dos sistemas de trabalho aos agentes patogênicos dos sistemas biológicos. Sob esse enfoque, escreveu livros sobre acidentes organizacionais, gerenciamento de riscos e erro humano. Seu pensamento orienta pesquisas e processos em áreas industriais e em cuidados de saúde (Fernandes *et al*, 2014).

Segundo o autor, o risco sempre está presente na prática clínica. Nas diversas modalidades de tratamento, o profissional de saúde, mesmo observando todos os aspectos que envolvem o cuidado em prol da qualidade da sua assistência, é passível de cometer erros e causar danos. Com o avanço da tecnologia e o aumento da carga de trabalho e da complexidade dos cuidados de saúde, os riscos de erros e EA cresceram (Reason, 2005). Kohn (2000) reforça que os EA decorrentes de erro humano nos ambientes hospitalares podem representar mais da metade dos EA ocorridos.

Para Reason (2005), o erro decorre de uma falha do cuidado planejado, podendo ocorrer de duas maneiras: 1) Quando o plano é adequado, mas as ações associadas não

transcorrem como pretendidas – esta é a falha de execução, chamada de deslize ou lapso, que pode relacionar-se à atenção ou à memória; e 2) Quando as ações são planejadas, mas o plano é inadequado para alcançar o resultado pretendido – esta é a falha de intenção, denominada engano.

Essas falhas podem ser ativas ou latentes. As ativas relacionam-se a atos inseguros (erros e violações) cometidos por aqueles na “ponta” do sistema (por exemplo: anestesiistas, cirurgiões e enfermeiros). Essas ações podem ter consequências adversas imediatas. Já as falhas latentes são criadas como resultado de decisões gerenciais da organização. Suas consequências podem ficar inativas por um longo período, tornando-se evidente quando se combinam com falhas ativas e fatores locais, de forma que transpõem as defesas do sistema e podem atingir o paciente (Reason, 2005).

A reação inicial perante o erro é encontrar e culpar o profissional, no entanto, EA ou erros ocorrem, frequentemente, devido à convergência de múltiplos fatores contribuintes. Desta forma, prevenir erros e promover melhorias amplas e duradouras requer uma abordagem sistêmica (Kohn, 2000). Ao contrário das falhas ativas, muitas vezes de difícil previsão, condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes de ocorrer um EA. Este entendimento permite um gerenciamento de risco proativo, ao invés de reativo (Reason, 2000).

Nesta abordagem do sistema, as barreiras são prementes para evitar que o EA ocorra. As camadas defensivas são inúmeras e podem depender de equipamentos, pessoas, procedimentos e controles administrativos que protegem as vítimas potenciais dos perigos locais (Reason, 2000).

Quadro 1 – Tipos de abordagem do erro humano

Tipo de abordagem	Descrição	Consequências
Abordagem da pessoa	Enfoca os erros e violações das pessoas da linha de frente – profissionais de saúde. Trata os erros como questões morais, culpando mais os indivíduos às instituições.	Susceptível a frustrar o desenvolvimento de instituições de saúde mais seguras, pois a fragiliza a cultura relatadora.
Abordagem do sistema	Os erros são originam-se mais devido a fatores sistêmicos. Busca-se alterar as condições sob as quais os humanos trabalham.	As camadas defensivas, como alarmes, profissionais de saúde e controles administrativos, protegem as vítimas potenciais dos perigos

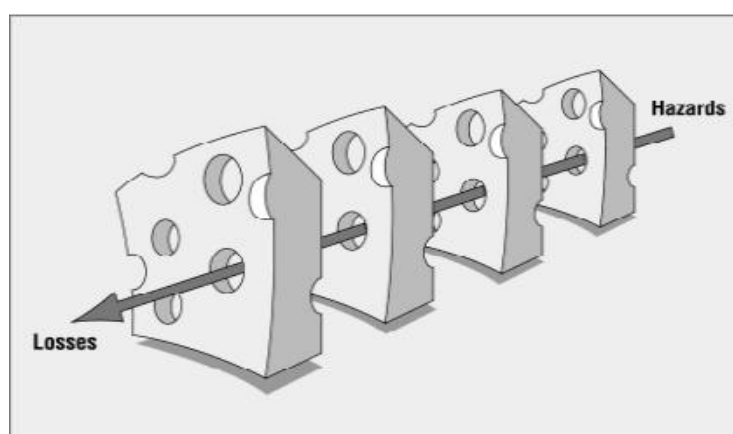
questão principal é porque as defesas falharam e não quem errou.

loais. Essas camadas, idealmente, ficariam intactas, entretanto, falhas ocorrem.

Fonte: Reason, 2000.

Os sistemas possuem, portanto, pontos fracos, falhas e lacunas que, quando se “alinham”, permitem a trajetória de oportunidade para o acontecimento de um evento indesejável. Essa concatenação de falhas é representada pela Teoria do Queijo Suíço, na qual as camadas de defesa funcionam como fatias de queijo suíço com buracos continuamente abrindo, fechando e deslocando sua localização. A presença de furos em qualquer "fatia" normalmente não causa um mau resultado, mas quando esses buracos, momentaneamente, se alinham, permitem uma trajetória de oportunidade de incidente (figura 2). (Reason, 2000, 2016).

Figura 2 – Teoria do “queijo suíço”



Fonte: Reason, 2000.

Reason observou, portanto, que os incidentes organizacionais tem causas diversas, envolvem todos os níveis hierárquicos e ocorrem quando esses fatores (buracos do queijo) se alinham, fatores esses que podem ser previstos e gerenciados.

Não se pode mudar a essência falível do ser humano, entretanto é imperativo que as instituições de saúde, priorizando uma perspectiva sistêmica de aperfeiçoamento dos processos e das condições sob as quais os humanos trabalham, estabeleçam camadas defensivas que mitiguem os EA. É razoável, portanto, o investimento em barreiras tecnológicas no escopo do processo assistencial, que engloba, desde o momento singular do cuidado, até as diretrizes institucionais (Fernandes *et al*, 2014).

Considerando o lugar de protagonismo que a segurança do paciente ocupa no cenário de saúde moderno, sobretudo a inclinação precípua de incorporação da participação do

paciente nos processos assistenciais com vistas a promover sua segurança a partir do entendimento de que ele próprio, através de tecnologias empreendedoras dessa participação, colabora como uma camada defensiva à ocorrência de falhas, conforme se ocupa o objeto de estudo em tela, evidencia-se a congruência com a teoria do erro humano.

A segurança do paciente passou a ser consolidada como prioridade estratégica global por meio de marcos normativos contemporâneos que ampliam e atualizam as bases históricas aqui apresentadas. Destaca-se a Resolução WHA72.6 da Assembleia Mundial da Saúde (2019), que reconhece a segurança do paciente como fundamento da qualidade do cuidado em todos os cenários assistenciais, incluindo explicitamente os serviços de saúde mental, e convoca os países a desenvolverem políticas, sistemas de aprendizagem e estratégias de engajamento do paciente (World Health Organization, 2019).

Em desdobramento direto dessa resolução, a OMS publicou o *Global Patient Safety Action Plan 2021- 2030*, estabelecendo objetivos estratégicos voltados à cultura de segurança, redesenho de processos críticos e participação ativa de pacientes e famílias como parceiros da prevenção de danos (World Health Organization, 2021). Paralelamente, o *World Mental Health Report (2022)* reforça a necessidade de transformação dos serviços de saúde mental em direção a modelos centrados na pessoa, baseados em direitos, participação e qualidade do cuidado (World Health Organization, 2022).

Esses marcos contemporâneos sinalizam uma convergência entre segurança do paciente, participação do usuário e reorganização das práticas em saúde mental, discussão que será aprofundada no Capítulo 5, à luz da tecnologia emancipatória desenvolvida neste estudo.

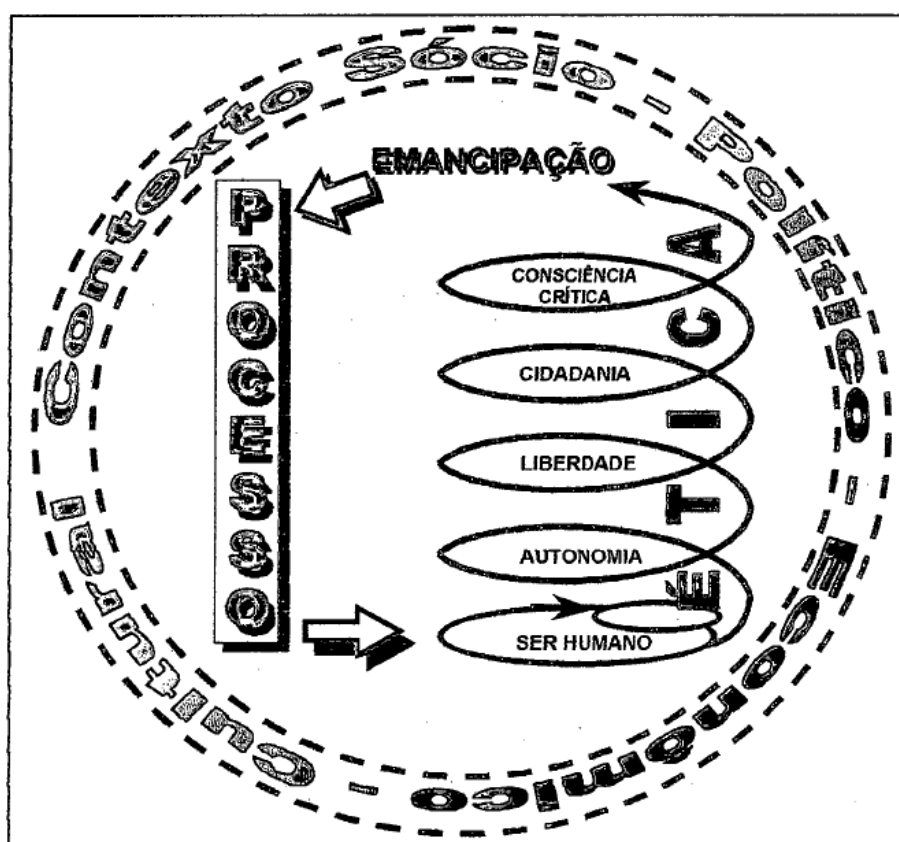
2.3 Teoria da Tecnologia Emancipatória

Ao promover a participação do paciente, espera-se trazer como elemento assistencial a consciência crítica do paciente sobre seu processo saúde-doença, que se ancora na autonomia e na liberdade para fazer escolhas, contudo sem deixar de considerar os limites da ética e da cidadania. Essa assertiva se aproxima da tecnologia emancipatória, teoria de médio alcance proposta por Elizabetha Nietzsche.

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade Nossa Senhora Medianeira, no Rio Grande do Sul (1981), Nietzsche produziu relevante obra científica sobre tecnologia emancipatória, tendo o processo de emancipação como seu constructo básico e como componentes constituintes: o exercício da consciência crítica, da cidadania, liberdade e autonomia.

Emancipação refere-se à consciência crítica para fazer-se um sujeito histórico, ator de seu destino, liberto do estado de sujeição. Trata-se de um processo que ocorre com o ser humano inserido num contexto sociopolítico-econômico-cultural cujas condições materiais básicas interligam os componentes de autonomia, liberdade, cidadania e consciência crítica, nos quais perpassa a ética. Como um processo, tais componentes estão interrelacionados e imbricados mutuamente e ocorrem no mundo material-concreto, nas condições próprias das circunstâncias em que os seres humanos convivem (Nietsche, 2000).

Figura 3 – Representação esquemática da concepção de emancipação de Nietsche



Fonte: Nietsche, 1999.

A teoria ampara-se na ideia de que o ser humano com consciência crítica vivencia sua cidadania a partir da liberdade e autonomia, características que lhe são próprias quando se torna pessoa com alto desenvolvimento de suas capacidades, de modo que não tenha limitações à sua autorrealização, ou seja, quando tem liberdade de escolher os elementos à sua disposição que sua consciência crítica determina (Nietsche, 2000).

O processo de emancipação refere-se à participação ativa e não é estático, tampouco se aplica a todas as dimensões da vida. Dependendo do contexto, há momentos de maior ou menor emancipação, por isso é necessário um permanente esforço de consciência crítica que ultrapassa a postura do espontaneísmo de apreensão da realidade para uma postura crítica, a

qual permite aos atores e sujeitos do processo viver e buscar uma ação permanente de transformação da realidade para a construção de si mesmo e do outro e para a vivência da sua liberdade (Nietsche, 2000).

É um processo contínuo e dinâmico de busca, de transposição de desafios e de compromisso, pelo qual a história vai sendo traçada pelas atividades criadoras na busca da emancipação pelos profissionais de enfermagem e pela clientela. O cuidado como atitude emancipatória surge no campo de compartilhamento e, como tal, suscita a consciência de que tanto o cliente quanto o profissional, ao tomarem decisões em conjunto, exercitam a autonomia (Nietsche, 2000).

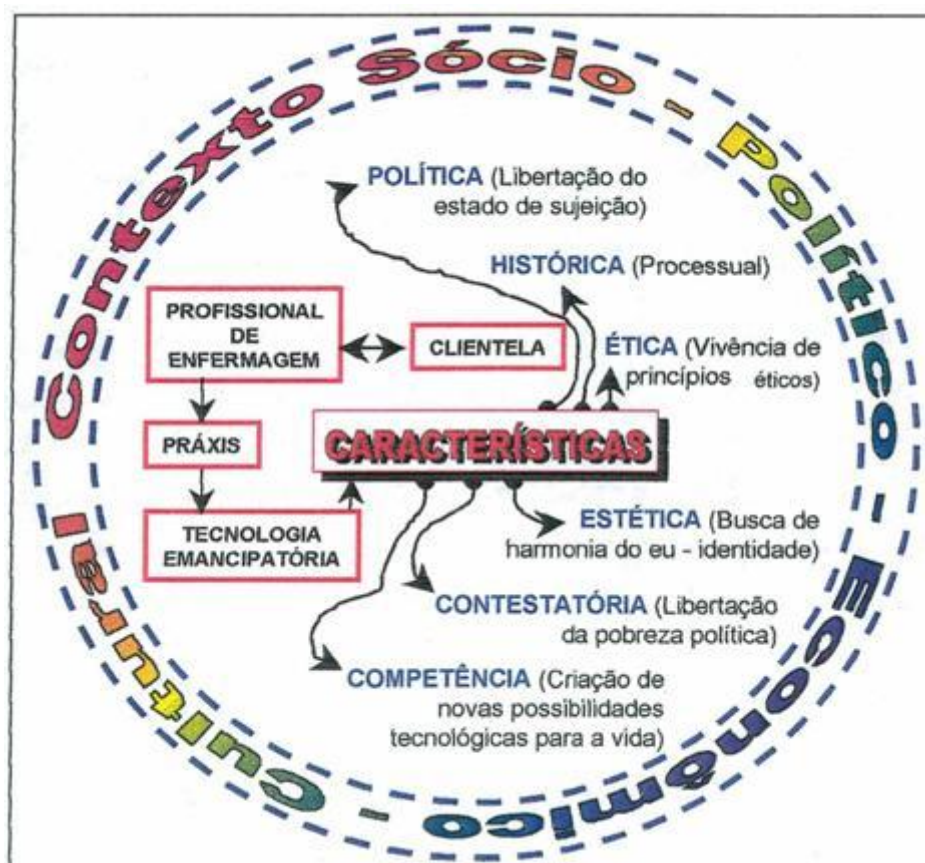
A tecnologia emancipatória transcende o conhecimento técnico e científico e sua aplicação na geração de um novo modo de fazer, pois, como se estabelece na relação profissional-cliente, constitui produto histórico com contradições sociais, é contestatória ao proporcionar a conquista do espaço próprio, é ética quando propicia a vivência dos princípios morais e é política quando torna o ser humano criativo e ativo, liberto da sujeição (Nietsche, 2000).

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem se constitui também nas relações sociais, onde há uma mobilização efetiva nos microespaços onde os profissionais e os pacientes atuam. Esse processo se pauta no exercício da cidadania numa perspectiva de conquista e construção de participação, organização e conscientização coletiva sobre as contradições entre carências e direitos, não deixando de considerar, necessariamente, os deveres. Destarte, ao operar tecnologias emancipatórias, é preciso reconhecer que a liberdade é componente essencial, entretanto seu exercício ocorre no espaço da possibilidade, onde uma qualidade indispensável é a generosidade, que permite uma relação ética com a liberdade do outro (Nietsche, 1999).

Diante dessa contextualização prévia, ao analisar o saber de enfermagem enquanto tecnologia emancipatória, a autora considerou as seguintes características:

- a) Histórica – processual;
- b) Política – libertação do estado de sujeição;
- c) Estética – busca da harmonia do eu, retomando a vida como fonte de alegria, criatividade e prazer;
- d) Ética – vivência dos princípios morais;
- e) Contestatória – libertação da pobreza política; e
- f) Competência – buscando novas possibilidades tecnológicas para a vida.

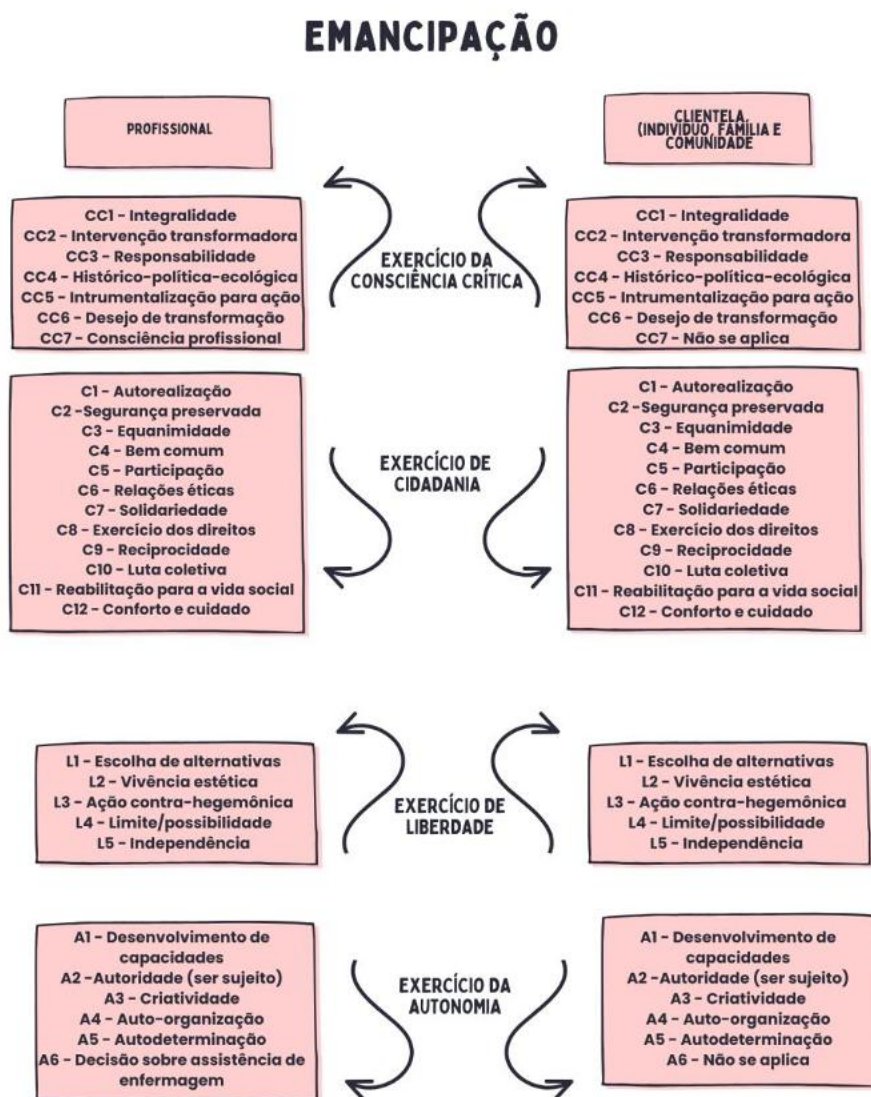
Figura 4 – Representação esquemática das características da tecnologia emancipatória



Fonte: Nietzsche, 1999.

No processo de construção teórica, Nietzsche (1999) identificou as seguintes tipologias tecnológicas de enfermagem na literatura científica: do cuidado, de concepções, interpretativas de situações de clientes, de administração, de educação, de processos de comunicação e de modos de conduta. Posteriormente, essas tipologias foram avaliadas com base em um conjunto de elementos analíticos organizados em quatro dimensões principais: Consciência Crítica (CC), Cidadania (C), Liberdade (L) e Autonomia (A) que possibilitam a análise das práticas de enfermagem quanto ao seu potencial emancipatório. A seguir, apresenta-se a figura que sintetiza a disposição desses elementos, a qual servirá como referência para a análise do Protocolo de Passagem de Plantão Participativa.

Figura 5 – Elementos avaliados para a classificação do potencial emancipatório da tecnologia



Fonte: Adaptado de Nietshe, 1999.

Posteriormente, Nietshe avaliou as práticas de enfermagem para verificar o potencial emancipatório, estabelecendo a seguinte classificação:

- Potencial emancipatório pleno – Evidências dos quatro componentes emancipatórios na tecnologia: Consciência crítica, exercício da cidadania, exercício de liberdade e exercício de autonomia, tanto para o profissional quanto para a clientela;
- Potencial emancipatório mediano – Evidências de, no mínimo, três componentes emancipatórios, tanto para o profissional quanto para a clientela;
- Potencial emancipatório mínimo – Evidências de menos de três elementos emancipatórios, para o profissional e clientela;
- Potencial emancipatório restrito ao profissional – Evidências de componentes emancipatórios somente em relação ao profissional;

- e) Potencial emancipatório restrito à clientela – Evidências de componentes emancipatórios somente em relação à clientela; e
- f) Potencial emancipatório não evidenciado – Sem dados que evidenciem componentes emancipatórios.

Diante do exposto, a enfermagem deve apropriar-se, além do saber técnico, do saber filosófico, que se traduz na preocupação com os valores da sociedade, entre os quais se inclui a questão emancipatória. O sujeito precisa resgatar sua identidade, ter história, ser autor e não somente expectador da vida. Contudo, o profissional deve buscar romper com a sujeição, sobretudo no contexto psiquiátrico, onde o paciente, historicamente, já tem sua autonomia reduzida. Frisa-se o resgate a essa perspectiva com a nova política de saúde mental, detalhada na Nota Técnica nº. 11/2019 (Brasil, 2019c), que exalta o paradigma biomédico, onde a instituição psiquiátrica é hegemônica, em detrimento do psicossocial, que enfatiza a reinserção social do indivíduo.

É compreensível que, em determinados quadros, a capacidade decisória do paciente fique comprometida, ou que suas decisões o coloquem em risco, de modo que sejam necessárias intervenções adotadas pelo profissional e rede de apoio que restrinjam ações de risco do paciente para si e para outros. Contudo, é eticamente recomendável que os profissionais saibam estabelecer e obedecer a limites entre uma restrição protetiva e a alocação do paciente à margem do processo decisório sobre questões da sua vida e de seu processo de saúde-doença (Silva *et al*, 2018).

Embora a autora Nietzsche não tenha pensado especificamente no campo da saúde mental, os componentes que constituem a tecnologia emancipatória se coadunam com os objetivos do cuidado psicossocial. Esta teoria foi aplicada pela primeira vez nesse campo por uma pesquisadora do mesmo grupo de pesquisa no âmbito o qual esse estudo se desenvolve, o Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem e de Saúde Mental (LaPHiSM), coordenado pela orientadora deste projeto.

Ao participar das avaliações e discussões no grupo, Nietzsche reconheceu a adequação da teoria aos objetivos do cuidado psicossocial, o qual envolve a manutenção da autonomia e liberdade das pessoas com transtornos mentais ao passo que visa a extinção das instituições psiquiátricas e sua substituição por dispositivos territoriais, mantendo o sujeito no controle de sua própria vida.

2.4 Modelo psicossocial de cuidado em saúde mental: avanços e retrocessos no Brasil

A história da psiquiatria evidencia que o modelo manicomial de tratamento era voltado para o controle do comportamento dos pacientes em ambientes superlotados e insalubres que comprometiam seriamente sua segurança e colocava o paciente psiquiátrico como incapaz de fazer escolhas. O louco era institucionalizado e, portanto, não se levava em consideração o seu pensar ou agir, por estar relacionado a um estado de insanidade. Assim, tornava-se um sujeito com autonomia limitada e dependência absoluta da instituição de saúde (Amarante; Torre, 2018).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica eclodiu na década de 1970 e se constituiu pela crítica ao paradigma psiquiátrico clássico e pela implementação de práticas para transformar/superar o mesmo no contexto brasileiro. Apresentou-se, fundamentalmente, como crítica estrutural à instituição psiquiátrica, desconstruindo o modelo manicomial. A Lei nº. 10.216/2001 (Brasil, 2001) formalizou a luta do Movimento e, a partir de então, as conferências e os congressos de saúde mental ganharam visibilidade e a internação como estratégia terapêutica passou a ter sua eficácia questionada.

A Luta Antimanicomial constituiu-se como um processo de transformação para a abdicação de instituições psiquiátricas, ao passo que se construiu um arcabouço normativo nessa direção. Em 24 de fevereiro de 2000, por meio da Portaria nº. 106, criaram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental (SRT), modalidade assistencial igualmente substitutiva da internação psiquiátrica prolongada (Brasil, 2000). Em fevereiro de 2002, a Portaria nº. 336 criou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos prioritários de cuidado, substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2002).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída com a Portaria nº. 3088 de 23 de dezembro de 2011 e articula os dispositivos fundamentais para o avanço da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2011). Dentre suas estratégias, destaca-se o Programa de Desinstitucionalização, criado a partir da Portaria nº. 2.840 de 20 de dezembro de 2014. Importante citar o Programa De Volta Para Casa (PVC), instituído pela Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003 que, mediante auxílio financeiro, favorece a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial para os egressos de longas internações (Brasil, 2003).

A desinstitucionalização passa, então, a compor as políticas públicas e ganha propulsão a partir das normatizações. A desmontagem do manicômio foi iniciada com o fechamento das estruturas manicomiais e prosseguiu com a construção de novos conceitos, práticas, cuidados e novas formas de lidar com a loucura (Amarante; Torre, 2018).

No Brasil, de 2002 a 2015, houve o fechamento de mais de 25.000 leitos psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 11 anos, houve a redução de 38,7% dos leitos de hospitais psiquiátricos. Em 2005, eram 40.942 leitos psiquiátricos e em dezembro de 2016, computou-se 25.097 leitos e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. A internação psiquiátrica foi substituída por modelos comunitários territoriais e CAPS e o orçamento destinado à saúde mental para os equipamentos substitutivos aumentou de 24,76% para 71,09% (Brasil, 2015; Brasil, 2019a).

Como exemplo deste processo, tem-se o fechamento, em 2013, do Hospital Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi, além do Hospital Santa Cecília, em Nova Iguaçu, em 2004 e do Hospital Estadual Teixeira Brandão, no município de Carmo, em 2002.

No entanto, é preciso explicitar que a internação psiquiátrica ainda não pôde ser eliminada junto com o manicômio, pois existe a defesa, por parte da sociedade e dos profissionais de saúde, da sua necessidade em determinados quadros. Acrescenta-se que a Lei nº. 10.216 prevê a internação hospitalar quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, mediante laudo médico que caracterize os seus motivos (Brasil, 2001).

Em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) estabeleceu diretrizes para o fortalecimento da RAPS e promoveu mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT nº. 32/2017 e Portaria nº. 3.588/2017), (Brasil, 2017a; 2017b) com a contemplação da atenção hospitalar na RAPS, formada pela enfermagem especializada em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência e o acréscimo do hospital psiquiátrico especializado à Rede. Importante mencionar, ainda, a Lei nº. 13.840 de 2019, que, em contraponto à política nacional sobre drogas, traz a abstinência como meta e a internação como método de tratamento (Brasil, 2019b).

Tais fatos constatarem que, a atual Política Nacional de Saúde Mental e as mudanças propostas, esclarecidas na Nota Técnica nº. 11/2019 (Brasil, 2019c), apesar de não reinstaurar necessariamente o modelo manicomial, direciona o atendimento para a internação, colocando em risco tanto a sua indicação - hoje apenas quando é extremamente necessária - quanto a curta permanência dos pacientes nesse regime.

A história mostra que, diante dos lucros ocasionados por internações psiquiátricas, que não demandam custos com procedimentos invasivos e aparelhos e, muitas vezes, são prolongadas por motivos alheios ao quadro clínico do paciente, apresenta-se um vantajoso negócio. Diante disso, autores já sinalizam um processo de contrarreforma psiquiátrica, caracterizada pela condução das políticas sociais públicas, em particular a Política de Saúde Mental e seus serviços, a desmontes e retrocessos (Pitta, Guljor, 2019).

Trata-se de um processo sociopolítico e cultural com correlação de muitas forças e interesses que tensionam e reverterem as transformações produzidas pela Reforma Psiquiátrica e, nos casos mais extremos, contam, até mesmo, com o reaparecimento do manicômio ou função manicomial (Silva; Gomes, 2019; Nunes *et al*, 2019).

Essa conjuntura apresenta importantes obstáculos ao cuidado psicossocial e coloca em risco as conquistas alcançadas, o que suscita a institucionalização da equipe e afeta sobremaneira a enfermagem psiquiátrica e em saúde mental. Deste modo, este grupo profissional se coloca em busca de novas estratégias terapêuticas em todos os ambientes onde há cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Em oposição a esse possível retrocesso, idealiza-se a quebra do preconceito, um novo olhar sobre esses sujeitos com transtornos mentais e a reflexão sobre as relações profissionais nos serviços de saúde, com destaque para a subjetividade e favorecendo a prática de um cuidado humanizado, onde se propõe que todos os envolvidos sejam corresponsáveis pelas ações de saúde. Consideram-se as pessoas subjetivamente como autônomas e protagonistas do processo saúde-doença. A postura ética, respeitando os direitos dos pacientes, norteia a reorientação do cuidado de enfermagem, pautada em práticas voltadas para as reais necessidades dos pacientes (Silva *et al*, 2018).

Esse cuidado busca uma abordagem centrada no sujeito e no seu modo de existir, com apoio da equipe multiprofissional e observando um cuidado como prática social. Desse modo, espera-se a abordagem do paciente psiquiátrico por meio da sua disponibilidade interna, com agenciamentos entre a equipe para a construção de um projeto terapêutico individualizado que considere suas peculiaridades e escolhas e aposte no convívio social (Silva *et al*, 2018). Tal perspectiva psicossocial, por alocar o indivíduo no centro do cuidado, estabelece um elo com os preceitos de segurança do paciente, onde o cliente também está no centro do cuidado como participante ativo, constituindo uma barreira para a ocorrência de EA.

Todo o exposto evidencia que as práticas de segurança do paciente na internação psiquiátrica exigem medidas complementares e individualizadas que promovam segurança e permitam um cuidado humanizado que observe as especificidades desse cenário de assistência.

2.5 Passagem de plantão da equipe de enfermagem: foco contemporâneo da segurança do paciente

Há, genericamente, quatro estilos diferentes de passagem de plantão de enfermagem: verbal à beira do leito, gravada, verbal e escrita, no entanto algumas unidades hospitalares já

utilizam registro eletrônico de transferência. O uso de instrumentos com instruções auxilia os enfermeiros a realizar uma transferência verbal estruturada, entretanto, quando realizada à beira do leito, aumenta o envolvimento dos pacientes nas decisões e planos sobre seus cuidados, o que pode aumentar a satisfação, a educação e a segurança do paciente. Desta forma, constitui prática superior alinhada com o cuidado centrado no paciente, abordagem que vive um movimento de expansão (Bakon *et al*, 2017; Bradley; Mott, 2014).

Já a passagem por escrito permite que o enfermeiro leia a documentação, mas não oferece a oportunidade de fazer mais perguntas ou buscar esclarecimentos, portanto sugere-se que as transferências verbais sejam apoiadas por documentação escrita para fornecer mais detalhes e garantir que as informações relevantes sejam retidas (Bakon *et al*, 2017; Burleton, 2013).

Em 2006, a *Joint Commission* estabeleceu uma Meta Nacional de Segurança do Paciente que abordava a comunicação de transferência. Em 2010, tornou-se um padrão de prestação de cuidados que exige a oportunidade de discussão entre os profissionais envolvidos sobre informações da condição do paciente, cuidados, tratamento, medicamentos, serviços e quaisquer alterações recentes ou antecipadas (Joint Commission, 2017).

As transferências de responsabilidade e autoridade, seja no domínio da saúde ou não, incluindo mudanças de turnos, de pessoal e de funções, são pontos de vulnerabilidade reconhecidos. Do ponto de vista teórico da engenharia de sistemas, é um momento em que há mais de um “controlador”, o que enseja dessincronização, conflito, esforço de redundância e aumenta a carga de comunicação para coordenar a transferência, o que poderia ser aliviado com a inovação tecnológica. Deste modo, há um interesse recorrente em melhorar os processos de transferência, particularmente através da introdução de novos sistemas de *software*, procedimentos e documentação associada (Patterson, Wears, 2010).

Transferências defectivas relacionam-se a desfechos indesejáveis, como EA, atrasos no diagnóstico e no tratamento médico, comunicações e atividades assistenciais redundantes, menor satisfação do colaborador e do paciente e custos mais altos, indo de encontro à assistência segura e eficaz ao paciente. Portanto, promover a melhoria da qualidade desse processo demanda que este seja sistematicamente projetado, medido e monitorado, com fornecimento de *feedback* (Patterson; Wears, 2010).

Na passagem de plantão, o potencial de dano ao paciente emerge quando o receptor recebe informações imprecisas, incompletas, não oportunas, mal interpretadas ou que não são necessárias. Alguns fatores envolvidos nas falhas desse processo incluem treinamento e expectativas do profissional de saúde, barreiras linguísticas, considerações culturais ou étnicas e documentação inadequada, incompleta ou inexistente (Joint Commission, 2017).

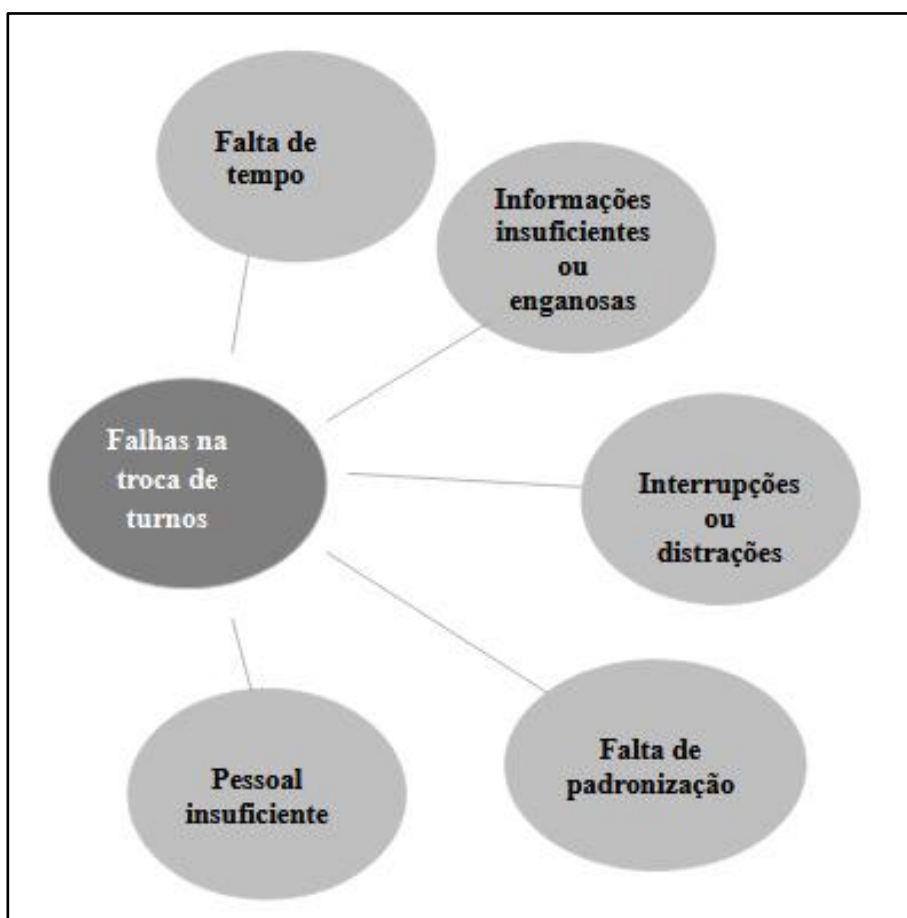
No contexto das equipes interdisciplinares contemporâneas, o compartilhamento das informações do paciente deve ter como objetivo garantir um entendimento comum dos planos e expectativas de cuidados de cada paciente, de forma a desenvolver uma consciência situacional da sua condição atual e trajetória clínica. A realização deste objetivo através de meios consistentes, estruturados e reproduzíveis provavelmente levará a uma melhor satisfação e resultados do paciente (Shahid; Thomas, 2018).

Por isso, sugere-se a aplicação de ferramentas de comunicação estruturadas e padronizadas para comunicar efetivamente as informações do paciente, reduzir os EA, promover a segurança do paciente, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a satisfação do profissional, uma vez que, historicamente, essas ferramentas tem sido informais e individualizadas. (Shahid; Thomas, 2018; Blaz; Staggers, 2012).

Nessa perspectiva, em 2009, o *Joint Commission Center for Transforming Healthcare's* desenvolveu um projeto, o *Hand-off Communications Project*, focado em comunicações de transferência ineficazes por meio de uma abordagem sistemática, chamada *Robust Process Improvement®* (RPI®).

A partir disso, identificou as causas-raiz das falhas nesse processo, bem como implementou e validou soluções que melhoraram seu desempenho. Durante o projeto, os receptores das trocas de turnos avaliaram que 37% das transferências não tiveram sucesso. Os remetentes, por outro lado, julgaram que 21% das transferências foram mal sucedidas, citando atrasos, desatenção ou falta de conhecimento sobre o paciente que está sendo transferido dos receptores. A partir da análise da literatura e das descobertas, foi possível elencar fatores contribuintes para falhas na comunicação nessa atividade, dispostos na figura 6 (Joint Commission, 2017; Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2012).

Figura 6 – Fatores contribuintes para falhas na comunicação na passagem de plantão



Fonte: Joint Commission, 2017.

Diante dessa conjuntura, reforçada pelo fato de que aproximadamente 80% dos erros médicos graves envolvem falta de comunicação entre os profissionais durante a transferência de pacientes (*Joint Commission Center for Transforming Healthcare*, 2012), vem se observando vários esforços de melhoria da qualidade e estudos de pesquisa nos ambientes hospitalares de internação. Sob esse prisma, implementar uma abordagem padronizada para passagem de plantão tornou-se um requisito para a acreditação pela *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* e uma exigência do *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (Patterson; Wears, 2010).

Iniciativas desse escopo levaram ao desenvolvimento e implementação de várias ferramentas. O *Institute of Healthcare Improvement* e o *TeamSTEPPS* recomendam a criação de estratégias de comunicação, atalhos de comunicação e dicas de sequenciamento para otimizar a comunicação da equipe (Resar *et al*, 2012; Agency for Healthcare Research and Quality, 2013).

Uma ferramenta de passagem de plantão padronizada é uma forma predeterminada que fornece uma sequência estruturada de informações para a comunicação de transferência (Galatzan, Carrington, 2018). Revisão sistemática de literatura identificou uma carência de

diretrizes aceitas ou ferramentas para a passagem de plantão, no entanto, observou quatro tipos gerais: *templates* impressos, planilhas impressas, mnemônicos e *checklists*, com pouca ou nenhuma integração com um registro eletrônico de saúde (Blaz; Staggers, 2012).

As ferramentas baseadas em mnemônicos e *checklists* foram menos completas, fornecendo apenas categorias de informações a incluir no relato. Os *templates* e planilhas, por sua vez, disponibilizaram áreas para documentar observações específicas e cuidados realizados durante o turno. Não houve uma ordem padrão de exibição de informações estáticas como dados demográficos, diagnóstico e data de admissão, bem como sobre observações e cuidados (Blaz; Staggers, 2012).

O *Joint Commission Center for Transforming Healthcare* lançou, em 2012, uma ferramenta para as instituições de saúde com o intuito de mitigar equívocos e erros relacionados à comunicação durante o processo de troca de informações do paciente entre profissionais remetentes e receptores: o *Targeted Solutions Tool™ (TST) suite: the Hand-off Communications TST* (Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2012). Essa ferramenta utilizou o mnemônico *SHARE*, que se refere às seguintes ações:

S - *Standardize critical content*: padronizar conteúdo crítico, fornecendo detalhes da história do paciente e enfatizando informações importantes ao receptor

H - *Hardwire within your system*: desenvolver formulários, ferramentas e métodos padronizados, bem como identificar tecnologias para uma transferência bem-sucedida

A - *Allow opportunity to ask questions*: permitir oportunidade de fazer perguntas, incluindo o uso habilidades de pensamento crítico ao discutir o caso e compartilhar informações

R - *Reinforce quality and measurement*: reforçar a qualidade e a medição, demonstrando o compromisso da liderança com transferências bem sucedidas, responsabilizando a equipe, monitorando a aplicação de formulários padronizados e utilizando dados para determinar uma abordagem sistemática para a melhoria.

E - *Educate and coach*: Educador e treinador. Treinar a equipe de forma padronizada sobre transferências bem-sucedidas, fornecendo *feedback* de desempenho e tornando as transferências bem-sucedidas uma prioridade organizacional.

As organizações que utilizaram tal ferramenta alinharam as expectativas das transferências de informação entre profissionais e desenvolveram um processo exitoso, com a identificação de áreas de foco e informações específicas necessárias para a transição. Além disso, possibilitou o fornecimento de formulários e diretrizes e a capacitação da equipe envolvida. Ainda relataram como resultados um aumento da satisfação de pacientes, família e equipe com as transferências bem sucedidas de pacientes, havendo a redução de até 50% das

readmissões e 33% do tempo de transferência de paciente entre unidades (Joint Commission Center for Transforming Healthcare, 2012).

Nos EUA, o formato SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*) está sendo apontado como uma prática recomendada na transmissão de informações críticas entre profissionais que requerem atenção e ação imediata em relação à condição de um paciente, entretanto, para uso entre profissionais de enfermagem, precisa ser adaptada (Staggers; Blaz, 2012).

Quadro 2 – Ferramenta SBAR

Situação — O que está acontecendo com o paciente?
Antecedentes — Qual é a base ou contexto clínico?
Avaliação — Quais são os problemas que eu identifico?
Recomendação e Solicitação — O que eu faria para corrigi-los?

Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.

Outra estratégia projetada para aprimorar a troca de informações durante as transições nos cuidados recomendada pela *Agency for Healthcare Research and Quality* é a *I PASS THE BATON* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013):

I – Introduction: introdução: apresente-se e sua função/trabalho (incluir paciente).

P – Patient: paciente: Nome do paciente, identificadores, idade, sexo, localização.

A – Assessment: avaliação: apresentar queixa principal, sinais vitais, sintomas e diagnóstico.

S – Situation: situação: circunstâncias atuais, incluindo mudanças recentes e resposta ao tratamento.

S – Safety: segurança: parâmetros laboratoriais críticos, fatores socioeconômicos, alergias e alertas (quedas, isolamento, etc.).

THE

B – Background: histórico: comorbidades, episódios anteriores, medicamentos atuais e história familiar.

A – Actions: ações: explique quais ações foram tomadas ou são necessárias. Fornecer justificativa.

T – Timing: tempo: nível de urgência e tempo explícito, priorização de ações.

O – Ownership: propriedade: identifique quem é o responsável (pessoa/equipe), incluindo paciente/familiares.

N – Next: o que acontecerá a seguir? Mudanças previstas? Qual é o plano? Existem planos de contingência?

Outras ferramentas disponíveis na literatura incluem o *Illness severity Patient summary Action list Situation awareness and contingency planning Synthesis by receiver* (I-PASS), o *Introduction Situation Background Assessment Recommendation* (ISBAR); o *Name Unexpected outcomes Tubes Safety scan* (NUTS); o *Record Evidence Enquire Discuss* (REED); o *Presenting information Vital signs Input/output Treatment Admission or discharge criteria and Legal documents* (P-VITAL); e *Identification of the patient Clinical history/presentation Clinical status Care plan Outcomes and goals of care* (ICCCO) (Galatzan; Carrington, 2018).

Variações dos modelos supracitados, como o mnemônico iSoBAR (*i-identity, S-situation, o-observations, B-background, A-agreed plan e R-read back*) e o PVITAL (*P-patient, V-vital signs, I-input/output, A-admission/discharge, L-legal documentation*) estão disponíveis na literatura como formas de adequação às condições locais em diferentes cenários. De fato, existem vários modelos de transferências e trocas de turnos e embora haja evidências de que possam melhorar a comunicação nesse processo, as informações fornecidas são relativas, de modo que, aparentemente, não há dados comparativos substanciais entre os modelos, tampouco existe a confirmação da superioridade de um sobre o outro em relação à eficácia e à padronização (Bakon *et al*, 2017).

Portanto, a aplicabilidade dos modelos depende da instalação e dos métodos de implementação utilizados (Bakon *et al*, 2017). Por isso, a ferramenta de transferência padronizada deve ser flexível para atender as diversas necessidades de cada enfermeiro, unidade de enfermagem, ambiente e situação do paciente (Galatzan; Carrington, 2018).

A padronização de um modelo dentro de uma unidade de saúde que seja facilmente transferível de uma área especializada para outra é a melhor escolha ou preferência de ferramenta que deve ser prontamente implementada e utilizada. Atualmente, o único modelo que parece ter sido implementado com sucesso em várias especialidades são as versões adaptadas do modelo iSoBAR em transferências verbais à beira do leito (Bakon *et al*, 2016).

No campo da saúde mental, Mariano, Brooks e DiGiacomo (2016) introduziram o mnemônico PSYCH e identificaram as principais informações necessárias na passagem de plantão entre residentes em uma emergência psiquiátrica. Concluíram que o mnemônico ajudou a diminuir as omissões nas informações trocadas pelos profissionais e a melhorar a eficiência, a clareza de expectativa e a confiança durante as transferências. Eis a descrição do mnemônico PSYCH:

P – Patient information/background: informação e histórico do paciente.

S – Situation leading to the hospital visit: situação que levou à visita ao hospital.

Y – Your assessment: sua avaliação.

C – Critical information: informações críticas.

H – *Hindrance to discharge*: impedimento para a alta hospitalar.

Cannon (2021) implementou o PSYCH na passagem de plantão entre enfermeiros em uma unidade psiquiátrica aguda, como parte de um projeto de melhoria de qualidade. Identificou a otimização da comunicação de informações de saúde pertinentes, como resultados do paciente e aspectos-chave da condição de saúde, como alergias, motivo da admissão e diagnósticos, o que resultou em um potencial de mitigar erros relacionados à omissão e de aumentar a segurança do paciente. Essa intervenção também pode aumentar a satisfação da enfermagem com o processo de transferência, pois os membros da equipe têm maior conhecimento do plano de cuidados do paciente após receber a responsabilidade do turno.

Patel *et al* (2019) desenvolveram o PSYCH-PASS, pois entenderam que os mnemônicos PSYCH, SBAR e IPASS eram muito amplos para as nuances exigidas para pacientes psiquiátricos, necessitando, portanto, de uma transferência mais detalhada. A seguir são listados os componentes desse instrumento:

P – Patient summary: resumo do paciente, com histórico e dados demográficos.

S – Situation awareness: se o paciente tem consciência da situação.

Y - whY are they here? por que eles estão aqui: o problema de apresentação aguda.

C – Comorbidities: comorbidades.

H – Hemodynamics: hemodinâmica, sinais vitais e laboratoriais relevantes.

-

P – Pharmacology/PRNs: medicamentos atuais e administrados.

A – Action list: uma lista de ações a ser feita durante o próximo turno.

S – Specifics: especificidades não mencionadas anteriormente. Por exemplo, precauções de queda, reclusão recente, restrições ou restrições de visitantes.

S – Synthesis: síntese, repetição verbal do receptor de informações.

Burleton (2013) defende a utilização de um formulário de transferência de pacientes entre enfermeiros em serviços de saúde mental na comunidade que seja em conjunto com a transferência verbal, incluindo elementos mais específicos ao contexto, como fatores de risco e seu gerenciamento, estado de saúde mental atual e sinais de alerta precoce, bem como que seja composto de perguntas abertas e use elementos adaptados da estrutura SBAR.

Diante deste arcabouço de ferramentas, é importante discutir qual desses modelos é mais adequado para o contexto psiquiátrico. Por exemplo, o iSoBAR é amplamente utilizado para melhorar a comunicação em ambientes de cuidados críticos, como emergências e UTIs, por sua estrutura organizada de informações essenciais. No entanto, o PSYCH PASS,

desenvolvido especificamente para o ambiente psiquiátrico, pode ser mais apropriado, pois contempla nuances específicas do cuidado em saúde mental, como a avaliação do estado mental e as comorbidades do paciente psiquiátrico.

Já foi evidenciada neste projeto de pesquisa a inclinação contemporânea para que a passagem de plantão ocorra com a participação do paciente, visando reduzir a chance de erros e descuidos na transferência de informações, a partir do entendimento de que ele é a última barreira para a prevenção de incidentes decorrentes da assistência. Trata-se de uma maneira mais tangível de garantir que informações completas e precisas sejam compartilhadas e compreendidas mutuamente. É necessário comparar os modelos estruturados de passagem de plantão em termos de aplicabilidade, eficácia e capacidade de envolver o paciente na passagem de plantão de acordo com o contexto assistencial em questão.

Esse modelo colaborativo de transição de cuidado tem sido implementado em instituições em nível global (Charfuelan-Laguna *et al*, 2019; Tobiano *et al*, 2018). Constitui, inclusive, estratégia orientada pela Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde, dos Estados Unidos, a qual afirma que a transferência bem-sucedida de informações, sobretudo durante as transições no atendimento, é crucial para evitar EA e erros médicos e, esse tipo de abordagem centrada no paciente pode contribuir para sua segurança, resultados e experiência (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Esta atividade participativa promove o relacionamento enfermeiro-paciente e garante o respeito ao paciente por meio da divulgação de informações apropriadas. Contribui também para a sensação de segurança e confiança nos enfermeiros e constitui uma oportunidade para o paciente fazer e responder perguntas, acrescentar informações, preferências e identificar dados errôneos (Tobiano *et al*, 2018). Por conseguinte, vem sendo considerada pela equipe profissional uma estratégia de melhoria para a segurança do paciente (Nascimento *et al*, 2018; Silva, Cruz, 2016).

Nesse sentido, as transferências à beira do leito, ainda que ofereçam benefícios e oportunidades de aperfeiçoar a informação e o conhecimento sobre os pacientes e, por isso, possuírem potencial para ser mais eficazes para melhorar os resultados dos pacientes, bem como os envolverem ativamente em seus cuidados (Givens, Skully, Bromley, 2016), podem ser uma abordagem difícil em algumas unidades devido às informações confidenciais que estão sendo transferidas ou às condições do paciente (Staggers, Blaz, 2012).

Ainda existe uma questão de poder no processo de passagem de plantão ligada à dinâmica hierárquica entre os profissionais de saúde e os pacientes. Tradicionalmente, a passagem de plantão é um momento em que o conhecimento sobre o paciente é transferido

entre os profissionais, mantendo o controle das informações nas mãos da equipe, o que reforça o poder dos profissionais sobre o cuidado do paciente (Tobiano *et al*, 2018).

Ao incorporar a participação ativa do paciente nesse processo, essa dinâmica de poder é desafiada, uma vez que o paciente passa a desempenhar um papel mais central e participativo. Isso pode gerar resistência de alguns profissionais, ao verem essa inclusão como uma ameaça à sua autoridade e controle sobre o cuidado e o ambiente. Logo, a transição para um modelo mais colaborativo requer uma mudança de cultura dentro das instituições de saúde onde o poder será redistribuído, permitindo que o paciente tenha uma voz mais forte na gestão do seu próprio cuidado.

Estudos gerais sobre essa temática mostram o desejo dos pacientes de participar da passagem de plantão da enfermagem, pois identificam contribuições para o seu cuidado, entretanto é preciso considerar que os pacientes apresentam preferências diferentes de níveis de participação, ou até preferem não participar. Os que aderem à estratégia experimentam sentimentos positivos ao se sentirem incluídos e vivenciarem um cuidado aprimorado, com confiança na equipe de enfermagem. Também se sentem parceiros, mais informados e com maior controle sobre seu processo saúde-doença, entretanto trata-se de uma experiência que pode ser perturbadora, com discussão de informações preocupantes sobre seu quadro. Por isso, é necessário que se tomem medidas de proteção, sobretudo no que tange à privacidade e confidencialidade (Decelie, 2020).

É importante expor que o relacionamento com o paciente deve ser pautado por mecanismos terapêuticos, de modo que a abordagem adequada é o primeiro movimento para a vinculação com ele. O profissional deve observar a linguagem não verbal do paciente para complementar a leitura de seu estado, bem como deve ter cautela com a própria comunicação – verbal e não verbal – ao passar informações sobre ele, pois pode haver interpretação equivocada devido ao seu agravo psíquico. Recomenda-se uma atuação terapêutica na comunicação com o paciente que observe os aspectos listados a seguir, entretanto é preciso frisar que há situações e sintomatologias específicas nas quais algumas técnicas não poderão ser aplicadas (Marcolan, 2013):

- Tentar criar vínculo com o paciente, dar atenção, ouvir e compreender. Ser gentil e respeitoso. Orientar sobre seu estado e procedimentos. Preservar o vínculo e, sempre que possível, utilizar a pessoa que criou o vínculo em situações limites. Em caso de vínculo negativo, o profissional deve se afastar da interação.
- Manter o canal de comunicação aberto. Para manter o vínculo, o profissional deve se manter disponível e promover espaço para o paciente expressar suas necessidades e sentimentos.

- Olhar para o paciente e ouvir atentamente. Para demonstrar respeito, educação, atenção e interesse. Nesse ponto, o profissional deve observar a comunicação não verbal e perceber sinais sugestivos de sintomas psicopatológicos, como alterações de humor, pensamento ou comportamento, déficit de autocuidado, entre outros. Importante ter cautela para não usar o olhar como ameaça, dominação ou enfrentamento.
- Respeitar pausas silenciosas e, em seguida, estimular o paciente a voltar a verbalizar.
- Não completar frases para o paciente e sim estimulá-lo a concluir a frase ou o assunto com as próprias palavras, na tentativa de melhorar o curso do pensamento. Se houver fuga de idéias, deve-se tentar fixar o assunto.
- Repetir, resumir e relacionar idéias para o paciente. Assim, busca-se validação e clarificação dos conteúdos exarados por ele.
- Tentar controlar a comunicação não verbal a fim de não transmitir insegurança, despreocupação com o estado do paciente ou alguma outra sensação negativa. Frisa-se que o transtorno mental pode acarretar uma leitura diferente, distorcida ou fora do contexto real.
- Ajudar o paciente a encontrar soluções para seus problemas, estimulando-o, orientando-o e relacionando idéias, entretanto o profissional não deve emitir opiniões pessoais ou conselhos.
- Focalizar e centrar o assunto no paciente, dando ênfase à abordagem de seu sofrimento e à aplicação de terapêuticas que o amenizem. Caso o assunto desvie para a vida do profissional, para a ordem administrativa ou técnica ou para algum outro assunto inapropriado, deve-se, de forma educada, neutralizar esse interesse.
- Impor limites por meio da comunicação e postura. Pode-se, em determinadas situações, elevar o tom de voz para ser ouvido ou limitar o comportamento do paciente, mas isso não significa ser ríspido ou agressivo. Há vezes que se torna necessário limitar o espaço do paciente ou até a contenção física e química. A imposição de limites requer que todos os profissionais envolvidos observem medidas e atitudes padronizadas, evitando que o paciente use da manipulação.
- Verificar o conteúdo de fantasia que o paciente expressa, tendo cautela para não provocar atitudes inadequadas no paciente (como poderia ocorrer ao dizer que ele está mentindo, por exemplo). Também não se deve estimular sua fantasia de modo a intensificar a alteração psicopatológica.
- Ajudar o paciente a vir para a realidade por meio de orientações sobre o que é verdadeiro, sobre o transtorno que o acomete e o motivo de ter essas percepções e crenças, que não são reais.
- Perceber e atuar frente à tentativa do paciente de testar, desafiar e manipular. Deve-se mostrar a ele que o profissional percebe seu comportamento, que não é necessário esse modo

de ação e que não se deixará envolver. Também se deve, educadamente, deixar claro que o profissional não aceita ser ameaçado ou agredido e que as medidas cabíveis para que isso ocorra serão adotadas

Do mesmo modo, existem atitudes que o profissional não deve adotar com paciente, como: mentir, prometer ou seduzir; chamá-lo por nomes jocosos; ser agressivo ou ríspido com ele; ameaçá-lo; desafiá-lo; manipulá-lo, testá-lo; julgar ou dar opinião pessoal ou conselhos; fazê-lo acreditar em crença pessoal sem conteúdo terapêutico; e contar a verdade de maneira brusca. Quando houver quadro confusional, pensamento desconexo ou algum outro fator que dificulte a interação, deve-se explicar ao paciente o seu estado e porque a comunicação está prejudicada, fixando limites. Com a explicação, buscamos respeitar o paciente e ao mesmo tempo mostrar a limitação a ser imposta (Marcolan, 2013).

Diante do exposto, é evidente que a passagem de plantão da equipe de enfermagem não se trata apenas de um simples repasse de informações, mas de um processo crítico que impacta diretamente na segurança e na qualidade do cuidado prestado ao paciente. A padronização e o uso de ferramentas específicas, como *checklists* e mnemônicos, tem mostrado ser eficaz na mitigação de erros e na melhoria da comunicação entre os profissionais, favorecendo uma abordagem mais centrada no paciente.

No entanto, é fundamental considerar as particularidades de cada contexto clínico, especialmente em unidades de saúde mental, onde fatores como confidencialidade e a condição psíquica dos pacientes exigem abordagens cuidadosas. Dessa forma, o desenvolvimento contínuo de estratégias de comunicação e a incorporação de novas tecnologias são essenciais para fortalecer a segurança do paciente e promover uma assistência mais eficaz e humanizada.

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem e tipo de estudo

Estudo de natureza qualitativa que utilizou como base metodológica a abordagem da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Esta se preocupa em aliar à prática da pesquisa científica à atuação em saúde, relacionando o contexto social ao qual os sujeitos se inserem com as práticas de saúde realizadas. Desta forma, a PCA “destina-se a ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática, onde os pesquisadores, ou mesmo os cuidadores, desenvolvem simultaneamente pesquisa e práticas de saúde com a intencionalidade de provocar mudanças qualificadoras daquela situação” (Paim *et al*, 2008, p. 381).

A PCA é uma abordagem de pesquisa formulada a partir de ideias do corpo docente do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e consolidada em 1999 a partir da publicação do livro “Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial”, das autoras Mercedes Trentini e Lygia Paim.

Tem como peculiaridade o propósito de construção de mudança inovativa, onde a busca da assistência ocorre em simultaneidade com a investigação, no mesmo espaço assistencial. Assim, permite transferir o conhecimento teórico para a prática assistencial, respondendo a critérios de construção coletiva desde a negociação do objeto até a confirmação do benefício acrescentado à prática assistencial de enfermagem (Trentini, Paim, Silva, 2014; Trentini *et al*, 2021).

Trentini *et al*, (2021) apresentam os dois tipos de enfoque que o projeto de PCA propõe: prático e conceitual. O prático é correlato à imersão do pesquisador na prática investigada. Essa estreita relação permite a produção de dados de pesquisa que sustentem as mudanças pretendidas, porquanto o pesquisador poderá lidar com os problemas e conduzir as mudanças e inovações no contexto cotidiano da prática a partir de um processo dialógico social na produção de ações que tenham sido evidenciadas por ele ou pela equipe de trabalho assistencial ou, ainda, pelos pacientes em grupo no serviço de saúde.

Já o enfoque conceitual alinha-se à produção de conhecimento pela abstração de achados obtidos durante a construção coletiva para sustentar as mudanças e inovações e construir modelos teóricos e/ou instrumentos. Desta forma, possibilita a expansão das ações propostas para a transformação da prática, bem como a produção de inovações (Trentini *et al*, 2021).

A escolha por recorrer a esse caminho metodológico requer uma adequação ao problema de pesquisa e aos recursos disponíveis e exige uma compreensão da imersão no contexto de estudo, do envolvimento participativo dos sujeitos e da questão de pesquisa a partir da prática assistencial. Frisa-se que sua função primordial é resultar em melhorias para o espaço e os sujeitos por meio da construção conjunta no aprimoramento, delineamento, visibilidade e valorização da profissão pela produção de conhecimento emergente das práticas assistenciais de enfermagem (Pivoto *et al*, 2013).

A PCA define quatro fases, que norteiam a coleta dos dados. A concepção é primeira e consiste na denominação do problema de pesquisa, com os valores e expectativas relacionados ao tema sintetizados de forma progressiva e coerente. Envolve decisões sobre o espaço físico e escolha dos participantes e dos instrumentos de coleta de dados. Em continuidade, há as fases de instrumentação, perscrutação e, por último, análise, que se dá em quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência, conforme resumido no quadro a seguir:

Quadro 3 – Fases da PCA

Fase	Descrição
Concepção	Denominação do problema de pesquisa, com os valores e expectativas relacionados ao tema e sintetizados de forma progressiva e coerente. Envolve decisões sobre o espaço físico e escolha dos participantes e dos instrumentos de coleta de dados.
Instrumentação	Engloba procedimentos mais detalhados das decisões supracitadas e a negociação da proposta de mudança/ inovação com os participantes que se comprometeram com a continuidade da concretude das mudanças na assistência.
Perscrutação	Procura, de modo minucioso e profundo, evidenciar condições para mudanças em todo o contexto da investigação. O pesquisador necessita penetrar na realidade da prática assistencial e conseguir as reais intenções dos participantes para averiguar a exequibilidade das estratégias a serem traçadas.
Análise	Se dá em quatro processos: apreensão (coleta e registro das informações e organização dos dados); síntese (reunir elementos diferentes em um todo coerente que mostre dados essenciais para o desvelamento do fenômeno); teorização (identificação, definição e construção de relações entre construtos para produzir previsões do fenômeno – teoria); e transferência

(contextualizar os resultados em situações semelhantes, ou seja, transferi-los e socializá-los).

Fonte: Trentini, Paim, Silva, 2014.

Incluir o paciente na passagem de plantão da enfermagem em psiquiatria implica em mudanças no processo de comunicação da enfermagem nesse momento, o qual deve assumir um tom respeitoso, educativo, técnico e inclusivo, com vistas a não causar desconforto nem constrangimento ao paciente ou a qualquer outro partícipe da equipe profissional. Embora a enfermagem tenha normas definidas para a passagem de plantão, muitas vezes, elas não são aplicadas integralmente, seja devido à rotina do serviço, à intimidade entre os profissionais, ao cansaço após um dia de trabalho, entre outras razões.

Nessas situações, a troca de informações entre os profissionais de saúde frequentemente ocorre de maneira informal, o que não é recomendado, principalmente quando feita na presença dos pacientes, devido à possibilidade de transmitir informações incorretas, incompletas ou confidenciais, o que pode comprometer a confiança e a percepção de segurança do paciente. Segundo a *Joint Commission* e outros órgãos reguladores, conforme já exposto, o ideal é que as comunicações sobre o estado de saúde do paciente sejam feitas de forma estruturada e transparente, preferencialmente com o envolvimento do paciente sempre que possível, garantindo que todas as partes compreendam plenamente as informações e decisões compartilhadas.

Prevê-se uma necessidade de envolver a equipe de enfermagem em qualquer projeto que venha a propor mudanças na sua prática de passagem de plantão, especialmente quando se trata de uma pesquisa, como é o caso do presente projeto de pesquisa. Por isso, a escolha pela PCA assume aplicabilidade na pesquisa em tela, pois se espera, afinal, construir uma tecnologia de cuidado emancipatório na prática de passagem de plantão, alicerçada em conhecimentos produzidos coletivamente a partir da experiência e saberes da equipe de enfermagem no cenário em estudo, reconhecendo o encontro aos pressupostos da PCA, sustentados na ciência construtivista.

3.2 O caminho metodológico à luz da PCA

A Pesquisa Convergente Assistencial caracteriza-se pela articulação indissociável entre investigação científica e prática assistencial, de modo que a produção do conhecimento ocorre no próprio cenário de cuidado e em estreita relação com as necessidades emergentes do serviço. Nesse estudo, a convergência entre pesquisa e assistência não se deu de forma linear ou posterior, mas foi construída ao longo de todo o percurso metodológico, permitindo que os

achados produzidos no campo retroalimentassem continuamente a prática e orientassem a construção coletiva da tecnologia de cuidado.

3.2.1 Fase de concepção – Início do percurso

Conforme delineado pelo método, essa fase se iniciou quando se pensou no presente tema de pesquisa. A partir da prática profissional e de pesquisa exploratória da autora, emergiram indagações sobre estratégias para a melhoria do processo assistencial em busca de inovações e da construção de conhecimento para sedimentar as mudanças pretendidas no cenário da internação psiquiátrica. Observou-se o requisito fundamental de proximidade da pesquisadora com os profissionais, possíveis participantes da pesquisa, envolvidos diretamente com o objeto de investigação, sendo esta pesquisadora integrante da equipe de enfermagem e, portanto, pertencente ao contexto assistencial.

A conectividade da pesquisadora com a prática e seu compromisso com a equipe assistencial são contundentes, pois há dez anos trabalha como enfermeira na instituição, exercendo, ao longo desse período, as seguintes atribuições: assistência de enfermagem psiquiátrica direta nas unidades assistenciais lócus do processo investigativo; atividades administrativas e gerenciais de saúde e militares; educação continuada; atividades atinentes à Comissão de Desinstitucionalização; e atividades como membro do Núcleo de Segurança do Paciente.

Desta forma, a pesquisadora esteve implicada diretamente no campo de prática, atuando simultaneamente como profissional de enfermagem e pesquisadora, o que possibilitou a identificação sensível das demandas assistenciais e a construção de intervenções alinhadas à realidade do serviço. Essa dupla inserção favoreceu a produção de dados contextualizados e fortaleceu o rigor metodológico da PCA, ao integrar saber científico e saber prático.

Frisa-se que o tema de pesquisa envolve um processo de interesse dos profissionais participantes, que compartilham a falta de uma comunicação efetiva em momentos da prática, sobretudo nas transições de cuidado. Corrobora essa afirmação a pesquisa interna sobre cultura de segurança realizada no ano de 2020, a qual revelou que as mudanças de plantão e as transferências entre unidades são problemáticas para a segurança dos pacientes.

A partir dessas condições imperativas, procederam-se consultas e acordos informais de negociação da proposta de pesquisa e de mudança na prática assistencial. Ainda na fase de concepção, o projeto de pesquisa foi apresentado sumariamente às chefias de enfermagem e do Departamento de Saúde e à Direção da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM),

cenário onde a proposta foi desenvolvida. Houve a concordância tácita em apoiar o processo investigativo e as prováveis mudanças que ele poderia ocasionar.

Ao se optar pelo uso da PCA é esperado que o autor tenha a pretensão, por meio de uma pesquisa, de transformar a prática assistencial e não apenas se limitar a expor os resultados ao serviço. Essa transformação se inicia na fase de concepção do estudo, porque já envolve a equipe no planejamento do projeto. Sem a concordância da equipe envolvida (participantes ou não) a PCA perde sua característica precípua, que é coletar os dados quando são produzidos na prática assistencial (Trentini *et al*, 2021).

3.2.2 Fase de instrumentação – Estruturação metodológica

Esta fase correspondeu à definição dos modos de intervenção/ações de cuidado a serem propostos, ou seja, ao momento em que os aspectos metodológicos do modelo de cuidado foram estruturados. Para isso, iniciou-se a escrita do projeto em bases da pesquisa qualitativa em saúde, com apoio da revisão da literatura e do aprofundamento teórico sobre os temas centrais da investigação. Em seguida, foram estabelecidos os instrumentos para a coleta de dados:

- a) Formulário de caracterização da equipe de enfermagem, com 5 itens (APÊNDICE A);
- b) Roteiro de observação sistemática da passagem de plantão, com 11 itens (APÊNDICE B);
- c) Roteiro para entrevista individual semiestruturada com profissionais de enfermagem, contendo 10 perguntas abertas (APÊNDICE C); e
- d) Roteiro norteador do encontro convergente assistencial (Encontro A), com 5 itens e 12 subitens (APÊNDICE D).

As observações e entrevistas foram registradas em áudio, utilizando-se um aplicativo de gravação em celular e gravador digital, além de anotações em caderno de campo para captar elementos não verbais.

Outros procedimentos desta etapa incluíram a definição do campo de pesquisa, a organização de estratégias para motivação e adesão dos participantes e a sistematização do processo de coleta de dados.

Local do estudo

A Unidade Integrada de Saúde Mental – UISM – é o centro de referência em tratamento psiquiátrico para os usuários do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil

distribuídos pelos estados do território nacional. Tem como missão coordenar tecnicamente e executar as ações e atividades relacionadas à Psiquiatria e Saúde Mental na área do Rio de Janeiro, contribuindo, assim, para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha.

Localizada no Estado do Rio de Janeiro, no bairro de Jacarepaguá, a UISM é subordinada ao Centro Médico Assistencial da Marinha. Tem como titular um Diretor, auxiliado por um Vice-Diretor e compreende dois Departamentos: Departamento de Saúde e Departamento de Administração.

Na parte assistencial conta com ambulatorios de psiquiatria e psicologia e um serviço de emergência e pronto atendimento como opções de primeira assistência ao usuário que procura a unidade. Também conta com espaços de internação hospitalar, atualmente com 61 leitos distribuídos em 05 Unidades de Internação: Emergência; Unidade de Internação I, Unidades de Internação II Feminina e II Masculina, e Unidade de Internação III. A Unidade I destina-se à internação de oficiais de ambos os sexos, as Unidades II Feminina e II Masculina comportam as praças.

Já a Unidade III é masculina, e é ocupada predominantemente pelos pacientes de longa permanência institucional, ou seja, que perduram hospitalizados por um período prolongado, além do necessário para o tratamento agudo de sua condição de saúde mental. Isso acontece por várias razões, incluindo a falta de apoio familiar ou social para garantir uma transição adequada do paciente de volta ao ambiente doméstico ou comunitário. Apesar de haver essa separação, inclusive de perfil de pacientes, visto que a Unidade III acolhe mais pacientes idosos, não se diferenciam quanto à qualidade buscada para a assistência prestada.

Quando a internação é indicada para tratamento, a instituição segue a normatização do Ministério da Saúde recomenda que seja breve seguida de acompanhamento ambulatorial. No entanto, visando amparar os pacientes de longa permanência institucional, o serviço dispõe da Comissão de Desinstitucionalização, constituída por uma equipe multidisciplinar. Essa Comissão realiza um trabalho focado na recuperação do vínculo familiar e reinserção social dos pacientes psiquiátricos de longa permanência institucional. Fica evidente, portanto, os esforços do serviço em estabelecer condutas ao encontro da tecnologia emancipatória, do cuidado psicossocial e da Reforma Psiquiátrica.

Dentre as modalidades de assistência em saúde, destaca-se o Centro de Atenção Diária (CAD), que constitui um modelo de tratamento diário no qual os pacientes retornam às suas residências ao final das atividades terapêuticas do dia. Este possibilita o desenvolvimento de habilidades que facilitam o convívio na comunidade, a reabilitação psicossocial e a reintegração dos pacientes psiquiátricos à sociedade.

O CAD da UISM ainda oferece diversas atividades terapêuticas, dentre as quais se destacam as oficinas de culinária, capoeira, informática, leitura, musicoterapia, cantina terapêutica, horta terapêutica, salão de beleza e *silk screen*. É válido mencionar que o CAD contempla também os pacientes em regime de internação hospitalar, os quais realizam as atividades terapêuticas fornecidas e retornam às Unidades de Internação após seu encerramento.

A instituição-cenário conta, na atualidade, com 224 profissionais de variadas áreas de atuação, entre militares e servidores civis com estabilidade, aprovados por meio de concurso público. Destes, 160 compõem o Departamento de Saúde. A equipe assistencial de enfermagem é composta por 94 profissionais de nível técnico (89 militares e 5 servidores civis) e 8 de nível superior (6 militares e 2 servidores civis).

As Unidades de Internação possuem características estruturais e equipes próprias, bem como perfis epidemiológicos de pacientes diversificados. A Emergência é a porta de entrada ao atendimento da UISM para as pessoas que necessitam de uma intervenção psiquiátrica imediata. É onde elas são avaliadas em relação à necessidade de tempo de observação, podendo ou não ser internadas.

Figura 7 – Unidade de Emergência: cenário da pesquisa



Fotografia tirada pela pesquisadora em 30 de maio 2024.

Com 7 leitos hospitalares e 1 leito em sala de urgências clínicas equipada, esta Unidade prioriza os casos que inspiram maior atenção pela equipe, como quadro psíquico de maior instabilidade, dificuldade de locomoção, risco de queda e condições clínicas frágeis. Dada essa sensível circunstância, optou-se por iniciar a construção coletiva da tecnologia proposta por este setor.

O setor conta com uma equipe de rotina, composta por 1 enfermeiro militar encarregado e 4 técnicos de enfermagem militares. Esses profissionais atuam nos dias úteis, distribuídos em dois turnos fixos: manhã (7h às 13h) e tarde (12h às 18h). As demais unidades da instituição também contam com equipes de rotina estruturadas da mesma forma.

Paralelamente, existe a equipe de serviço, que trabalha em regime de 24 horas todos os dias da semana. Essa equipe é formada por 1 enfermeiro supervisor, responsável pela Unidade de Emergência e pelas demais unidades de internação e 3 técnicos de enfermagem alocados em cada setor.

O trabalho técnico apresenta caráter rotativo: independentemente de integrarem a equipe de rotina de determinada unidade, os profissionais também cumprem escalas na Emergência e nos outros setores, de modo que todos se revezam entre os diferentes setores assistenciais.

Figura 8: Equipes de rotina das Unidades

Unidade de Emergência	Unidade I	Unidade II Feminina	Unidade II Masculina	Unidade III
1 Enfermeiro Encarregado	1 Enfermeiro Encarregado	1 Enfermeiro Encarregado	1 Enfermeiro Encarregado	1 Enfermeiro Encarregado
4 Técnicos de Enf	4 Técnicos de Enf	4 Técnicos de Enf	4 Técnicos de Enf	4 Técnicos de Enf

Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

Figura 9: Equipes de serviço das Unidades



Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

Quadro 4 – Modelo de escala diária da equipe de serviço na Unidade de Emergência

SETOR	SERVIÇO	HORÁRIO DE CANÇO	ROTINA
UNIDADE DE DE EMERGÊNCIA	PROFISSIONAL A	21:00h às 00:00h	PROFISSIONAL D (MANHÃ)
	PROFISSIONAL B	00:00h às 03:00h	PROFISSIONAL E (MANHÃ)
	PROFISSIONAL C	03:00h às 06:00h	PROFISSIONAL F (TARDE)

Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

Os profissionais da rotina, após o expediente, cumprem o serviço na sua própria Unidade ou em outra, com frequência aproximada conforme disposto no quadro a seguir:

Quadro 5 – Modelo de escala de serviço do profissional de enfermagem

Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6
Serviço 24h	Saída de serviço (descanso domiciliar)	Horário de rotina	Horário de rotina	Horário de rotina	Serviço 24h

Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

Frisa-se que os servidores civis concorrem apenas à escala de serviço, portanto não participam das equipes de rotina. Também se destaca que os civis técnicos de enfermagem não integram a equipe de serviço da Unidade de Emergência, de acordo com a distribuição de pessoal adotada pela Divisão de Enfermagem.

Na Unidade de Emergência, a passagem de plantão da enfermagem ocorre no posto de enfermagem de forma reservada ao paciente. Não há protocolo que direcione o momento de transição de equipes, o que significa que, nos discursos, se dá destaque àquilo que foge do que seria esperado para um dia “normal” de serviço.

Destarte, torna-se razoável propor uma mudança na prática que traga uma comunicação concreta e eficaz à passagem de plantão, orientada por um instrumento produzido a partir do conhecimento construído socialmente pelo grupo e que seja capaz de valorizar a individualidade do paciente e agregar suas próprias considerações ao cuidado, buscando sua autonomia, liberdade e consciência crítica, sempre com foco na alta.

Participantes do estudo

Os participantes foram profissionais de enfermagem que atenderam ao seguinte critério de inclusão: participar de trocas de turno na Unidade de Emergência há, no mínimo, três meses, tempo considerado suficiente para familiarização com o processo. Foram excluídos os profissionais de férias, licença ou desviados da assistência no período da coleta de dados.

Desta forma, o universo de participantes possível para participar da construção da tecnologia na Unidade de Emergência, considerando-se os 5 militares da equipe de rotina e os demais que concorrem à escala de serviço após o expediente, foi constituído por 4 enfermeiras militares, 2 enfermeiras civis e 20 técnicos de enfermagem militares, totalizando 26 profissionais.

Aqui, é necessário antecipar que a pesquisa ocorreu em sete etapas e a coleta de dados com os participantes ocorreu a partir da quarta etapa, conforme mostra a figura 10, a seguir, com a distribuição de participantes nos momentos de coleta de dados.

Figura 10 – Distribuição de participantes na coleta de dados



Fonte: Produção da pesquisadora, 2025.

No primeiro momento de coleta de dados com participantes, correspondente à 4ª etapa de coleta de dados, participaram 7 profissionais: 3 enfermeiras e 4 técnicos de enfermagem. No segundo momento, no qual ocorreu o grupo de construção coletiva com os profissionais, foram 7 participantes: 3 enfermeiros (mesmos do primeiro momento) e 4 técnicos de enfermagem, sendo 2 novos participantes da pesquisa. O terceiro momento ocorreu na 7ª etapa de coleta de dados e contou os mesmos participantes da etapa anterior.

O número de 7 participantes mostrou-se suficiente para a produção de dados consistentes e diversificados, de modo que já não surgiam novas informações relevantes. Assim, considerou-se que foi atingida a saturação teórica (Rahimi, Khatooni, 2024).

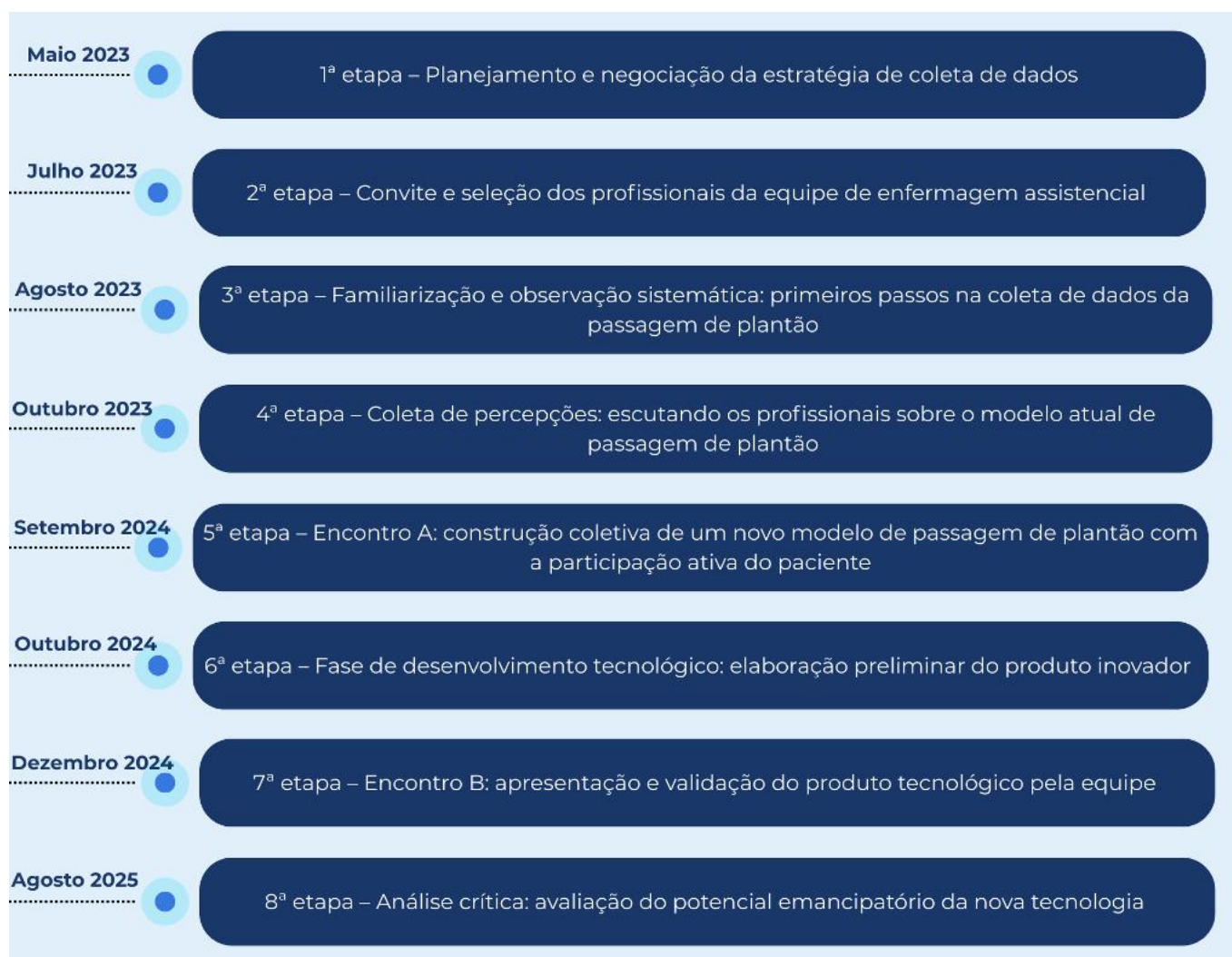
3.2.3 Fase de perscrutação – Método e técnica de produção dos dados

Embora esteja descrita separadamente, os componentes da fase de perscrutação encontram-se articulados às fases de instrumentação e análise e envolvem a revisitação do pesquisador ao campo e aos dados sempre que necessário para subsidiar os processos de coleta e interpretação. A perscrutação permite o confronto da realidade com a proposta do

modelo em construção. Assim, ao aplicar o modelo de cuidado na prática (fase de perscrutação da PCA), o enfermeiro verifica sua validade e o quanto está ajustado à realidade da qual emergiu, indicando possíveis adequações para torná-lo mais compreensível e exequível, favorecendo o cuidado profissional exercido pelo enfermeiro. Para isso, também deve contemplar as informações essenciais que garantam a excelência e a eficiência do cuidado prestado (Rocha; Prado; Silva, 2012, p. 1023).

A seguir, as etapas do processo de coleta de dados desenvolvido na UISM são inicialmente ilustradas em figura, a fim de facilitar a visualização do percurso metodológico, e, na sequência, descritas de forma detalhada.

Figura 11 – Processo de coleta de dados na UISM



1ª etapa – Planejamento e negociação da estratégia de coleta de dados

Primariamente, no mês de maio de 2023 procedeu-se uma reunião entre a pesquisadora e as autoridades da instituição para definição cronológica e operacional da coleta de dados. Esse momento teve como pauta:

- Apresentação formal do projeto de pesquisa;
- Relação de profissionais civis e militares da enfermagem atuando na Unidade de Emergência, observando os critérios de inclusão e exclusão;
- Programação cronológica estimada da condução da pesquisa; e
- Questões logísticas relacionadas à operacionalização da pesquisa, visando efetiva convergência entre pesquisa e assistência.

2ª etapa – Convite e seleção dos profissionais da equipe de enfermagem assistencial

No mês de julho de 2023, a pesquisadora compareceu durante uma semana à Unidade de Emergência para conversas de incentivo à participação na pesquisa, embora a proposta já tivesse sido negociada previamente. O convite formal foi realizado em encontro na biblioteca da instituição, com atividade de integração, explanação da pesquisa, explicação do procedimento e agendamento dos encontros seguintes.

3ª etapa – Familiarização e observação sistemática: primeiros passos na coleta de dados da passagem de plantão

Como requisito da PCA, é necessário que o pesquisador já esteja imerso no contexto a ser investigado e, por isso, a naturalização é atendida precipuamente, pois já há familiaridade com o ambiente e com os participantes. Ainda que a pesquisadora tenha intimidade com o cenário e com a equipe participante da pesquisa, entendeu-se, observando o requisito da PCA de imersão do pesquisador no contexto a ser investigado, que deveria se internar no processo de passagem de plantão a fim de reforçar a familiarização e permitir a vivência da experiência integralmente. Essa etapa aconteceu no mês de agosto de 2023 e teve a duração de cinco dias.

Em setembro de 2023, a fim de contextualizar a realidade prática, buscando a aproximação do leitor com a passagem de plantão em foco e os componentes passíveis de mudança com a tecnologia emancipatória vislumbrada, realizou-se a observação sistemática do processo. Para Gil (2008 p. 104), a observação sistemática é utilizada em pesquisas onde “o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para

alcançar os objetivos pretendidos. Por essa razão, elabora previamente um plano de observação”.

Foi elaborado um roteiro de observação contendo, sumariamente, os seguintes itens:

- Duração da atividade;
- Participação dos trabalhadores na passagem de plantão, envolvimento na atividade e comportamento pessoal;
- Clareza e objetividade na transmissão das informações;
- Possíveis propostas de mudanças na passagem de plantão da enfermagem; e
- Outras observações pertinentes.

Respeitando a prática institucional cotidiana, sem nenhuma intervenção da pesquisadora, foram observadas e registradas no caderno de campo 8 trocas de turnos. A repetição de padrões comunicacionais e a ausência de novas variáveis relevantes indicaram que o fenômeno já havia sido suficientemente explorado. Dessa forma, considerou-se alcançada a saturação teórica, critério que orientou a finalização dessa etapa da coleta de dados (Rahimi; Khatooni, 2024).

4ª etapa – Coleta de percepções: escutando os profissionais sobre o modelo atual de passagem de plantão

Em outubro de 2023 os profissionais participantes foram convidados para entrevistas semiestruturadas sobre a passagem de plantão na Unidade de Emergência. A produção desses dados objetivou complementar as anotações da observação sistemática no delineamento do diagnóstico situacional da prática.

Os elementos identificados permitiram estabelecer o roteiro para o encontro convergente assistencial que se seguiu, onde se deu a construção coletiva do instrumento de passagem de plantão pretendido.

Segundo as premissas da PCA, as ações de pesquisa no cenário incitam transformações nos agentes envolvidos, uma vez que a assistência não para no momento da pesquisa, pelo contrário, a assistência é o *locus* dos dados de pesquisa. Deste modo, ao promover a reflexão da prática nas entrevistas, inicia-se uma transformação na forma de se pensar a prática em estudo (a passagem de plantão).

5ª etapa – Encontro A: construção coletiva de um novo modelo de passagem de plantão com a participação ativa do paciente

Esse encontro subsequente ocorreu no mês de setembro de 2024 e seguiu as seguintes etapas:

- a) Fornecimento de lanche e integração;
- b) Apresentação dos objetivos da pesquisa da atividade em grupo;
- c) Reflexão estruturada sobre o diagnóstico situacional da passagem de plantão;
- d) Delineamento metodológico da prática com a participação do paciente;
- e) Construção do instrumento sistematizado; e
- f) Encerramento, com discussão sobre a validação do instrumento e orientações sobre o próximo encontro.

6ª etapa – Fase de desenvolvimento tecnológico: elaboração preliminar do produto inovador

De posse dos dados das discussões anteriores, cuja metodologia de análise será explicitada mais adiante e considerando todas as contribuições dos participantes do estudo e as referências levantadas na literatura, a pesquisadora consolidou as contribuições em uma versão inicial do instrumento, fundamentada em literatura científica e nos dados empíricos coletados.

7ª etapa – Encontro B: apresentação e validação do produto tecnológico pela equipe

Em fevereiro de 2025, a versão preliminar do instrumento foi apresentada aos profissionais, que sugeriram ajustes e aperfeiçoamentos. Esse momento permitiu validar coletivamente a proposta e reafirmar sua aplicabilidade prática.

8ª etapa – Análise crítica: avaliação do potencial emancipatório da nova tecnologia

Após a versão final do produto tecnológico, este foi submetido à análise do potencial emancipatório de acordo com os componentes que constituem a tecnologia emancipatória proposta por Nietshe (1999).

Por ser uma PCA, a implementação assistencial seguirá mesmo com o fim do Curso de Doutorado. Pretende-se dar continuidade à pesquisa em um provável Pós-Doutorado, de forma a avançar para a validação ampliada e incorporação institucional da tecnologia desenvolvida. Em síntese, as etapas futuras incluirão: a apreciação e aprovação da proposta pelas instâncias institucionais; a validação participativa junto a pacientes, com coleta de

feedbacks para aperfeiçoamento do instrumento; a implementação experimental da tecnologia na prática assistencial; a reflexão coletiva com a equipe acerca de sua efetividade; e, por fim, a integração do produto tecnológico nos processos de cuidado da instituição.

As fases da PCA não ocorreram de forma estanque ou sequencial, mas em movimento cíclico e interdependente, permitindo que a análise preliminar dos dados orientasse ajustes no processo de coleta e intervenção. Essa dinâmica favoreceu a construção progressiva do protocolo de passagem de plantão participativa, assegurando sua aderência às necessidades do campo e fortalecendo o rigor metodológico do estudo.

3.2.4 Fase de análise – Tratamento dos dados

A análise dos dados coletados foi conduzida em consonância com os pressupostos da PCA, contemplando os quatro processos metodológicos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Esses processos foram desenvolvidos a partir das etapas de coleta realizadas: observação sistemática, entrevistas e encontros coletivos, de forma integrada e revisitada sempre que necessário para garantir rigor e profundidade interpretativa. Deste modo, a partir da imersão da pesquisadora nos dados e da sua categorização, configuraram-se os processos de apreensão e síntese.

A apreensão ocorreu a partir da imersão da pesquisadora no campo, respeitando o princípio da imersibilidade da PCA. Nas etapas da pesquisa ocorridas em simultaneidade com a prática, obtiveram-se dados e registros que foram organizados e analisados respeitando o rigor metodológico.

As notas da observação sistemática ocorrida na 3ª etapa foram submetidas à análise de conteúdo, técnica que permite criar inferências sobre determinado conteúdo. Para isso, demanda que o pesquisador realize a codificação, um processo de segregação, reagrupamento e reconexão dos dados a partir da aplicação de códigos (palavras ou frases curtas que servem como rótulos das partes do conteúdo) para consolidar sentido e gerar explicação (Sampaio, Lycarião, 2021).

Já a organização dos dados provenientes das entrevistas se deu na medida em que foram sendo coletados nas etapas da pesquisa. Para a análise, optou-se pelo programa computacional “*Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte*” (ALCESTE). A escolha por esta ferramenta se justifica por ela permitir realizar de maneira automática a compilação e análise de textos diversos. A partir disso, organiza o material e o apresenta em classes temáticas que fornecem uma representação coletiva do problema em questão, assim é possível identificar os olhares comuns dos participantes da pesquisa.

Desenvolvido em 1998 por Max Reinert, realiza uma análise quantitativa de dados textuais, que investiga a distribuição de vocabulários em um texto escrito e em transcrições de texto oral (Camargo, 2005; Azevedo, Costa; Miranda, 2013). Na sua base de funcionamento, encontra-se a ideia de relação entre contexto linguístico e representação coletiva entre unidade de contexto e contexto típico.

A unidade de contexto é entendida como um enunciado mínimo de um discurso e, por extensão, a regularidade de representações entre indivíduos pode promover a existência de um determinado contexto típico de um grupo, uma representação coletiva. A regularidade de um vocábulo específico indica a existência de um “campo contextual”. Assim, o programa coloca em evidência “mundos lexicais” (Nascimento; Menandro, 2006).

Desta forma, realiza uma análise lexical das palavras do conjunto de textos e agrupa as raízes semânticas definindo-as por classes, em função da ocorrência e da co-ocorrência das palavras. Para cada classe, computa uma lista de palavras características, gerada a partir do emprego do Teste Qui-quadrado, o qual revela a força associativa entre cada palavra e sua classe. Essas listas de palavras são os resultados a serem interpretados pelo pesquisador, de acordo com seu domínio e conhecimento do campo conceitual (Azevedo; Costa; Miranda, 2013).

A utilização do programa se processa da seguinte maneira: o pesquisador define unidades de contexto iniciais (UCI), cujos conjuntos constituirão um único conjunto textual para análise denominado corpus. Azevedo, Costa e Miranda (2013, p. 5016) afirmam que:

Para o ALCESTE, a confecção do corpus obedece a critérios exigidos pelo próprio programa. Em primeiro lugar, os dados de texto devem mostrar certa coerência para garantir uma lógica quantificável da análise estatística de textos. Em segundo, é útil para textos volumosos e/ou número significativo de sujeitos. Atende satisfatoriamente à condição de respostas advindas de perguntas abertas, entrevistas, narrativas orais, dados de mídia e artigos ou capítulos de livros a partir de um foco comum.

Posteriormente as UCIs são separadas por linhas de comando ou “linhas com asteriscos”, e o *software* divide o material em unidades de contexto elementar (UCEs). Várias UCEs, em função de uma classificação segundo a distribuição do vocabulário destas, formam uma classe. O conteúdo desta e sua relação com fatores ligados ao plano geral desta pesquisa definirão as representações sociais (Camargo, 2005).

Esse processo se dá por meio do método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que, classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas. Esta análise visa obter classes de UCE que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das outras classes (Camargo; Justo, 2013). De posse

do relatório gerado pelo programa, a pesquisadora procedeu à análise interpretativa que lhe cabia.

Já os dados que emergiram no encontro convergente assistencial (5ª etapa da coleta de dados), foram organizados no transcurso da atividade, onde o grupo participante delineou o processo da passagem de plantão com a participação do paciente a partir da análise do diagnóstico situacional da passagem de plantão vigente e dos elementos apresentados pela pesquisadora para guiar a produção tecnológica em foco.

Importante destacar que, antes das atividades em grupo, a pesquisadora participou assiduamente das trocas de turnos na Unidade de Emergência e manteve diálogo frequente com a equipe de enfermagem, com o propósito de identificar elementos teóricos e práticos que subsidiassem a constituição do corpus de análise. Uma pesquisa orientada para a transformação da prática assistencial demanda organização detalhada das etapas de coleta e análise, conforme as diretrizes da PCA, que possibilitam revisitações e intervenções do pesquisador no contexto sempre que necessário. Tal abordagem envolve estratégias de aproximação e encontros dialógicos entre seres humanos, conduzidos pelos fios do assistir com o pesquisar (Trentini; Paim, 2004).

No percurso da PCA, após o processo de apreensão, a síntese permitiu delimitar dois produtos centrais:

- a) O diagnóstico situacional da passagem de plantão vigente, descrito a partir da triangulação dos dados oriundos da observação sistemática (3ª etapa) e da análise das entrevistas com os profissionais (4ª etapa), processadas pelo software ALCESTE; e
- b) A construção da tecnologia de passagem de plantão com participação do paciente, constituída por uma padronização da passagem de plantão de enfermagem alicerçada na inclusão do paciente e organizada em um instrumento sistematizado e validado pela equipe, com orientações e condutas pertinentes.

Também foi possível identificar, na tecnologia emergente, as características e o potencial para promover a emancipação do paciente no seu cuidado. A teorização se apresentou a partir das perspectivas de segurança e participação do paciente, atreladas à sua consciência crítica, autonomia e liberdade sob seu processo saúde-doença e da conjuntura histórico-socio-cultural que envolve o cuidado em saúde mental, sobretudo na enfermagem psiquiátrica, conforme cenário deste estudo. Esses elementos reverberaram nos resultados e evidenciaram relações entre os construtos.

A transferência correspondeu à contextualização da aplicação da tecnologia em cenários de internação psiquiátrica, sinalizando seu potencial para alinhar-se aos preceitos contemporâneos da assistência em saúde, pautada na humanização do cuidado e na

valorização da participação ativa do paciente, respeitando, contudo, as especificidades e possibilidades de cada contexto institucional.

3.3 Aspectos éticos

A pesquisa respeitou integralmente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi submetido, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-EEAN/HESFA/UFRJ), instituição proponente, e ao CEP do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), responsável pela instituição coparticipante onde ocorreu a coleta de dados. A autorização institucional foi formalizada por meio de carta de anuência assinada pela Diretora da UISM (APÊNDICE E). O estudo recebeu parecer favorável no Parecer Consubstanciado nº 5.697.256 (ANEXO B).

Foram observados os princípios éticos da beneficência e não maleficência, aplicáveis a pesquisas envolvendo seres humanos. Antes do início das entrevistas e atividades em grupo, os profissionais de enfermagem convidados receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F), previamente assinadas pela pesquisadora. A participação ocorreu de forma voluntária e mediante concordância expressa, ficando uma via do termo com o participante e outra com a pesquisadora.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto à temática e aos objetivos da pesquisa, bem como sobre os procedimentos de coleta de dados. Foi informado que não haveria custos ou remuneração pela participação, mas seria assegurado ressarcimento de eventuais despesas, caso houvesse. Também foi garantido o anonimato, assegurado pela identificação no texto apenas por siglas correspondentes ao perfil profissional: E para enfermeiros e TC para técnicos de enfermagem. Os dados serão armazenados pela pesquisadora, em meio físico e fora de ambiente em nuvem, pelo período de cinco anos, visando reduzir riscos de acesso indevido. Os riscos da participação foram considerados mínimos, limitando-se a possível cansaço ou desconforto durante entrevistas ou observação das trocas de turnos, sendo assegurado ao participante o direito de interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Os benefícios envolveram a produção de conhecimento científico em enfermagem, voltado ao aprimoramento da qualidade da assistência em saúde mental nas unidades de internação hospitalar, em consonância com o paradigma psicossocial e com os princípios do cuidado participativo defendidos pela Política Nacional de Segurança do Paciente. Nesse sentido, o estudo fomenta o debate científico sobre a temática, podendo contribuir para o

aperfeiçoamento do ensino, para a capacitação de profissionais e para o fortalecimento dos serviços de psiquiatria e saúde mental, resultando em benefícios sociais mais amplos.

CAPÍTULO 1

Lugar do paciente na passagem de plantão da equipe de enfermagem: realidade e possibilidades

1.1 Apresentação da passagem de plantão da equipe de Enfermagem na enfermaria psiquiátrica antes da incorporação da participação do paciente

Os resultados serão apresentados seguindo a análise executada pelo *software* ALCESTE, referente às entrevistas com os profissionais sobre a passagem de plantão vigente (4ª etapa de coleta de dados) triangulados com os dados produzidos na observação sistemática do processo em lide (3ª etapa de coleta de dados). O diagnóstico situacional da passagem de plantão, cujo percurso de construção está descrito neste capítulo, confirmou e engendrou os pilares da problemática da prática/pesquisa.

No *software* ALCESTE, utilizando os parâmetros da configuração padrão, foram definidas 7 UCI pela pesquisadora. Estas foram divididas em 118 UCE formadas por 882 palavras distintas. Em seguida, o *software* reduziu essas palavras às suas raízes distintas, originando um número médio de 123 palavras analisáveis e 92 palavras suplementares (artigos, pronomes, conjunções, etc.). A porcentagem de riqueza de vocabulário foi 95,35%

Nessa análise padrão, substantivos, verbos, adjetivos, advérbios e palavras não reconhecidas são analisadas quando aparecem, pelo menos, quatro vezes no *corpus*. Após a análise do vocabulário, o ALCESTE prossegue com a divisão e a classificação do texto, utilizando técnicas como a divisão baseada em contexto e a classificação hierárquica descendente. No *corpus* analisado neste estudo, o programa fez duas classificações sucessivas para manter as classes mais estáveis, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 6 – Classificações do ALCESTE

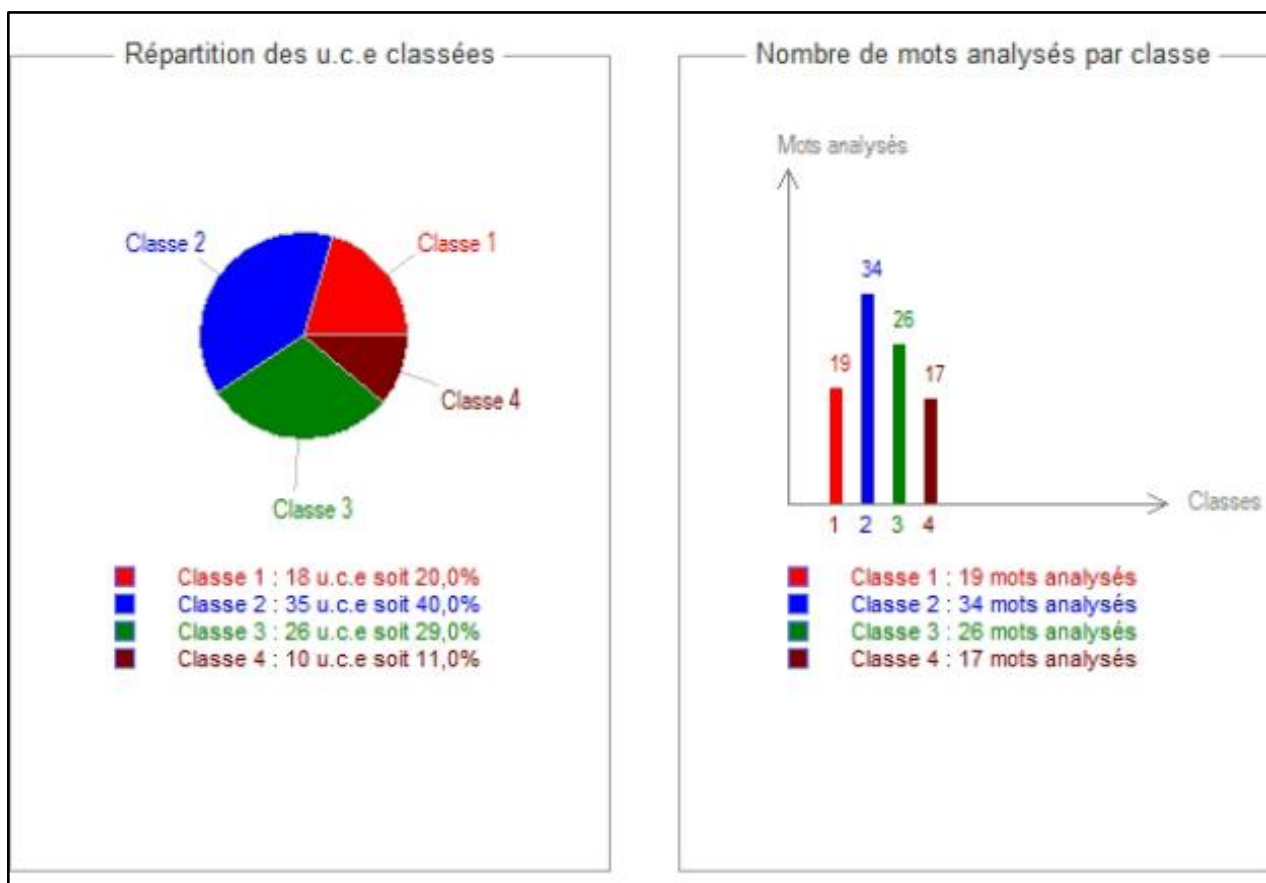
Valores	1ª Classificação	2ª Classificação
Número mínimo de palavras por unidade de contexto	14 palavras analisadas	16 palavras analisadas
Número de unidades de contexto (agrupamento UCE)	87 unidades de contexto	79 unidades de contexto
Número de formas diferentes analisadas	123 formas analisadas	123 formas analisadas

Fonte: Relatório dos resultados do ALCESTE.

Após o cruzamento dessas classificações, chegou-se a 4 classes estáveis, onde 10 foi o

número mínimo de UCE para reter uma classe. O aproveitamento final do *corpus* foi de 75%. A figura 12 representa a distribuição das classes, o percentual de UCE em cada uma delas e o número de palavras analisadas em cada classe formada.

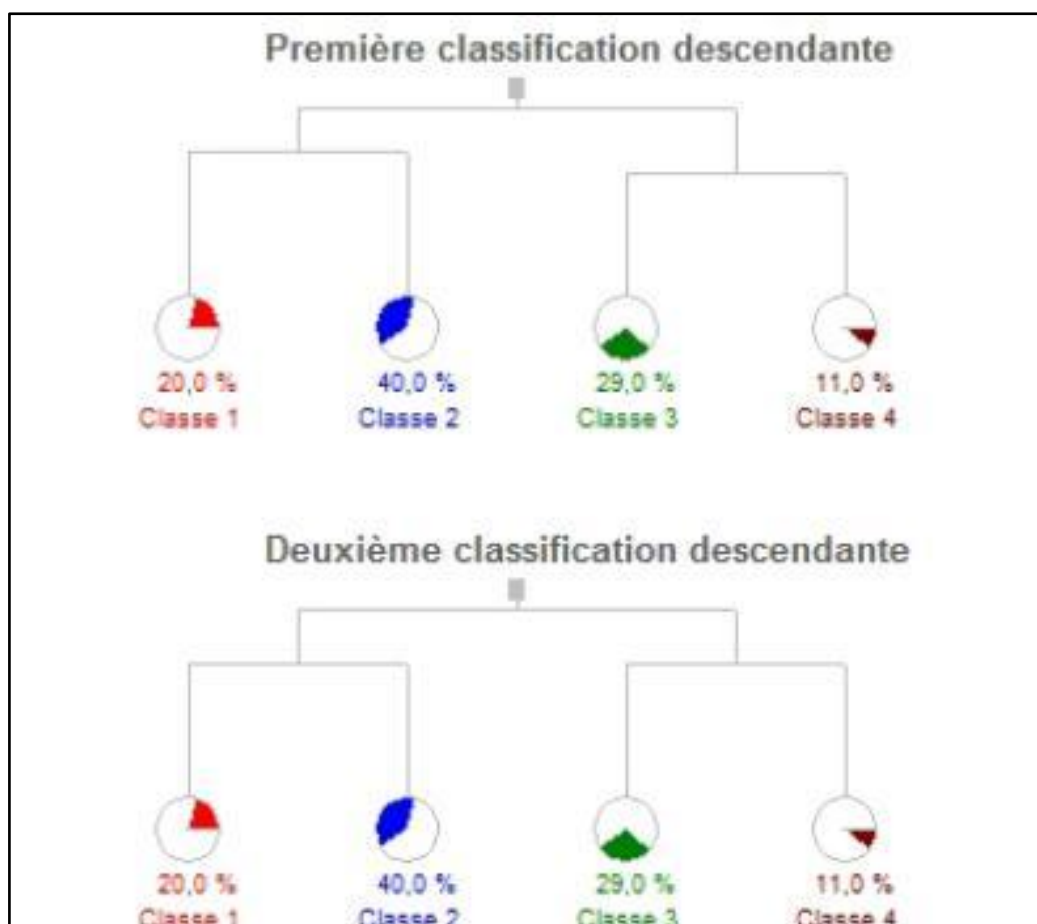
Figura 12 – Representação gráfica dos resultados do processamento do texto pelo programa ALCESTE: Número de UCE e de palavras analisáveis por classe



Fonte: Relatório dos resultados do ALCESTE.

A figura 13 apresenta a divisão de Classes decorrente da classificação hierárquica descendente.

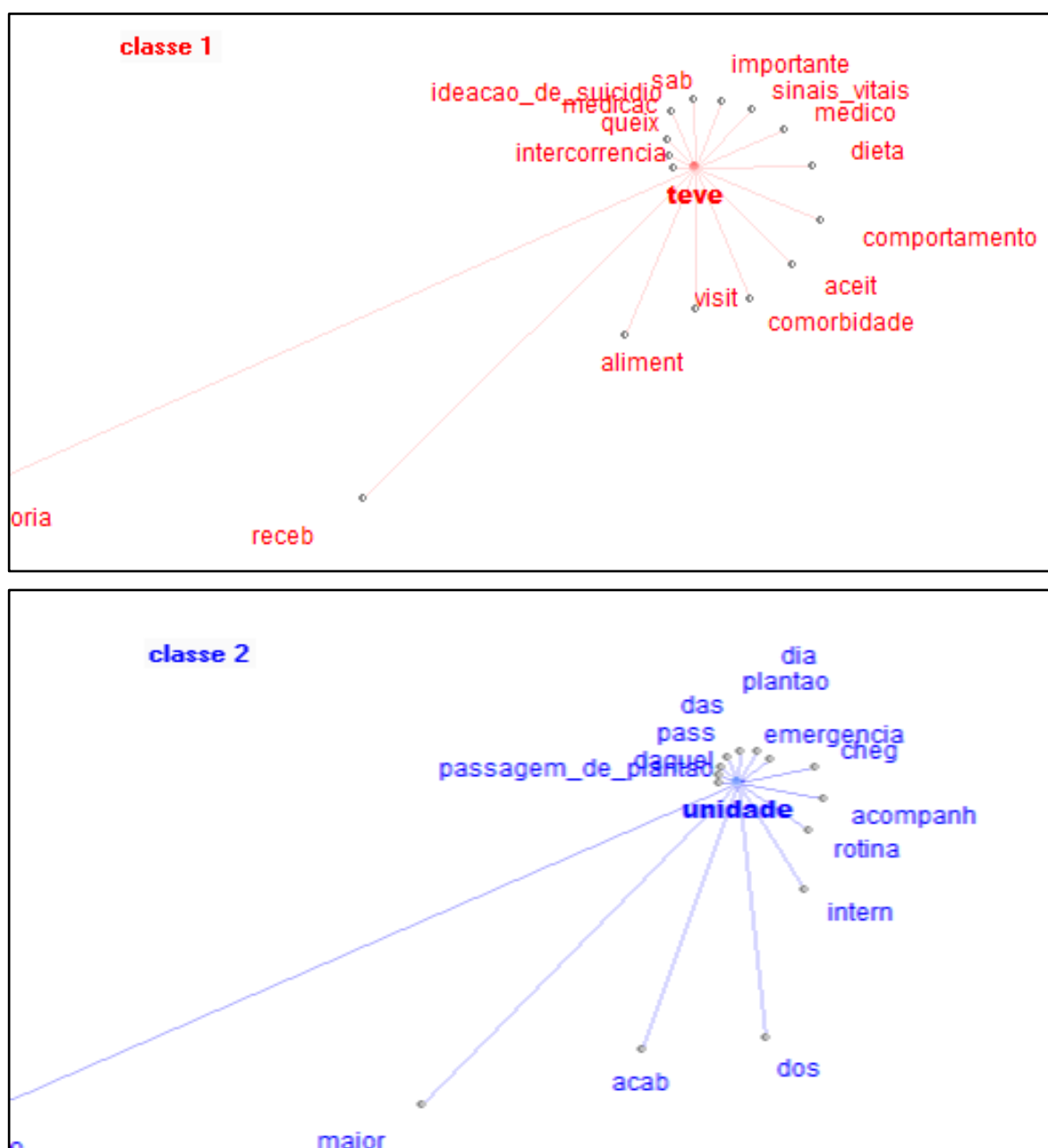
Figura 13 – Divisão de Classes – Classificação Hierárquica Descendente

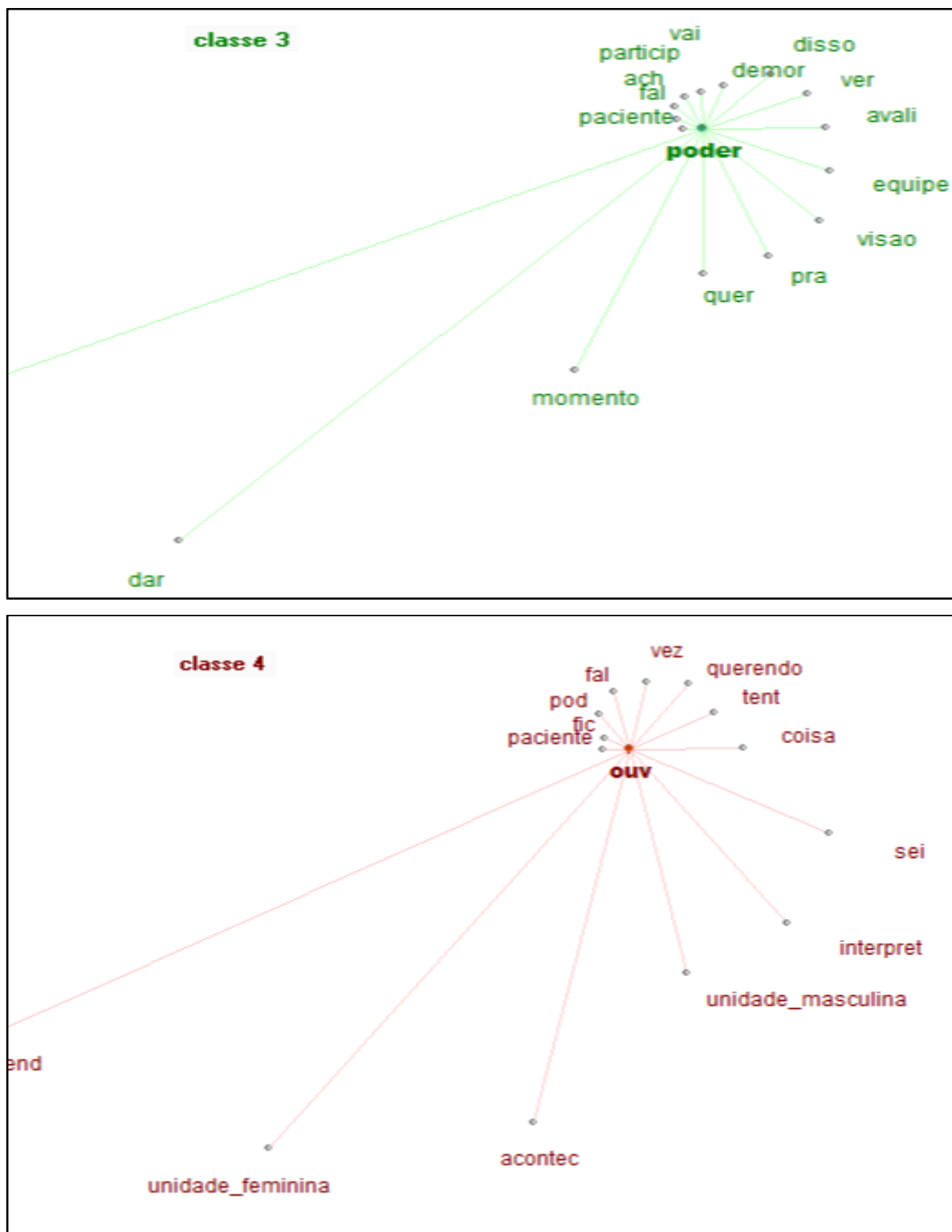


Fonte: Relatório dos resultados do ALCESTE.

A figura acima mostra que o programa, a priori, dividiu o material discursivo em dois grupos e, posteriormente, operou nova divisão, surgindo as classes 1, 2, 3 e 4. A partir disso, nota-se que existe uma aproximação entre as classes 1 e 2 e entre as classes 3 e 4, bem como que há um distanciamento entre esses conjuntos. Ao se analisar as redes de forma das classes, é possível constatar o *modus operandi* do programa.

Figura 14 – Redes de forma das classes





Fonte: Relatório dos resultados do ALCESTE

A forma central da classe 1 é “teve”, seguida das formas “intercorrência”, “queix”, “medicac”, “ideacao_de_suicidio”, “Sab”, “importante”, “sinais_vitais”, “medico”, “dieta”, “comportamento”, “aceit”, “comorbidade”, “visit”, “aliment” e “receb”. A partir disso, conclui-se que a classe 1 relaciona-se ao que a equipe entrevistada entende como conteúdo importante a ser transmitido na passagem de plantão: intercorrências, queixas do paciente,

informação sobre a medicação, se o paciente apresentou ideação suicida, os sinais vitais, a avaliação médica, a dieta e a alimentação, o comportamento, as comorbidades e o recebimento de visitas. Assim sendo, a classe 1 foi denominada “Conteúdo dos discursos da passagem de plantão”.

A forma central da classe 2 é “unidade”, seguida das formas “passagem_de_plantao”, “daquel”, “pass”, “das”, “plantao”, “dia”, “emergencia”, “cheg”, “acompanh”, “rotina”, “intern”, “dos”, “acab” e “maior”, que remetem ao processo de passagem de plantão, ou seja, à estrutura organizacional: local onde ocorre e quem acompanha. Por isso, esta classe recebeu a identificação “Estrutura do processo de passagem de plantão”.

A classe 3 tem no centro a forma “poder” (verbo), seguida de “paciente”, “fal”, “ach”, “particip”, “vai”, “demor”, “disso”, “ver”, “avali”, “equipe”, “visão”, “pra”, “quer”, “momento” e “dar”. Assim, indicam discursos sobre como a participação do paciente poderia ocorrer na passagem de plantão: a fala, o que acha, como vai ser, a avaliação e a visão da equipe, como e em que momento essa participação se daria. Desta forma, foi titulada como “Possibilidades e estratégias para a participação do paciente na passagem de plantão”.

Por fim, a classe 4 tem a forma “ouv” no centro, seguida de “paciente”, “fic”, “pod”, “fal”, “vez”, “querendo”, “tent”, “coisa”, “sei”, “interpret”, “unidade_masculina”, “acontec” e “unidade_feminina”, retratando as falas sobre os efeitos e as consequências que a participação do paciente pode acarretar, sobretudo em relação à sua interpretação sobre o que está sendo dito sobre ele. Optou-se, então, por apresentá-la como “Possíveis repercussões da participação do paciente na passagem de plantão: previsão de riscos a partir da experiência prévia da enfermagem”. O quadro a seguir oferece uma visão estruturada das quatro classes definidas na análise realizada pelo *software*:

Quadro 7 – Classes resultantes do ALCESTE

Classe 1: Conteúdo dos discursos da passagem de plantão
Classe 2: Estrutura do processo de passagem de plantão
Classe 3: Possibilidades e estratégias para a participação do paciente na passagem de plantão
Classe 4: Possíveis repercussões da participação do paciente na passagem de plantão: previsão de riscos a partir da experiência prévia da enfermagem

Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

Também se trouxe para compor os resultados os dados produzidos na observação sistemática (3ª etapa de coleta de dados), cujas categorias decorrentes da análise se apresentam no quadro a seguir:

Quadro 8 – Categorias obtidas a partir dos registros da observação sistemática da passagem de plantão no caderno de campo

N	Categorias	Código	Quantidade de códigos	Exemplos dos conteúdos
1	Quem participa da passagem de plantão	Participação	17	“Duas praças-EF participaram da passagem de plantão, a outra estava ajudando o paciente a tomar banho...” “A Supervisora de Enfermagem não participou porque estava na Parada¹...”
2	Quem transmite as informações na passagem de plantão	Fala	25	“O mais antigo² iniciou falando...” “... O cabo acrescentou que o paciente...”
3	Comportamentos dos integrantes da passagem de plantão	Atitudes	32	“Todos ficam de pé e atentos...” “Não tomaram nota das informações...” “Desligaram o telefone...”
4	Informações transmitidas	Citações clínicas e sociais / Condutas	134	“Paciente chegou acompanhado pelos pais...” “Conciliou o sono noturno...” “Ficou agitado depois da visita e precisou de SOS³...”

¹ Na instituição ocorre diariamente a Parada, uma formatura geral em formato de reunião com os militares e servidores civis de um determinado Departamento, Divisão ou setor.

² No meio militar, o mais antigo refere-se ao militar com maior posto – no caso de oficiais, ou maior graduação – no caso de praças.

³ SOS refere-se a medicação realizada em situações fora da rotina, nas urgências.

				“Mudamos pro quarto 4 porque tem menos barulho”.
5	Oportunidades de participação do paciente	Participação + paciente	19	“O paciente queria conversar também...” “Onde o paciente poderia participar?” “O paciente está agressivo, ele poderia participar da passagem de plantão?”

Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

Correspondendo à classe 2 do relatório do ALCESTE e às categorias 1, 2 e 3 da análise da observação sistemática da passagem de plantão, discorre-se, a seguir, sobre a estrutura do processo de passagem de plantão.

Na Unidade de Emergência, registrou-se que as trocas de turnos ocorriam no posto de enfermagem, aproximadamente às 07h e de forma sucinta e breve. Em 8 dias, calculou-se uma média de duração de passagem de plantão de 4min89s, com 2,87 pacientes internados.

Quadro 9 – Número de pacientes e duração da passagem de plantão

Dia	Nº de pacientes	Duração da passagem de plantão
1	3	4'20''
2	3	5'02''
3	4	8'12''
4	2	3'40''
5	2	3'25''
6	1	3''
7	4	6'15''
8	4	6''
Total (média)	2,87	4'89''

Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

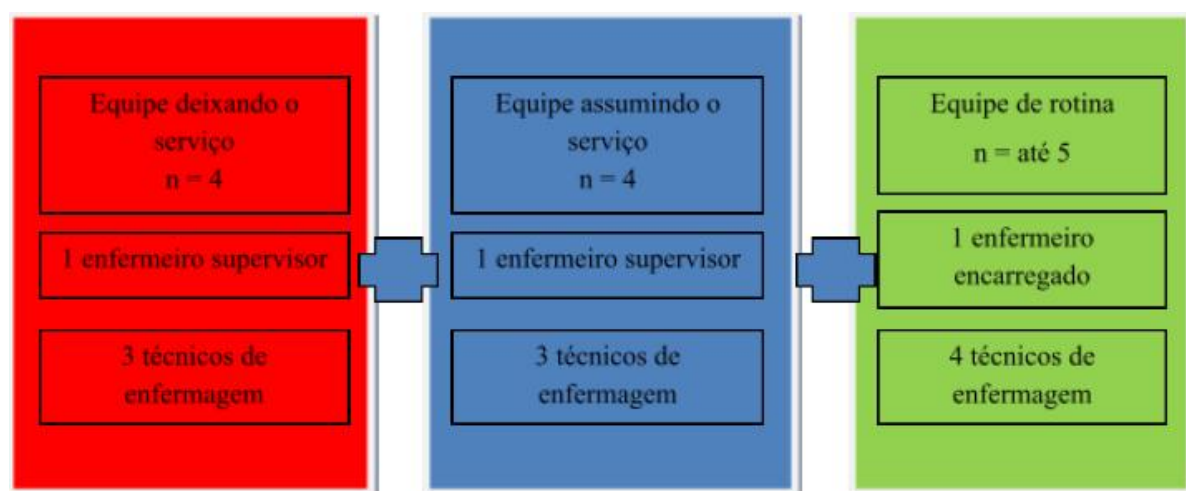
A média de duração observada, cerca de cinco minutos, sugere uma passagem de plantão sucinta, que pode ser funcional em cenários de emergência, mas levanta questionamentos sobre a completude das informações transmitidas. Estudos apontam que

passagens muito breves, sem padronização, tendem a privilegiar apenas intercorrências clínicas imediatas, em detrimento de informações psicossociais igualmente relevantes no cuidado em saúde mental (Joint Commission, 2017; Hada; Coyer, 2021; Tosunöz *et al*, 2025). Assim, ainda que a agilidade seja necessária, reforça-se a importância de equilibrar concisão e detalhamento, de modo a garantir segurança e integralidade no processo comunicacional.

1.1.1 Quem participa da passagem de plantão

A passagem de plantão da Unidade de Emergência acontece com a participação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que estão deixando o serviço ($n = 4$), os que estão assumindo ($n = 4$) e os da equipe de rotina presentes (até $n = 5$).

Figura 15 – Profissionais que participam de uma passagem de plantão na Unidade de Emergência



A seguir, apresentam-se trechos das entrevistas que descrevem a sistemática de passagem de plantão na UISM:

“As informações de rotina a gente passa só entre os técnicos de enfermagem. Na Emergência, lá o enfermeiro supervisor participa todo dia, nas outras unidades não, até porque as unidades são longe umas das outras e não dá para o enfermeiro supervisor ir em todas (entrevista 5, profissional técnico de enfermagem, Phi 0,11).”

Na Emergência sempre tem o enfermeiro supervisor, nas outras unidades é difícil vermos a presença do enfermeiro encarregado ou do enfermeiro supervisor, mas os enfermeiros

supervisores passam o plantão individualmente [entre eles] depois da passagem na Emergência (entrevista 6, profissional técnico de enfermagem, Phi = 0,10).

A passagem de plantão ocorre simultaneamente às sete horas em todas as unidades, cada enfermeiro encarregado (de uma Unidade específica) fica responsável por acompanhar essa passagem de plantão, junto com seus técnicos de enfermagem, sendo que quando estamos como enfermeiro supervisor, nós acabamos acompanhando a passagem de plantão na Emergência, porque é justamente o foco do nosso plantão (entrevista 7, profissional enfermeiro, Phi 0.11).

Conforme se verifica no cotidiano assistencial da unidade, é costume que os enfermeiros supervisores, tanto o que está encerrando o plantão quanto o que está assumindo, participem da passagem de plantão na Unidade de Emergência, setor porta de entrada da instituição. Essa unidade concentra, com mais frequência, pacientes com quadros clínicos agudos e instáveis, sendo o local onde se tomam decisões importantes sobre a necessidade ou não de internação. Por esse motivo, exige-se da equipe uma comunicação clara e efetiva, que permita uma observação inicial criteriosa e individualizada, visando evitar internações desnecessárias sempre que possível.

Após essa passagem de plantão no posto de enfermagem da Unidade de Emergência com a equipe completa, os enfermeiros supervisores passando e recebendo o plantão, responsáveis pela coordenação da assistência de enfermagem em todo o hospital, se reservam para continuar a transmissão das informações relativas às demais Unidades de Internação. Posteriormente, o enfermeiro supervisor que assumiu o plantão visita as unidades de internação para obter as informações importantes dos pacientes e realizar alinhamentos pontuais com a equipe.

Além da Emergência, ocorrem trocas de turnos em cada uma das outras quatro Unidades de internação da UISM, no entanto, essas trocas não contam com a presença dos enfermeiros supervisores passando e recebendo o plantão, já que é inviável a participação simultânea em mais de uma unidade. Na prática, os supervisores priorizam a Unidade de Emergência para participar da passagem de plantão, onde costumam concentrar sua atuação no início do plantão. Em sequência, o enfermeiro supervisor que assume o serviço percorre as demais Unidades de Internação para atualizar-se sobre a situação dos pacientes, validar as informações repassadas entre os técnicos de enfermagem e realizar as visitas clínicas necessárias.

Com relação aos enfermeiros encarregados de cada unidade, embora o ideal seja que

participem diretamente da passagem de plantão da sua respectiva enfermaria, na prática essa participação é incomum. Diversos fatores contribuem para essa ausência, como a atuação simultânea na escala de supervisão (quando o encarregado está escalado como enfermeiro supervisor do dia, ele participa apenas da passagem de plantão da Emergência), envolvimento com reuniões administrativas ou ausência por motivos de folga ou alocação em outras áreas.

Assim, o que se observa de forma recorrente é que, nas Unidades de Internação (exceto na Emergência), a passagem de plantão ocorre predominantemente entre os técnicos de enfermagem, sem a presença do enfermeiro da unidade. Na prática institucional, o enfermeiro só participa ativamente da passagem de plantão quando está escalado como supervisor e, ainda assim, apenas na Unidade de Emergência.

O exposto reforça que as unidades assumem diferentes processos de passagem de plantão, com equipes e características heterogêneas. Considera-se, portanto, que o cuidado não é uma prática estática, mas é moldado pelas características, cultura e interações específicas de cada unidade, sendo desejável que o modelo de passagem de plantão proposto seja construído individualmente em cada contexto. Essa proposta de personalização está alinhada ao princípio central do construcionismo social, segundo o qual as práticas e os significados são socialmente construídos dentro dos contextos em que ocorrem (Berger e Luckmann, 1966).

No clássico “A Construção Social da Realidade”, Berger e Luckmann (1966) argumentam que o conhecimento é produzido por meio de interações sociais e moldado pelas instituições e culturas específicas em que ocorre. No ambiente hospitalar, isso significa que práticas como a passagem de plantão não são universais, mas adaptadas às necessidades e características de cada unidade, incluindo o número de profissionais, as exigências dos pacientes e a cultura organizacional.

Essa ideia é corroborada por estudos que exploram como as práticas de cuidado, incluindo a passagem de plantão, devem ser flexíveis e ajustáveis de acordo com o contexto específico de cada unidade para garantir a segurança do paciente e a eficácia da comunicação (Schmiedhofer *et al*, 2021). Esses estudos mostram que a padronização excessiva pode não ser eficaz em todos os contextos e que a adaptação local é crucial para otimizar o cuidado.

Como dito previamente, iniciou-se a pesquisa pela Unidade de Emergência tendo em vista a prevalência dos casos de atenção prioritária pela equipe, pois fica evidente que a passagem de plantão na Unidade de Emergência envolve uma interação entre um número expressivo de membros da equipe de enfermagem, podendo chegar até 13 profissionais. Essa quantidade de participantes reflete a necessidade de garantir a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes durante a transição de turnos.

Enfatiza-se que a passagem de plantão envolve não apenas os profissionais que estão saindo e os que estão assumindo o serviço, mas também membros da equipe de rotina, presente na instituição militar. Essa prática pode contribuir para uma melhor compreensão do contexto e das necessidades dos pacientes por parte de toda a equipe, promovendo uma abordagem colaborativa para o cuidado, importante determinante da segurança do paciente (Schmiedhofer *et al*, 2021).

Esse processo de negociação contínua entre os profissionais que estão saindo e os que estão assumindo, além da participação dos membros da equipe de rotina, promove interações fundamentais para construir um entendimento coletivo das necessidades dos pacientes e garantir a continuidade do cuidado. A passagem de plantão instrumentaliza os profissionais de nível superior ao planejamento com a equipe de um plano de cuidados para o paciente na emergência e demais unidades, caso ocorra a internação, podendo ser um excelente instrumento para o acompanhamento individualizado dos pacientes e prevenção de EA.

A passagem de plantão é, portanto, um momento de construção coletiva de significados: as informações sobre o estado dos pacientes, o plano de cuidado e as prioridades são negociadas e acordadas entre os membros da equipe. Esse processo pode ser crítico para a segurança do paciente, merecendo atenção especial.

No entanto, a discussão também aponta para a ausência dos enfermeiros encarregados nas trocas de turnos das demais Unidades de Internação, especialmente em ocasiões em que esses profissionais estão escalados para atuar como enfermeiros supervisores da instituição ou quando se encontram envolvidos em reuniões institucionais. Embora o foco deste estudo esteja centrado na prática da passagem de plantão na Unidade de Emergência, é imprescindível considerar que fragilidades nas demais unidades impactam o cuidado de forma sistêmica, comprometendo a continuidade da assistência e a articulação intersetorial.

Tal necessidade de olhar ampliado foi evidenciada nas próprias falas dos técnicos de enfermagem participantes do estudo, os quais, ao relatarem suas percepções e experiências sobre a passagem de plantão na Emergência, realizaram constantes comparações com as práticas adotadas em outras unidades da instituição. Essa postura comparativa demonstra que os profissionais compreendem o cuidado como um processo integrado, influenciado pelas práticas institucionais como um todo. Portanto, ainda que a intervenção tenha sido desenvolvida na Emergência, os achados sugerem que a melhoria dos processos de comunicação e organização nas demais unidades também se faz necessária para fortalecer a segurança e a continuidade do cuidado em toda a instituição.

Essa compreensão também dialoga com o modelo de cuidado proposto por Nietzsche (2000), voltado à promoção da cidadania, da consciência crítica e da autonomia dos sujeitos

envolvidos, tanto pacientes quanto profissionais. Ao reconhecer as especificidades culturais e relacionais de cada unidade, favorece-se um cuidado mais emancipador, que estimula a participação ativa dos indivíduos no processo terapêutico e nas decisões que afetam seu cotidiano.

A ausência do enfermeiro encarregado, especialmente durante o momento de transição do cuidado, representa um fator crítico para a comunicação segura, como já identificado por outros estudos, podendo resultar em lacunas na transmissão de informações e na coordenação assistencial, sobretudo em contextos nos quais a supervisão direta é essencial (Schmiedhofer *et al*, 2021; Oliveira *et al*, 2018).

Embora os técnicos de enfermagem possam desempenhar um papel de suporte importante, a responsabilidade total pela passagem de plantão pode envolver decisões críticas que ultrapassam o escopo de suas atribuições legais e profissionais. Além disso, a legislação que rege a prática de enfermagem no Brasil, por exemplo, limita as responsabilidades dos técnicos de enfermagem em situações que exigem maior complexidade de decisão e responsabilidade, como a passagem de plantão (Brasil, 1986).

Portanto, estratégias para garantir uma presença consistente e adequada dos membros da equipe, sobretudo do enfermeiro, durante as trocas de turnos são fundamentais para promover uma transição suave e segura do cuidado ao longo do dia. Ressalta-se que essa observação não se aplica à Unidade de Emergência, cenário central deste estudo, onde a presença dos enfermeiros supervisores durante a passagem de plantão é uma prática institucional consolidada. A reflexão diz respeito, sobretudo, às demais unidades de internação da instituição, nas quais a ausência do enfermeiro encarregado durante a passagem de plantão é mais recorrente, gerando implicações importantes para a qualidade da comunicação e para a coordenação do cuidado.

Para mitigar os impactos da ausência dos enfermeiros durante a passagem de plantão, algumas estratégias podem ser implementadas. A utilização de tecnologias de informação, como registros eletrônicos de saúde, fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais. Desta forma, pode ajudar o compartilhamento de informações mais precisas e completas quando houver a impossibilidade da presença física do enfermeiro encarregado (Bombarda; Joaquim, 2022).

1.1.2 Quem transmite as informações na passagem de plantão

Como é esperado em uma instituição militar, evidenciou-se que o lugar de locutor na passagem de plantão da Unidade de Emergência era assumido pelo técnico de enfermagem

militar mais antigo do turno que se encerrava, embora outros complementassem a fala com informações não mencionadas. Aqueles que recebiam a responsabilidade pelo cuidado participaram ativamente com acréscimos e questionamentos, demonstrando envolvimento com a continuidade da assistência e genuína preocupação com o bem-estar dos pacientes, como evidenciam os dados coletados:

“Quem realizou a transmissão das informações? O sargento mais antigo” (Nota de campo 2, categoria quem transmite as informações).

“O técnico acrescentou que no seu último plantão a paciente também tinha se sentido ansiosa e pediu SOS⁴” (Nota de campo 4, categoria quem transmite as informações).

A locução desempenhada pelo técnico de enfermagem militar mais antigo do turno que está encerrando sugere uma hierarquia dentro da equipe de enfermagem militar, na qual a experiência e a antiguidade são valorizadas como qualidades importantes para a transmissão eficaz das informações.

Interpreta-se essa hierarquia não como uma simples delegação de tarefas, mas como uma construção social que reflete os valores, normas e expectativas do grupo. Nesse contexto, a antiguidade e a experiência não são apenas práticas organizacionais formais, mas também significados sociais que são continuamente reforçados e negociados nas interações diárias. A antiguidade, ao ser associada à autoridade na transmissão de informações, torna-se um valor socialmente construído dentro do grupo, moldando a dinâmica do cuidado e da comunicação.

A participação ativa dos profissionais que recebem a responsabilidade do cuidado também é notável, com acréscimos e questionamentos durante a passagem de plantão. Isso demonstra que há um interesse genuíno e um comprometimento com o cuidado dos pacientes, de modo que o conhecimento é sempre negociado e não é de propriedade exclusiva de uma pessoa, mesmo em um ambiente hierárquico como o militar. A troca de informações é um processo de diálogo no qual cada participante contribui para a construção de um entendimento coletivo sobre o estado dos pacientes e as necessidades de cuidado.

⁴ SOS é uma abreviação que significa "quando necessário" ou "se necessário". Quando um medicamento é prescrito com a instrução "SOS", indica que o paciente deve tomá-lo apenas quando sentir necessidade, de acordo com a orientação do médico, em vez de seguir um horário regular de administração. Essa indicação é comumente usada para medicamentos que são usados para alívio de sintomas agudos ou episódicos.

Essa dinâmica de troca de informações durante a transição de turnos reflete que a hierarquia militar e a atitude colaborativa da equipe de enfermagem são valores presentes na transição de cuidado, fortalecendo a valorização hierárquica militar, o trabalho em equipe e o desenvolvimento de um ambiente colaborativo de maneira agregadora, no qual os profissionais se sentem capacitados a contribuir ativamente para o cuidado dos pacientes.

A organização da enfermagem militar ocorre conforme o nível hierárquico de cada militar e normas gerais específicas da profissão militar, respeitando as respectivas atribuições e competências de cada categoria profissional. A enfermagem militar é um tipo de serviço militar que segue os mesmos princípios da enfermagem civil; sendo direcionada para o trabalho de saúde com espírito de equipe, conforme seu nível de competência profissional estabelecido por seus postos e graduações, contudo, respeita os fatores próprios da cultura militar, como deveres, valores, hierarquia e disciplina (Dorneles *et al*, 2020).

1.1.3 Interação de linguagens e sentidos produzidos na passagem de plantão da enfermagem

A observação do uso das linguagens verbal, não verbal e escrita permite compreender como se constroem, coletivamente, os sentidos da passagem de plantão e qual sua efetividade na continuidade do cuidado. Na passagem de plantão, evidenciou-se que a comunicação se apoiava majoritariamente na linguagem verbal, marcada pelo relato oral do locutor principal e pelas intervenções pontuais dos demais membros da equipe.

Quanto à linguagem não verbal, os profissionais de enfermagem presentes durante a passagem de plantão posicionavam-se de pé, mantendo postura atenta e concentrada, o que denota um comportamento profissional alinhado à seriedade do momento. Embora tenham ocorrido interrupções ocasionais, como telefonemas, essas distrações foram rapidamente contidas, preservando a centralidade da atividade.

“Características de postura e comportamento dos profissionais na passagem de plantão: Estão atentos? Sim. A linguagem está adequada? Sim. As informações estão claras? Sim. Observa-se uma postura profissional? Sim. Todos de pé prestando atenção no mais antigo falando. Há distrações no momento da passagem de plantão? O telefone tocou e tiraram do gancho para não interromper” (Nota de campo 4, categoria comportamentos dos integrantes).

Essas posturas demonstram valorização da passagem de plantão como espaço institucional relevante, o que contribui para uma comunicação mais clara e segura. Sabe-se

que distrações nesse momento são barreiras conhecidas e podem gerar falhas com potencial de causar eventos adversos evitáveis (Vanderzwan *et al*, 2023). Sob a ótica do construcionismo social, tais comportamentos não são neutros ou espontâneos: são fruto de normas compartilhadas, construídas nas práticas cotidianas, que expressam o valor atribuído coletivamente à segurança e à continuidade do cuidado.

Apesar disso, observou-se uma limitação importante: os profissionais locutores, de forma geral, não consultaram registros escritos nem utilizaram anotações pessoais ou prontuários durante a transmissão. Apenas em ocasiões pontuais, profissionais que recebiam o turno tomaram nota de alguma informação verbalizada, como parâmetros clínicos fora da normalidade.

“Quem transmitiu as informações utilizou alguma anotação sobre os pacientes? Não. Alguém da equipe tomou nota de alguma informação? Só um da equipe recebendo o serviço, anotou o valor da pressão que verificaram de manhã porque deu alta” (Nota de campo 1, categoria comportamentos dos integrantes).

A ausência sistemática de registros escritos pode comprometer a retenção de informações importantes, já que confiar apenas na memória pode ser falho. A literatura reforça que a combinação de comunicação verbal com registros escritos (seja em papel ou formato eletrônico) fortalece a continuidade assistencial e reduz omissões, ao estruturar de maneira mais segura a transferência de responsabilidades entre turnos (Francisco *et al*, 2024).

Em relação ao conteúdo propriamente dito dos discursos observados, verificou-se que a ordem da apresentação das informações seguia a disposição dos pacientes no quadro do posto de enfermagem, numerado de acordo com os leitos. Esse quadro, que deveria conter dados essenciais como nome, idade, alergias, riscos e exames pendentes, foi utilizado como apoio visual, mas com informações frequentemente incompletas ou desatualizadas, o que limita sua funcionalidade e utilidade na prática. A inconsistência do uso desse recurso evidencia fragilidades na articulação entre as linguagens verbal, visual e escrita, comprometendo a completude e a clareza da comunicação.

Figura 16 – Quadro de pacientes

QUARTO	CID-10	DIETA	# NOME / SITUAÇÃO	OBSERVAÇÕES:	DATA de INTERNAÇÃO
01.1			[REDACTED]	Precaução de acesso (BK?)	25/06
1.2			Isolamento		
02			[REDACTED]	Dep 16 granol	08/08/23
03					
04			[REDACTED]		
05.1	F20.3	HAS	[REDACTED]	Evacuação 05/08/23	16/01
05.2	F32.2	L	[REDACTED]	SO (Refº)	20/6/23
Plantonista: [REDACTED]					
SUP. ENFº: [REDACTED]					
URGÊNCIA: [REDACTED]					

Fonte: Pesquisadora, 2023.

Por não haver roteiro ou protocolo guia para a passagem de plantão, a sequência e o conteúdo dos discursos eram variados, até os que versavam sobre os mesmos pacientes. Em alguns momentos, informações eram lembradas por outros profissionais presentes. Informações importantes de eventos ocorridos nos dias anteriores, como exames coletados ou alterações clínicas, frequentemente não eram transmitidas novamente à equipe do turno subsequente.

Ainda sobre a variabilidade dos discursos, a abordagem de um paciente de longa permanência que estava internado na Unidade de Emergência pela necessidade de atenção intensiva, se restringia à participação em atividades terapêuticas, intercorrências clínicas ou ao comportamento durante o dia: tranquilo ou agitado. Outras informações relevantes no contexto do cuidado de enfermagem, como eliminações fisiológicas, aceitação de alimentação e medicação e higiene corporal, eram subvalorizadas. Em contraponto, pacientes recém-internados tinham mais detalhes transmitidos entre as equipes, como: CID, breve resumo do motivo da internação, procedência e acompanhantes no momento da chegada ao hospital, comorbidades/alergias, aceitação de alimentação e dos medicamentos, eliminações fisiológicas, padrão de sono noturno, comportamento e humor, organização do pensamento e exames a realizar.

“Quais informações dos pacientes são transmitidas? Paciente A (longa permanência): Ficou tranquilo durante o dia, participou do CAD e não teve intercorrências. Paciente B (recém-internado): CID, motivo da internação, procedência, familiar que acompanhou a internação, comorbidades (hipertensão e diabetes), alergia (dipirona e frutos do mar), aceitação da alimentação e dos medicamentos, evacuação, comportamento durante o dia, não teve intercorrências.” (Nota de campo 3, categoria informações transmitidas)

“No posto de enfermagem, após o plantão render o plantão anterior, o mais antigo começa a descrever como foi o dia de cada paciente, desde se dormiu bem à noite, como foi o dia, se aceitou alimentação, se fez a higiene, se tomou as medicações (entrevista 1, profissional técnico de enfermagem, Phi 0,05).

As queixas, as intercorrências no plantão, como pico hipertensivo, alteração de glicemia, se está com pensamento organizado, agitação psicomotora, então, todo tipo de intercorrência a gente fala na passagem de plantão. Exames também, encaminhamentos, a gente passa para o enfermeiro supervisor que está entrando, pra ele ficar atento quanto a isso (entrevista 2, profissional enfermeiro, Phi 0,01).

Frisa-se que essas informações não eram estruturadas, tampouco registradas sistematicamente e, por isso, algumas vezes eram incompletas ou resgatadas por alguém da equipe que se lembrava, eventualmente, de contribuir com algum acréscimo.

“Se estão mais reclusos, como está o comportamento deles. Não seguimos nenhum padrão, protocolo, roteiro de perguntas, nada. Simplesmente falamos o que achamos ser importante, quem está ouvindo pode fazer perguntas, mas não há um padrão, cada técnico de enfermagem ou enfermeiro faz da forma que acha melhor” (entrevista 2, profissional enfermeiro, Phi 0,02).

“O enfermeiro lembrou que tinha cinco dias que ele (o paciente) não evacuava e que o médico tinha pedido para fazerem um clister nele (Nota de campo 2, categoria informações transmitidas).

O fato de as informações sobre os pacientes seguirem a ordem de suas posições nos leitos, conforme aparecem no quadro de pacientes demonstra uma tentativa de organizar e padronizar a transmissão. No entanto, as inconsistências observadas no uso do quadro e a falta

de informações completas indicam que os profissionais estão constantemente elencando o que é relevante ou prioritário de ser comunicado durante a passagem de turno, o que exige memória e raciocínio, que por sua vez são influenciados por diferentes fatores como estresse, cansaço, sono, preocupação etc.

Desse modo, a equipe de enfermagem, por meio de suas interações, decide coletivamente o que deve ser comunicado ali no momento da passagem de turno e essa decisão é influenciada pelas normas e práticas do grupo. A ausência de um protocolo padronizado faz com que cada profissional traga suas próprias percepções sobre o que é importante, resultando em uma variabilidade significativa no conteúdo das informações transmitidas e uma certa vulnerabilidade devido aos fatores já citados que interferem na memória e raciocínio, especialmente de profissionais que estão saindo de um plantão de 24h.

A observação de que pacientes de longa permanência recebem menos detalhes em suas transmissões, enquanto recém-internados têm informações mais pormenorizadas, sugere que a equipe adota, de forma não institucionalizada, uma estratégia de economia de tempo, priorizando a comunicação apenas de alterações recentes ou pontos de atenção. Tal prática pode ser positiva, desde que sistematizada e formalizada em protocolo institucional, garantindo que nenhuma informação relevante seja omitida, pois tudo o que fugir da normalidade deverá obrigatoriamente ser relatado.

No caso específico da psiquiatria, essa sistemática deve contemplar, para todos os pacientes, não apenas dados clínicos ou intercorrências, mas também informações relacionadas a indicadores de reabilitação psicossocial. Isso inclui, por exemplo, se o paciente tomou banho sozinho (no caso de quadros depressivos), vestiu-se de forma adequada, conseguiu assistir televisão ou ler um livro, participou de conversas com outros pacientes ou realizou atividades terapêuticas. Esses elementos, muitas vezes sutis, são essenciais para monitorar a evolução e a funcionalidade dos indivíduos internados, preparando-os para a alta, sendo tão relevantes quanto os aspectos clínicos tradicionais na continuidade e segurança do cuidado em saúde mental.

Se essa sistemática for institucionalizada, as informações relevantes não poderão ser omitidas, pois tudo o que fugir da normalidade deverá obrigatoriamente ser relatado. Além disso, o protocolo deve prever a obrigatoriedade de registro, na evolução de enfermagem, de aspectos como eliminações, higiene e demais cuidados, mesmo na ausência de intercorrências clínicas, garantindo um registro completo da rotina assistencial.

A passagem de plantão na Unidade de Emergência reflete como a interação social e as percepções compartilhadas influenciam o conteúdo e a forma como as informações são priorizadas durante o turno. A ênfase em detalhes como o CID (Classificação Internacional de

Doenças), o motivo da internação e as comorbidades para recém-internados destaca o foco na avaliação inicial, mas pode negligenciar aspectos essenciais para o cuidado contínuo de pacientes já conhecidos, incluindo participação em atividades terapêuticas, interações sociais e comportamento ao longo do dia, elementos fundamentais na avaliação da evolução clínica e psicossocial do paciente.

Sob a perspectiva de Nietzsche, práticas como a descrita representam um momento de construção coletiva do cuidado, no qual a equipe negocia e define, com base em suas vivências e interações, o que é considerado essencial para a continuidade da assistência. Essa construção, quando orientada por uma visão psicossocial, amplia o foco para além dos aspectos biomédicos, incorporando indicadores de autonomia, participação social e reabilitação como elementos centrais.

Nietzsche (2000) apresenta a tecnologia emancipatória como uma construção situada no contexto sociopolítico-econômico-cultural, estruturada sobre os componentes autonomia, liberdade, cidadania e consciência crítica, nos quais perpassa a ética. Isso implica que práticas coletivas de cuidado, como a negociação do que comunicar na passagem de plantão ganham força e segurança quando respaldadas por diretrizes institucionais que garantam sua continuidade, padronização e capacidade emancipatória.

Portanto, mesmo em casos sem intercorrências evidentes, é necessário garantir que essas informações sejam comunicadas de forma sistemática e registradas adequadamente, assegurando a continuidade e a segurança do cuidado em saúde mental.

Estudo realizado no Japão indica que a falta de padronização e o consequente pauperismo de informações consonantemente aceitos pelo grupo conferem à passagem de plantão certo grau de casualidade e sugerem falta de meticulosidade e eficiência no processo no compartilhamento de informações clínicas importantes (Pun, 2021).

Reforça essa problemática o uso de palavras não técnicas, o que se contrapõe ao ambiente profissional e merece ser considerado quando se pensa em aprimorar um processo de comunicação e aumentar a segurança do paciente. Em um dos registros, por exemplo, a expressão “mijou na cama” foi empregada para relatar uma eliminação fisiológica.

“Observação: Falou que o paciente “mijou” na cama” (Nota de campo 3, categoria informações transmitidas).

O uso de palavras não técnicas durante a passagem de plantão reflete uma prática socialmente construída pelas interações cotidianas e pelos contextos culturais do grupo, apontando para uma informalidade que pode ser habitual entre os profissionais de saúde, mas

que se contrapõe à precisão exigida no ambiente assistencial. Embora a comunicação verbal seja uma estratégia recomendada para garantir a continuidade do cuidado, sua eficácia depende de clareza, tecnicidade e, sempre que possível, do apoio em registros estruturados.

Quando as informações são transmitidas de forma exclusivamente oral e baseadas apenas na memória dos profissionais, sem suporte documental, aumenta-se o risco de omissões, interpretações equivocadas e falhas na comunicação que podem comprometer a segurança do paciente.

Esta conjuntura é observada em muitos ambientes de saúde, que vivenciam seus próprios problemas e desafios relacionados com a comunicação entre as equipes. À vista disso, as instituições de saúde precisam estabelecer um processo que identifique as causas das falhas de comunicação nas transferências e as barreiras à melhoria em cada ambiente para, em seguida, implementar e validar soluções que melhorem o desempenho (Joint Commission, 2017).

O momento da passagem de plantão é crítico para a qualidade e continuidade do cuidado e, por isso, precisa ser estruturado e focado, transmitindo precisamente a especificidade das condições clínicas dos pacientes e utilizando a terminologia técnica apropriada para garantir uma comunicação eficaz, que desempenha um papel significativo na construção de confiança e respeito (Atkin, 2021). Na assistência psiquiátrica e em saúde mental, a similaridade da linguagem técnica deve ser estimulada a fim de estabelecer uma comunicação eficaz nos cenários de cuidado. Tal comunicação deve seguir o preconizado pelo modelo de cuidado em saúde mental/psiquiátrico que se utiliza.

A *Joint Commission* (2017) destaca a importância de um processo estruturado de comunicação para evitar falhas durante as transferências de responsabilidade no cuidado. A implementação de protocolos padronizados e a adoção de práticas de documentação detalhadas e sistemáticas são fundamentais para melhorar a qualidade da comunicação e do cuidado. A transferência de responsabilidade e a prestação de contas pelo atendimento ao paciente incluem ferramentas de comunicação estruturadas, como o SBAR e o uso de ferramentas tecnológicas, como registros eletrônicos de saúde, que podem melhorar significativamente a precisão e a consistência das informações transmitidas (Hada; Coyer, 2021).

Um ponto positivo encontrado nos dados da pesquisa foi a transmissão de condutas personalizadas com os pacientes. Como exemplo, em uma ocasião, um paciente estava com delírios persecutórios e sempre que via as visitas dos outros pacientes adentrarem na unidade ficava extremamente ansioso e temeroso. Por isso, a equipe que estava transferindo a responsabilidade do turno sugeriu uma mudança do seu quarto para um local mais distante do

movimento de pessoas, além disso, no horário de visita, algum profissional permanecia junto ao paciente para proporcionar menor sofrimento psíquico.

“Que mudaram o paciente XX de quarto porque estava muito persecutório, estranhando as visitas e as outras pessoas que passavam na Unidade. Sugeriram ficar alguém perto dele no horário de visita pra ele ficar mais tranquilo” (Nota de campo 2, categoria informações transmitidas).

A personalização do cuidado, conforme descrito acima, envolve a adaptação das intervenções de acordo com as necessidades individuais dos pacientes, levando em consideração suas características únicas e contextos específicos, buscando a prevenção de riscos pela diminuição das circunstâncias que podem fragilizar sua segurança. Essa abordagem não apenas atende às necessidades imediatas do paciente, mas também demonstra um cuidado centrado na pessoa, que adota as perspectivas de indivíduos, famílias e comunidades na condução das estratégias assistenciais o que é essencial para a qualidade e a eficácia do atendimento em saúde mental (Minvielle, 2021; Silva *et al*, 2018).

Essas intervenções são construídas coletivamente por meio das interações entre os profissionais e o paciente, levando em consideração as características específicas de cada indivíduo. A passagem de plantão é um momento crítico para garantir que essas necessidades sejam transmitidas de forma eficaz, de modo que o cuidado seja personalizado e focado nas particularidades do paciente. No entanto, sem uma padronização da linguagem e um protocolo claro, essas intervenções personalizadas podem ser mal comunicadas ou não implementadas de forma consistente.

Pontua-se que, em alguns momentos, adaptações do ambiente eram mencionadas, pois também é uma construção social, onde as decisões sobre o *layout* e a disposição dos objetos são influenciadas pelas interações entre os profissionais e as necessidades dos pacientes. A avaliação contínua do ambiente, portanto, é uma prática socialmente construída que deve ser integrada ao processo de cuidado para garantir a segurança. Na enfermaria psiquiátrica onde os riscos à segurança do paciente podem ser potencializados com recursos variados do recinto, essa prática é especialmente relevante.

“Retiraram a mesa de cabeceira do quarto porque estava agressivo e já tinha histórico de ter quebrado objetos no quarto quando estava com agitação psicomotora na outra internação” (Nota de campo 3, categoria informações transmitidas).

No entanto, não foi observada avaliação do ambiente na transição do cuidado durante a coleta de dados. Avaliações ambientais sistemáticas permitem identificar e mitigar riscos potenciais, ajustando o ambiente de acordo com as necessidades específicas dos pacientes. Tavares, Peres e Silva (2022) corroboram essa afirmação, inclusive destacam as falhas ambientais no conceito de segurança do paciente no contexto psiquiátrico, onde objetos podem constituir armas para os pacientes.

Além disso, a configuração do espaço físico pode influenciar diretamente o comportamento dos pacientes, especialmente aqueles com histórico de agitação psicomotora ou outras condições que aumentam o risco de autoagressão ou agressão a terceiros. Assim, ambientes mais seguros e menos estimulantes constituem fatores mitigadores desse risco. A prática de remover móveis ou objetos que, em casos de alteração mental, podem vir a ser usados de maneira inadequada é uma abordagem preventiva que deve ser considerada parte integral do cuidado em saúde mental. Além disso, a disposição do ambiente deve facilitar a observação dos pacientes que inspiram maior atenção. Outras estratégias ambientais incluem limitar o número de pessoas na área, reduzir os ruídos, desligando a televisão e ajustando os alarmes e trazer o paciente para um local mais próximo da equipe (Mulkey; Munro, 2021).

Destaca-se que mudanças ambientais podem contribuir para a agitação e, por isso, evitar transferências e garantir um único quarto para o paciente durante a internação constituem condutas a serem consideradas. Intervenções que permitam aos pacientes desenvolver algum controle sobre o seu ambiente, tais como oferecer escolhas se o paciente puder tomar decisões, também pode ajudar a aliviar a agitação. As restrições normalmente não são recomendadas porque podem exacerbar a agitação e causar lesões (Mulkey; Munro, 2021), além de se contraporem ao envolvimento e responsabilidade do paciente no que diz respeito à sua saúde e segurança, conforme proposto e defendido neste estudo.

Outro ponto identificado na observação sistemática da passagem de plantão é que algumas informações transmitidas não se atinham aos pacientes internados no setor, abordando atendimentos ocorridos nos consultórios externos à unidade, militares ou servidores civis da instituição que precisaram de atendimento médico durante o expediente ou, ainda, assuntos sociais sem correlação com o serviço.

“No final a enfermeira falou que o paciente XX veio para atendimento e o pai queria deixar ele aqui, mas não internou, tomou a medicação injetável e foi liberado pra casa (Nota de campo 1, categoria informações transmitidas).”

Essas falas refletem a maneira como os profissionais constroem coletivamente os significados que consideram importantes, influenciados pelas relações sociais, interações cotidianas, cultura do ambiente de trabalho e familiaridade entre os membros da equipe, no entanto, podem desviar o foco do que é mais relevante: as condições clínicas e psicossociais dos pacientes internados e o que é necessário para garantir a continuidade e a segurança do cuidado. Embora essas interações possam ser úteis em alguns contextos, elas se tornam problemáticas quando interferem na transmissão de informações críticas para o cuidado, como ocorre nas trocas de turnos.

A abordagem de informações irrelevantes é apontada como um erro em transições de cuidados. A clareza e a concisão são fundamentais para a eficácia da comunicação durante a passagem de plantão, e a adoção dos já mencionados protocolos estruturados ou mnemônicos constitui uma estratégia solucionadora apontada pela literatura. Frisa-se a importância de treinar a equipe para o uso correto da ferramenta escolhida (Mariano; Brooks; DiGiacomo, 2016), integrando, nessa sistemática, tanto os dados clínicos quanto os indicadores psicossociais que sustentam a filosofia de cuidado adotada.

Assim, a interação entre as diferentes linguagens presentes na passagem de plantão revela tanto avanços quanto lacunas: se por um lado há uma postura engajada dos profissionais, por outro, observa-se a necessidade de fortalecer o uso de ferramentas documentais que sustentem e padronizem a comunicação assistencial, especialmente em contextos de alta complexidade como o da saúde mental.

Diante das singularidades apresentadas e da necessidade de ampliar estratégias que promovam o protagonismo do paciente no cuidado em saúde mental, torna-se evidente que a participação ativa do sujeito nos processos assistenciais não é apenas desejável, mas fundamental para qualificar a segurança e fortalecer o cuidado psicossocial. As análises realizadas até aqui evidenciaram limitações, potencialidades e tensões próprias do cenário psiquiátrico, indicando que a construção de tecnologias de cuidado precisa dialogar com a realidade concreta, com os desafios institucionais e com as demandas emergentes dos serviços. É a partir desse entendimento que avançamos para o desenvolvimento da proposta investigativa central deste estudo.

CAPÍTULO 2

A participação do paciente na passagem de plantão: possibilidades, estratégias e repercussões

Nos relatos dos profissionais, após sua inclusão como participante desta PCA, que lhe forneceu informações sobre conceitos e referencial teórico da pesquisa, observa-se o entendimento sobre os prováveis benefícios para o paciente, resultantes da sua participação na passagem de plantão da enfermagem, o que foi estendido para todas as unidades, uma vez que a escala dos profissionais da UISM é marcada por rodízio. Também foi manifestado pelos profissionais participantes da pesquisa a percepção sobre o interesse dos pacientes em participar desse momento.

“Ele quer conversar também, participar da reunião da equipe, fica se abaixando pra falar na fresta do vidro” (Nota de campo 1, categoria oportunidades de participação do paciente).

“Mas a gente vê que tem paciente que quer participar e poderia melhorar até a relação do paciente com a equipe” (entrevista 6, profissional técnico de enfermagem, Phi 0,10).

“Às vezes até o médico demora pra passar lá e as pacientes querem ser ouvidas, né? Então eu acho que seria muito bom se as pacientes pudessem participar disso” (entrevista 1, profissional técnico de enfermagem, Phi 0,12).

“Acho que poderíamos até avaliar a evolução na visão dele, se ele acha que está evoluindo bem ou mal, quando o paciente participar da passagem de plantão” (entrevista 1, profissional técnico de enfermagem, Phi 0,11).

No entanto, em contraponto a esse entendimento, a equipe não considerava a participação do paciente na prática da passagem de plantão, conforme revelado na observação sistemática. Quando a equipe se reunia no posto de enfermagem para a transição do cuidado, a porta deste compartimento era fechada e a interação com o paciente interrompida, sendo solicitado que ele aguardasse a finalização da passagem de plantão para retornar à interação.

Embora exista um vidro que permita a visualização da parte interna do posto de enfermagem, a equipe assumia uma posição de modo a não permitir que o paciente tivesse acesso visual ao profissional que estava falando, impedindo uma possível leitura labial. Havia

por parte da equipe a percepção de que os pacientes pareciam desejar participar da passagem de plantão a fim de expor demandas, contribuir com informações ou, simplesmente, participar da conversa, o que lhe era vedado.

Tal prática revela resquícios do modelo de psiquiatria tradicional, centrado no profissional e marcado pela exclusão do paciente das decisões sobre seu próprio cuidado. Historicamente, esse modelo priorizou a fala técnica e a gestão da informação pela equipe, relegando ao paciente um papel passivo no processo assistencial (Amarante, Torre, 2018).

Esse paradigma asilar, ainda presente de forma implícita em algumas práticas, contrasta com os princípios do modelo psicossocial e participativo preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pela Política Nacional de Humanização, que reconhecem o paciente como sujeito ativo e corresponsável pelo seu tratamento (Amarante, Torre, 2018; Brasil, 2005).

Ao manter o paciente afastado física e comunicacionalmente do momento da passagem de plantão, a equipe não apenas restringe sua autonomia, mas também perde a oportunidade de incorporar informações relevantes sobre seu estado clínico e psicossocial, que só podem ser trazidas pelo próprio sujeito. Essa exclusão reitera barreiras históricas à participação e à corresponsabilização, reforçando a necessidade de reflexão crítica sobre o quanto práticas ainda ancoradas em lógicas institucionais tradicionais podem comprometer a integralidade e a humanização do cuidado em saúde mental.

Ao analisar essa exclusão, evidencia-se um afastamento dos princípios defendidos por Nietzsche, que propõe um cuidado orientado pela cidadania, consciência crítica e autonomia do sujeito em sofrimento psíquico. Na perspectiva da autora, a prática assistencial deve buscar empoderar o paciente como participante ativo nas decisões e nas trocas que definem seu cuidado.

A ausência de sua participação na passagem de turno, momento central de definição de condutas, inviabiliza a construção de vínculos horizontais e a corresponsabilização pelo processo terapêutico. Dessa forma, práticas herdadas do modelo psiquiátrico tradicional limitam o potencial de reabilitação psicossocial e de exercício da cidadania no ambiente hospitalar, indo de encontro aos componentes emancipatório e às diretrizes contemporâneas da atenção em saúde mental.

Figura 17 – Posto de enfermagem da Unidade de Emergência



Fonte: Pesquisadora, 2024.

A inclusão do paciente na passagem de plantão, conforme apontado pelos profissionais nas entrevistas favorece um ambiente de construção compartilhada do conhecimento em saúde, pautado pela horizontalidade e pelo diálogo. Ao abrir espaço para

que o paciente exponha suas percepções e reconheça sua própria evolução clínica, a equipe amplia a prática do cuidado colaborativo, em que os sentidos atribuídos à saúde e ao bem-estar não se limitam ao olhar técnico, mas são cocriados a partir da experiência vivida. Esse movimento, ao fortalecer dimensões de autonomia, participação ativa e exercício de direitos, aproxima-se de uma concepção de cuidado psicossocial orientado à reabilitação.

Essa perspectiva converge com Nietzsche, que defende uma assistência voltada à emancipação do sujeito. Sob essa ótica, a passagem de plantão ultrapassa a função técnico-administrativa e se transforma em espaço estratégico de corresponsabilização, fortalecimento de vínculos e qualificação da prática assistencial, assumindo caráter mais humano, reflexivo e integrador.

Os relatos dos profissionais, que percebem os potenciais benefícios dessa participação, como a melhora na relação com a equipe e o acompanhamento mais preciso da evolução clínica pelos próprios pacientes, reforçam essa perspectiva. No entanto, a falta de integração formal dos pacientes no processo de passagem de plantão revela uma disjunção entre a percepção de que a participação seria benéfica e as práticas institucionais estabelecidas, que ainda mantêm o paciente à margem.

Quando se busca uma tecnologia emancipatória em uma instituição psiquiátrica que tem leitos de internação, uma questão complexa a ser enfrentada é como lidar com a estrutura excludente comum a este tipo de instituição sem impossibilitar a implementação de recursos psicossociais. Uma tecnologia emancipatória de cuidado pode se transformar em um recurso fundamental às transformações assistenciais necessárias, envolvendo profissionais e usuários.

A transferência clínica é um momento estratégico para a segurança do paciente e a continuidade do cuidado, pois concentra informações essenciais sobre seu estado de saúde e evolução. A literatura demonstra que estratégias que incluem a participação ativa do paciente nesse momento podem ampliar a completude e a relevância das informações transmitidas, reduzindo falhas na comunicação entre equipe e paciente. No entanto, mesmo havendo indícios de que os pacientes desejam ser ouvidos, persiste a restrição à sua participação, reforçando um distanciamento que transcende a dimensão técnica (Olasoji *et al*, 2019; Oxelmark *et al*, 2020).

Sob a ótica de Nietzsche, essa limitação configura um obstáculo à construção de um cuidado fundamentado na emancipação do sujeito, na cidadania e na consciência crítica. Sem esses elementos, o paciente permanece como receptor passivo das condutas, privado de intervir no próprio processo terapêutico e de exercer seu papel de corresponsável pelo cuidado. Da mesma forma, o profissional que atua em um contexto desprovido dessas

diretrizes não terá subsídios éticos e práticos para fomentar a participação ativa, perpetuando um modelo assistencial hierarquizado.

Assim, incluir o paciente na passagem de plantão não significa apenas otimizar a comunicação clínica, mas também criar um espaço de interlocução horizontal, onde o conhecimento sobre o cuidado é construído coletivamente. Ao abrir essa possibilidade, a equipe não apenas potencializa a segurança e a eficácia do cuidado, mas também contribui para a formação de sujeitos mais autônomos e críticos, em consonância com as diretrizes contemporâneas de atenção psicossocial e com a proposta emancipatória defendida por Nietzsche.

Dentro da estrutura da passagem de plantão na Unidade de Emergência da instituição, a prática consolidada e validada pela equipe até a realização desta pesquisa não cogitava incluir o paciente nesse processo, o que reflete a cultura estigmatizante relacionada às pessoas com transtornos mentais, mais forte quando estas pessoas estão internadas em uma instituição especializada e não no hospital geral. Contudo, ciente dessa perspectiva cultural ainda em processo de desconstrução pelo avançar da reforma psiquiátrica, faz-se relevante analisar os apontamentos da equipe de enfermagem sobre as possíveis repercussões relacionadas à compreensão ou interpretação do paciente acerca do conteúdo das informações a seu respeito.

“Ele também pode não gostar do que ouvir e ficar contra a equipe, ficar com mais agitação psicomotora ou desconfiado da gente. Na emergência os pacientes são mais agudos, mas até mesmo na Unidade Feminina e na Masculina tem pacientes mais agudos e a gente pode falar alguma coisa e ele entender, interpretar outra, ou não entender” (entrevista 7, profissional enfermeiro, Phi 0,15).

“Não sei se eles participarem é uma boa, porque eles podem ouvir uma coisa e interpretar outra completamente diferente, aí ficar com agitação psicomotora, comportamento agressivo. Depende de cada paciente” (entrevista 5, profissional técnico de enfermagem, Phi 0,14).

Esses achados destacam uma preocupação recorrente nas práticas de enfermagem em saúde mental, que envolve o medo de que o paciente possa interpretar incorretamente ou reagir negativamente às informações discutidas durante a passagem de plantão. Essa resistência reflete não apenas questões práticas, como a preocupação com a agitação psicomotora e a fragilização da relação terapêutica ao gerar desconfiança da equipe, mas também uma cultura estigmatizante relacionada a pacientes com transtornos mentais, que

historicamente foram vistos como incapazes de participar de maneira ativa em seus cuidados (Tobiano *et al*, 2018; Olasoji *et al*, 2019; Oxelmark *et al*, 2020).

Nas falas destacadas anteriormente, é possível identificar a percepção dos profissionais de que os pacientes não conseguem compreender as coisas como elas são, como são ditas. Esta percepção se constitui de experiência e preconceito. Experiência porque pacientes com sintomas delirantes ou alucinatórios podem ter dificuldades de raciocínio diante da realidade, contudo, pacientes em tratamento tendem a reduzir esses sintomas retomando sua capacidade de compreensão da realidade. Nesse sentido, considerar o quadro clínico do paciente ao convidá-lo para participar da passagem de plantão é um ponto a ser discutido, pois em situação de crise ele vai interpretar fatos e mensagens ao seu modo sobre qualquer assunto e em qualquer momento, não estando este comportamento restrito à passagem de plantão.

Outros fatores desencorajadores na percepção da equipe evidenciados na literatura incluem: falta de confiança no discurso à frente do paciente, receio com o aumento do tempo da transferência, comprometimento da privacidade e da confidencialidade e a omissão de informações importantes devido à presença do paciente (Tobiano *et al*, 2018; Olasoji *et al*, 2019; Oxelmark *et al*, 2020).

Nos recortes abaixo, os profissionais de enfermagem entrevistados sugerem que, embora a participação do paciente possa trazer benefícios como o aumento do acolhimento e a percepção de estar sendo ouvido, deve haver momentos em que o paciente seja excluído para preservar a privacidade e a comunicação aberta entre os profissionais. Esta constatação reforça a construção coletiva de que há informações tratadas entre a equipe que precisam ser tratadas sem a presença do paciente.

Acho que dessa forma poderia funcionar, o paciente ter um momento com as duas equipes, a que está entrando e a que está saindo, para falar sobre si, participar dessa reunião entre as equipes dessa forma (entrevista 4, profissional enfermeiro, Phi 0,10).

Mas depois se retirando para que a equipe continue a passagem de plantão com privacidade. É uma forma de o paciente participar e acho que seria uma forma do paciente se sentir mais acolhido, de sentir ouvido (entrevista 4, profissional enfermeiro, Phi 0,09).

“Acho que de repente, dependendo da avaliação do paciente, dar um momento para que ele fale e depois o paciente saia e a gente possa continuar a passagem entre a equipe” (entrevista 3, profissional enfermeiro, Phi 0,07).

Os dados obtidos indicam que existem informações relacionadas ao ambiente, à rotina da unidade e a aspectos organizacionais que não dizem respeito diretamente ao paciente. Por essa razão, a equipe expressa o desejo de realizar a passagem de plantão em dois momentos distintos: um reservado apenas à comunicação entre profissionais, para tratar dessas questões e de dados sensíveis dos próprios pacientes, e outro, junto ao paciente, voltado especificamente para seu quadro clínico e psíquico, suas questões psicossociais e outros aspectos pessoais que queira compartilhar:

Embora a passagem de plantão seja definida como a comunicação entre as equipes de dois turnos, na qual ocorre a transferência de responsabilidade pelos pacientes e a troca de informações sobre eles e os cuidados pertinentes, a fim de guiar as decisões clínicas e priorizar necessidades na assistência para o próximo período de trabalho, além de oportunizar socialização, educação, desenvolvimento profissional e apoio emocional (Blaz; Staggers, 2012), na instituição em estudo esse momento também é utilizado para a comunicação de informes institucionais, alinhamento de rotinas, organização do ambiente e compartilhamento de acontecimentos relevantes da unidade. Dessa forma, sua função se estende para além das informações estritamente assistenciais, incorporando aspectos administrativos e organizacionais que sustentam o funcionamento diário do serviço.

Conforme evidenciado anteriormente, estudos sobre práticas seguras de passagem de plantão enfatizam a definição de um conteúdo mínimo e relevante, estruturado com ferramentas como SBAR ou ISBAR, mas também destacam a necessidade de adaptação ao contexto e atenção à confidencialidade (Tobiano *et al*, 2018).

Os dados revelaram que a equipe propôs dois momentos distintos: um com participação do paciente, focado em aspectos que envolvem sua experiência e entendimento, e outro exclusivo à equipe para tratar questões mais sensíveis do paciente, como impressões diagnósticas e observação de sintomas ainda não confirmados, da rotina do setor ou organizacionais. Essa prática, embora não explicitamente prevista nos protocolos apresentados, se articula bem com as recomendações internacionais que valorizam a flexibilidade e o preparo do conteúdo para cada situação assistencial.

Mais uma vez é necessário caracterizar o ambiente de cuidado em saúde mental, de modo que não se interprete a sugestão de haver dois momentos da passagem de plantão, sendo um deles sem a presença do paciente, como falta de ética na comunicação em saúde. Como recomendado nos códigos de ética de profissionais de saúde, o paciente é informado e esclarecido com a verdade sobre seu quadro de saúde. Todavia, em psiquiatria, a observação dos pacientes considera fortemente os sintomas subjetivos. Um exemplo disso, são quadros em que o paciente se sente perseguido, de modo que o medo faz com que ele demore a revelar

para a equipe pensamentos, sensações que o atormentam. Nesses casos, a equipe de enfermagem se comunica com seus pares, sem que o paciente tome conhecimento, a fim de ampliar a observação a construir estratégias para que o paciente revele seus sintomas e seja realizado adequado manejo do quadro e se implemente o cuidado psicossocial.

Assim, a equipe está indicando uma estratégia contextualizada e potencialmente eficaz de equilibrar a participação do paciente com a adequação e o direcionamento do conteúdo compartilhado, garantindo que cada momento de comunicação atenda de forma apropriada às necessidades assistenciais, organizacionais e de privacidade.

A equipe de enfermagem também identificou condições que precisam ser observadas para viabilizar a participação dos pacientes na passagem de plantão. Entre elas, destacam-se o número de pacientes que podem ser incluídos no espaço físico, a observação contínua do estado clínico e comportamental, já realizada rotineiramente pela equipe e a organização da atividade com os recursos disponíveis. Importante ressaltar que todos os pacientes devem ser convidados, de modo que a participação ocorra de forma voluntária e dentro das possibilidades clínicas de cada um.

O manejo das informações durante a passagem de plantão é conduzido pela própria equipe, que, por conhecer o quadro clínico dos pacientes ao longo do turno, está apta a orientar e sustentar uma participação segura. Um dos enfermeiros participantes citou como exemplo a sistemática em CTI:

“No CTI a passagem de plantão é à beira do leito, mas são menos pacientes, muitos intubados, mais profissionais, dá pra ser assim lá, mas aqui acho que teria que limitar o número de pacientes e tem que ver como ele vai estar naquele momento” (entrevista 7, profissional enfermeiro, Phi 0,11).

“Isso de deixar ele participar da passagem de plantão, acho que depende muito do paciente, se ele está com comportamento psicótico, se está com comportamento adequado pra participar disso. E como poderia ser? Todos os pacientes juntos? Como seria a dinâmica disso? Acho que depende do paciente, se ele está colaborativo, em condições de participar, se ele entende o que está acontecendo e se ele quer participar né?” (entrevista 5, profissional técnico de enfermagem, Phi 0,09).

“Se é um paciente que pode participar, isso tem que ser avaliado. E a gente também teria que limitar né, ah, vai ter que entrar um quando estivermos falando dele, aí vai sair e entrar o

outro, um não vai poder ouvir a passagem de plantão do outro, vai ser uma passagem muito mais demorada” (entrevista 7, profissional enfermeiro, Phi 0,07).

A partir do entendimento de que o conhecimento e as práticas de cuidado são negociados socialmente, essas falas expressam a maneira como a equipe de saúde mental compreende e gere o cuidado. Mas não podemos deixar de comentar o estigma que se faz presente quando em primeiro lugar vem a suposição de que os pacientes não têm condições, quando na verdade, são poucos os que comumente estão nessa situação quando a capacidade da unidade é restrita, como é o caso da emergência aqui estudada. Além disso, a inclusão dos pacientes na passagem de plantão pressupõe uma mudança de atitude dos profissionais em busca de horizontalidade a partir do diálogo e da participação voluntária.

Quando se trabalha com autonomia, interessa mais a vontade do paciente do que seu estado psíquico, pois caberá a ele decidir pela participação, que não se restringe apenas a ouvir o que os profissionais falam sobre ele, mas também se fazer presente como sujeito ativo do processo, com direito a voz.

Os participantes destacaram a importância de considerar se o paciente está colaborativo, capaz de compreender o que está acontecendo e se manifesta desejo de participar. Contudo, essa avaliação não se refere a um processo de triagem prévia, mas ao acompanhamento contínuo que a equipe realiza ao longo do turno. Por já conhecerem o estado clínico e comportamental dos pacientes, os profissionais não precisam determinar quem “pode” ou “não pode” participar: todos devem ser convidados, e a equipe conduz a comunicação conforme as condições observadas naquele momento.

Assim, a participação é ofertada de forma universal e o manejo da interação, facilitando, apoiando ou ajustando a fala do paciente, ocorre com base no conhecimento clínico acumulado pela equipe durante o cuidado. Com o tempo e a familiaridade com a prática, a tendência é que a participação se torne natural e integrada à rotina da unidade.

Esses pontos refletem a ideia de que a participação deve ser individualizada, dependendo da capacidade cognitiva e emocional do paciente em determinado momento. Contudo, a oportunidade de participar é anterior a esta questão, pois depende de uma atitude inclusiva da equipe e manejo adequado da interação com cada paciente de acordo com suas condições naquele momento. Pacientes em estado de psicose ou com comportamento inadequado podem não estar aptos a participar plenamente, o que requer uma avaliação contínua por parte da equipe, conforme sugerido por Olasoji *et al* (2019).

No entanto, é mister que o profissional de saúde mental detenha habilidades e competências de construção de relacionamentos, a capacidade de individualizar os cuidados e

de considerar perspectivas biopsicossociais (Tobiano *et al*, 2018). Por isso, diante dos achados do presente estudo, sugere-se o investimento na capacitação da equipe com o objetivo de desenvolver habilidades comunicacionais e disseminar uma atitude positiva para o envolvimento terapêutico com o paciente, afastando preconceitos e estigmas.

No estudo de Olasoji *et al* (2019), verificou-se que pacientes em contextos de saúde mental são capazes de contribuir para a passagem de plantão, inclusive sugerindo aspectos como local, conteúdo e parâmetros da comunicação. Os autores relatam que esses pacientes valorizam a oportunidade de esclarecer dúvidas, fazer perguntas e reconhecem a transparência proporcionada por sua participação nesse momento assistencial. (Olasoji *et al*, 2019).

Entende-se, então, que participar da passagem de plantão da enfermagem deve ser uma escolha do paciente acolhida pela equipe, decidida em processo terapêutico, que por sua vez, deve desenvolver estratégias personalizadas para proporcionar esse envolvimento de acordo com o estado psíquico, adaptando a dinâmica de participação conforme as limitações e capacidades individuais de cada um, tendo como sustentação os objetivos da reabilitação psicossocial.

A equipe sugere que o número de pacientes que podem participar da passagem de plantão deve ser limitado para garantir que o processo seja manejável e eficiente. Em ambientes como o CTI, conforme citado por um participante, a passagem de plantão é realizada à beira do leito devido ao menor número de pacientes e a maior disponibilidade de profissionais. Já em unidades de saúde mental, o cenário é mais complexo, com o ambiente físico e o estado psíquico dos pacientes variando significativamente. Uma nota de campo da pesquisadora questiona qual o local adequado para realizar a passagem de plantão com o paciente:

“Observação: Todos da rotina estão presentes, o posto é pequeno, fica muito tumultuado. O paciente ficaria bem ali ou seria melhor no leito dele?” (Nota de campo 3, categoria oportunidades de participação do paciente).

O trecho apresenta uma reflexão sobre as adaptações necessárias para incluir a participação do paciente na passagem de plantão em unidades de saúde mental, considerando as características específicas desses ambientes, cujo cuidado psicossocial é de fato realizado fora do leito e pode funcionar bem em espaços como salas de estar, varandas, pátios, entre outros onde se ofereça conforto aos envolvidos. A sugestão de que o número de pacientes seja limitado e que o ambiente físico seja ajustado reflete a complexidade do cuidado nesse contexto assistencial, que exige abordagens flexíveis e individualizadas.

Paul *et al* (2021) sugerem que, em vez de seguir o conceito de passagem de plantão "à beira do leito", pode ser mais adequado falar em "ao lado do paciente", adaptando o local para facilitar a participação e proporcionar um ambiente mais confortável. A configuração do espaço físico e a quantidade de pessoas presentes na troca são fatores que podem influenciar o conforto do paciente e a efetividade do processo.

Profissionais da enfermagem em saúde mental expressam muito conforto associado à prática tradicional de realizar a passagem de plantão em locais restritos à enfermagem. Questões específicas do contexto como o ambiente físico da Unidade, podem contribuir para uma atitude negativa em relação ao envolvimento do paciente (Paul *et al*, 2021).

A sistematização da passagem de plantão deve considerar a dinâmica do ambiente e a presença dos pacientes. Em espaços pequenos e tumultuados, pode ser mais adequado realizar a passagem de plantão à beira do leito ou ao lado do paciente. É essencial implementar estratégias e protocolos que considerem as condições individuais dos pacientes e modificações no ambiente para tornar a participação mais acessível e confortável. A capacitação da equipe com treinamentos regulares sobre comunicação inclusiva⁵ e manejo de pacientes psiquiátricos e o respeito à autonomia são fundamentais para o sucesso dessa prática (Olasoji *et al*, 2019; Paul *et al*, 2021).

2.1 Diagnóstico situacional da passagem de plantão da enfermagem

A análise dos resultados permitiu elaborar um diagnóstico situacional da passagem de plantão na Unidade de Emergência, discriminando as potencialidades e os problemas reconhecidos.

Quadro 10 – Diagnóstico situacional – potencialidades e problemas reconhecidos na passagem de plantão

Potencialidades	Problemas reconhecidos
Participação das equipes de serviço e rotina: abordagem colaborativa	A equipe não estava sempre completa

⁵ Comunicação inclusiva é uma abordagem de comunicação que visa incluir e engajar todos os indivíduos, independentemente de suas diferenças, como habilidades, cultura, gênero, idioma, nível de alfabetização, e status socioeconômico. Busca eliminar barreiras que possam impedir a participação plena e efetiva de todas as pessoas na comunicação. Na área da saúde, a simplificação de linguagem médica, o uso de ferramentas, tecnologias e recursos visuais são exemplos de estratégias empregadas.

Além do locutor, os demais envolvidos acrescentavam informações ou questionamentos	Informações inconsistentes no quadro de pacientes
Postura atenta, concentração para a atividade	Falta de protocolo/roteiro
Interrupções de distrações e priorização da passagem de plantão	A falta de registro gerava omissão de informações importantes
Alguns tomavam nota das informações que estavam recebendo	Informações importantes no contexto do cuidado diário de enfermagem eram suprimidas
Transmissão de condutas personalizadas	Uso de palavras não técnicas
Adaptações do ambiente eram mencionados	Abordagem de informações alheias ao serviço do setor
	Não havia avaliação do ambiente
	Embora parecessem desejar, os pacientes não participavam da passagem de plantão
Equipe reconhece os benefícios da participação do paciente na passagem de plantão	Percepção de que há informações que precisam ser omitidas do paciente
	Estabelecimento de condições para viabilizar a participação do paciente
	Espaço reduzido para a passagem de plantão

Fonte: Produção da pesquisadora, 2024.

Ao analisar o diagnóstico, a pesquisadora identificou que, apesar dos problemas reconhecidos e das preocupações da equipe de enfermagem com a competência mental dos pacientes e possíveis complicações decorrentes, há uma oportunidade significativa para melhorar a qualidade da passagem de plantão por meio da inclusão dos pacientes. A elaboração de estratégias personalizadas ao contexto, a capacitação adequada da equipe e a adoção de práticas de comunicação mais inclusivas podem transformar este processo, tornando-o mais colaborativo e seguro. Nesse sentido, o referencial de tecnologia emancipatória se molda às necessidades da proposta, uma vez que busca desenvolver elementos que levam a autonomia tanto dos usuários como dos profissionais.

2.2 Encontro convergente assistencial: da análise situacional à elaboração da proposta

Diante do diagnóstico situacional, optou-se pela formação de um grupo focalizado na realização de dinâmicas intencionais de coleta de dados. Conforme destacam Trentini e Paim (2004, p. 90), “nesse tecer da reunião, técnicas várias permitem ao grupo fornecer informações segundo a linha teórica de orientação da pesquisa e da perspectiva assistencial, que está valorizada no grupo”.

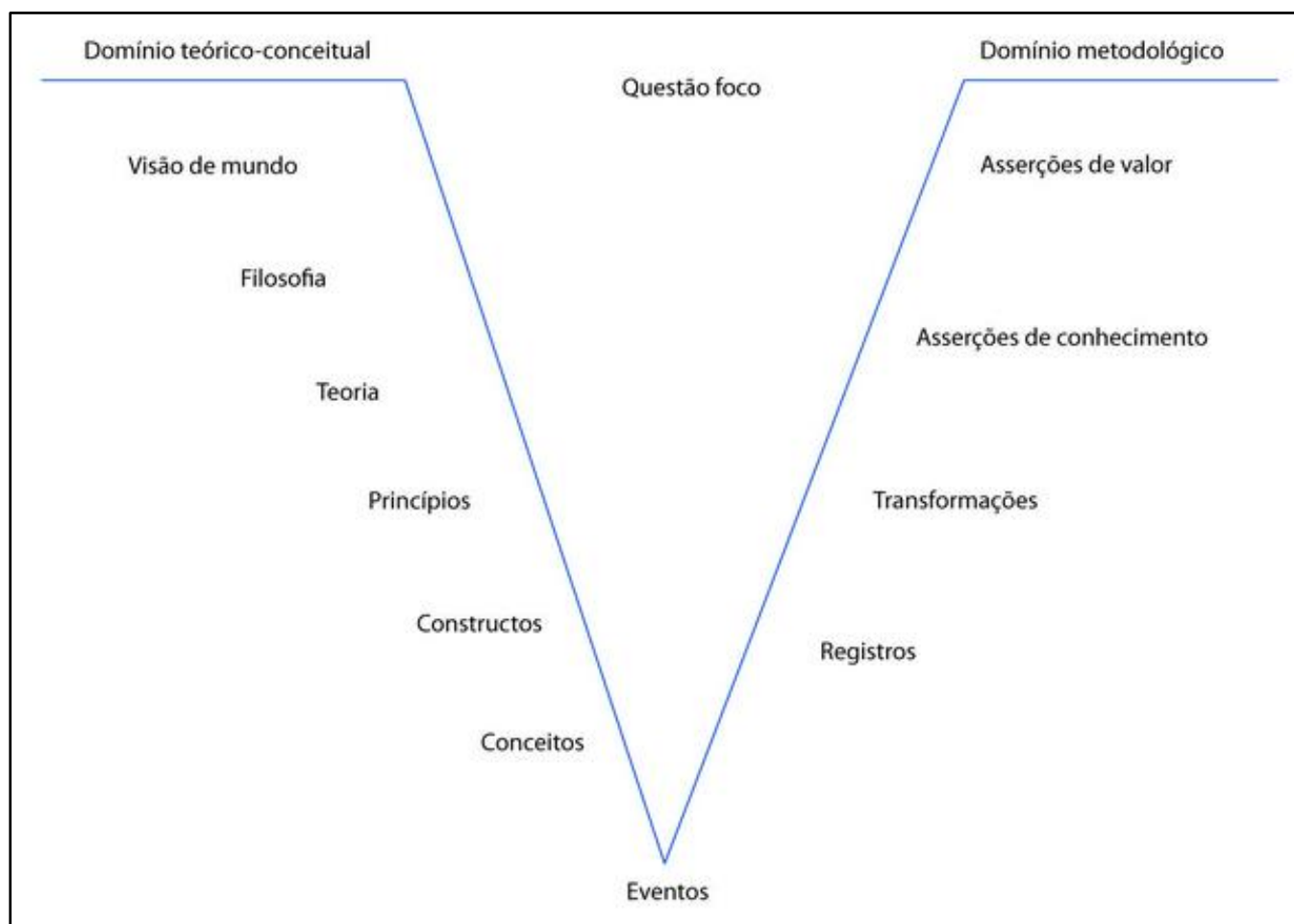
O Encontro A, de caráter convergente assistencial, seguiu o roteiro previamente elaborado (APÊNDICE D). Na abertura, a pesquisadora apresentou o objetivo de discutir, refletir e construir coletivamente um instrumento para a passagem de plantão com participação do paciente, concebido para ser prático e aplicável ao contexto da enfermagem psiquiátrica. Em seguida, foi exposto o diagnóstico situacional da passagem de plantão, estruturado de modo a evidenciar, com clareza e profundidade, as potencialidades e fragilidades do modelo vigente, oferecendo aos participantes um panorama abrangente e crítico para subsidiar a construção coletiva da nova proposta.

2.2.1 Reflexão estruturada sobre o diagnóstico situacional da passagem de plantão

No trabalho em grupo desta pesquisa, optou-se pelo caminho da reflexão estruturada como estratégia para a construção dos dados e, conseqüentemente, do conhecimento, mediante teorizações. Tal abordagem favorece uma nova forma de perceber determinada situação, conduzindo a ideias inovadoras, revelando temas de análise e possibilitando a formulação de soluções para problemas identificados. Essa ferramenta promove a avaliação crítica das experiências profissionais a partir de uma ponderação *pós-facto*, resultando em uma descrição sistemática de fatos e sentimentos, revisão do processo, identificação de lições aprendidas, reestruturação de soluções potenciais e elaboração de planos de ação (Zanchetta *et al*, 2021).

Para instrumentalizar essa reflexão, adotou-se o diagrama V de Gowin, que incentiva a integração entre os domínios teóricos e práticos/metodológicos do conhecimento em saúde e contribui para a construção e análise de boas práticas em uma perspectiva integradora teoria-prática. Com seu formato característico em “V”, o diagrama apresenta, no lado esquerdo, os elementos teórico-conceituais e, no lado direito, os elementos metodológicos. É utilizado tanto para orientar o desenvolvimento de pesquisas científicas quanto para avaliar documentos, programas e intervenções (Brandão *et al*, 2019).

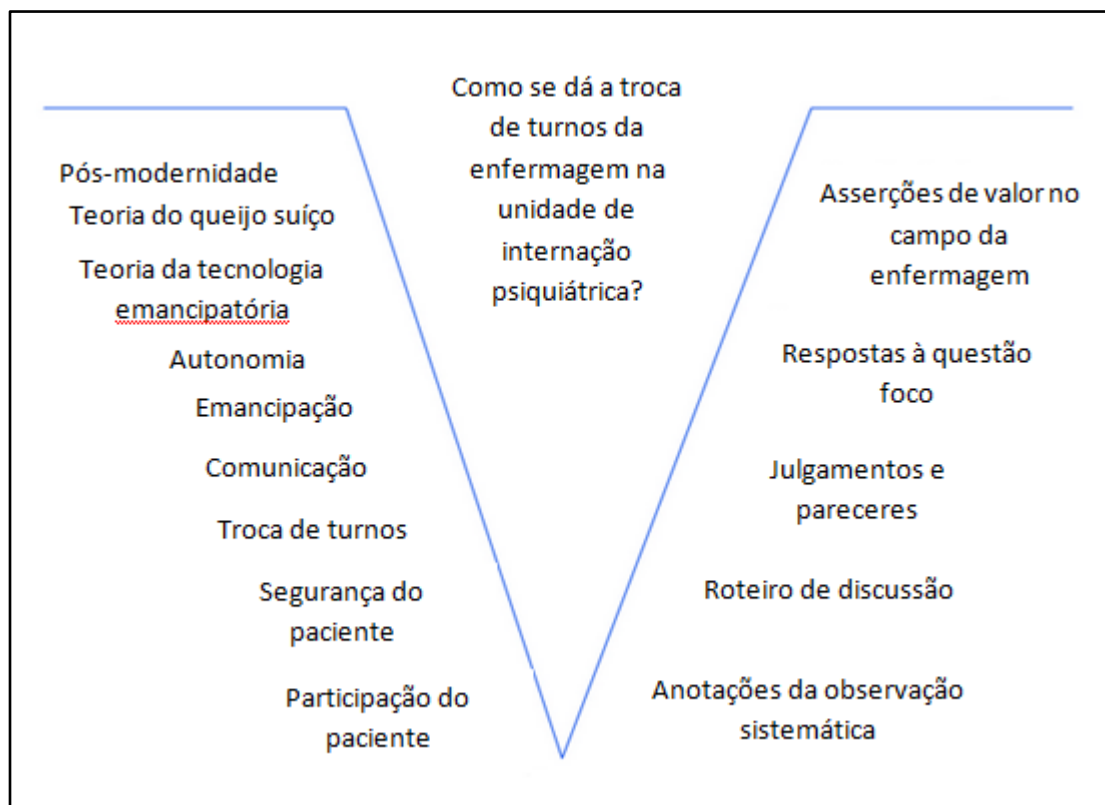
Figura 18 – Diagrama V de Gowin



Fonte: Brandão *et al*, 2019.

A aplicação do diagrama supra exposto no planejamento do encontro convergente assistencial da pesquisadora com os participantes da pesquisa gerou o seguinte produto:

Figura 19 – Aplicação do Diagrama V de Gowin para a reflexão estruturada com os participantes



Fonte: Produção da pesquisadora, 2025.

A pesquisadora apresentou os componentes do Diagrama V de Gowin, ressaltando a importância da clareza conceitual e do raciocínio crítico na análise do diagnóstico situacional, envolvendo a equipe em uma compreensão compartilhada dos desafios e das possibilidades de aprimoramento. Os participantes foram convidados a refletir sobre conceitos centrais como comunicação eficaz na passagem de plantão, segurança do paciente e participação do usuário como agente ativo no cuidado.

Assim, o Diagrama V foi utilizado como ferramenta de integração entre teoria e prática, conectando os referenciais teóricos às experiências concretas relatadas pela equipe e promovendo uma reflexão estruturada sobre as potencialidades e fragilidades identificadas. Sob a mediação da pesquisadora, os profissionais analisaram de que modo os princípios da segurança do paciente e da comunicação estruturada poderiam subsidiar estratégias para superar as barreiras observadas no cotidiano.

O grupo acolheu a atividade com interesse e manifestações de concordância, reconhecendo os pontos destacados como representativos de sua realidade assistencial. Alguns participantes relataram alívio ao perceber que as dificuldades não eram individuais,

mas compartilhadas, o que fortaleceu o sentimento de pertencimento e estimulou a colaboração coletiva.

A pesquisadora percebeu que este momento extrapolou a simples apresentação de resultados, configurando-se como um espaço em que os participantes se sentiram ouvidos e reconhecidos. O clima de acolhimento permitiu que o encontro fosse utilizado não apenas para discutir a pesquisa, mas também como oportunidade de compartilhar experiências e desafios cotidianos, ampliando a abertura para o diálogo e a troca entre os profissionais.

Nesse ambiente, alguns participantes trouxeram à tona problemas de comunicação que iam além da passagem de plantão, apontando falhas em outros processos assistenciais. Essa manifestação evidenciou que a pesquisa assumia relevância ampliada, funcionando como catalisador para o fortalecimento da comunicação institucional em benefício da qualidade do cuidado, da segurança do paciente e da satisfação da equipe.

A reflexão coletiva não apenas promoveu análise crítica dos desafios, mas também gerou um efeito motivador, estimulando os participantes a propor inovações e soluções práticas em uma atmosfera genuína de criação coletiva.

Nesse contexto, a pesquisadora apresentou o conceito de participação do paciente na passagem de plantão como uma inovação emancipatória, vinculando-o aos princípios de autonomia e segurança do cuidado. A ideia foi ilustrada com exemplos práticos e sustentada por fundamentação teórica, de modo a evidenciar seus benefícios potenciais, especialmente no fortalecimento da confiança, da comunicação e da corresponsabilidade terapêutica.

A exposição ocorreu de forma didática, ressaltando a viabilidade e a adaptabilidade da proposta ao contexto da saúde mental. Essa abordagem permitiu que os profissionais reconhecessem sua relevância e visualizassem possibilidades concretas de incorporação ao cenário assistencial. O grupo compreendeu que se tratava não apenas de um avanço técnico, mas também de uma valorização da relação terapêutica, capaz de ampliar a transparência, favorecer a colaboração e tornar o ambiente de cuidado mais harmonioso. Essa harmonia, por sua vez, foi associada à redução de intercorrências e ao fortalecimento da segurança do paciente, reafirmando a importância de estratégias que integrem equipe e usuários em uma dinâmica de corresponsabilidade.

Desta forma, a abordagem foi recebida de maneira positiva, especialmente por ter sido apresentada com exemplos práticos e embasamento teórico. Isso permitiu ao grupo visualizar com clareza as vantagens da estratégia, favorecendo sua aceitação como uma mudança possível e desejável no contexto da unidade e abrindo caminho para a construção coletiva do instrumento proposto.

As questões discutidas pelo grupo foram organizadas e fizeram emergir códigos e categorias durante o processo de análise reflexiva. As intervenções dos participantes que configuravam padrões de discurso e temas comuns foram agrupadas em categorias mais amplas e a cada novo código identificado, a pesquisadora apresentava ao grupo para validação, promovendo um diálogo aberto sobre a pertinência e a clareza das categorias emergentes. Esse processo iterativo permitiu ajustes e refinamentos contínuos, garantindo que cada categoria representasse fielmente as experiências compartilhadas.

A validação colaborativa dos códigos e categorias ocorreu em tempo real, com os participantes revisando e contribuindo ativamente para a definição final. Essa abordagem não apenas fortaleceu a fidedignidade dos dados, mas também engajou o grupo no processo de construção do conhecimento, promovendo um senso de coautoria e responsabilidade sobre os resultados obtidos. A seguir, apresenta-se o quadro com as categorias e códigos identificados:

Quadro 11 – Categorias e códigos emergidos no encontro convergente assistencial

Categorias	Códigos detalhados
Potencialidades identificadas	- Continuidade no cuidado ao paciente garantida pela realização consistente da prática. - Espaço de incentivo à troca de ideias e experiências entre profissionais. - Envolvimento ativo e comprometimento da equipe na passagem de plantão.
Fragilidades identificadas	- Ausência de roteiro padronizado para a passagem de plantão. - Variabilidade na forma de conduzir a passagem de plantão. - Interferência de tarefas militares ou administrativas na composição da equipe. - Registros de pacientes incompletos ou preenchidos de forma inadequada. - Ausência de inspeção sistemática do ambiente. - Ausência de conferência dos medicamentos separados pela equipe do turno anterior. - Ausência de conferência de chaves, identificação dos leitos, lacre do carro de parada e materiais do setor.
Barreiras à participação do	- Dificuldade de manutenção da privacidade durante a

paciente	passagem de plantão. - Prolongamento do tempo da atividade com a inclusão do paciente. - Resistência de alguns profissionais à mudança do modelo tradicional. - Limitações emocionais ou cognitivas dos pacientes. - Risco de reações ou interpretações equivocadas do paciente diante de informações sensíveis. - Dúvidas sobre a viabilidade operacional e o conforto da presença do paciente junto à equipe completa. - Inadequação do posto de enfermagem como local para participação. - Incerteza quanto à adequação do leito como espaço para essa interação. - Dificuldades de comunicação influenciadas pela hierarquia.
Percepções da equipe no grupo	- Sentimento de pertencimento e valorização ao serem ouvidos. - Reconhecimento da importância de espaços para compartilhar dificuldades. - Interesse em aprimorar e padronizar a comunicação. - Receptividade à inovação e à participação do paciente.
Propostas de melhoria	- Elaboração de protocolos estruturados. - Utilização de roteiros para padronização e registro da passagem de plantão. - Capacitação da equipe em comunicação inclusiva e gestão de conflitos. - Inclusão do paciente como parte integrante do processo assistencial.
Expectativas com a participação do paciente	- Percepção de que a participação pode reduzir intercorrências e fortalecer vínculos. - Expectativa de benefícios para a relação terapêutica e para o ambiente de trabalho.

Critérios e organização da participação do paciente

- Convite aberto a todos os pacientes, assegurando que cada um tenha a oportunidade de participar conforme suas condições no momento.
- Observação contínua das condições físicas, emocionais e cognitivas do paciente ao longo do turno, permitindo à equipe conduzir a interação de forma segura.
- Manejo de riscos de descompensação, com estratégias de acolhimento e possibilidade de interrupção segura da participação quando necessário.
- Garantia de um espaço controlado e adequado para favorecer a participação.
- Reconhecimento da necessidade de personalizar a dinâmica conforme as particularidades de cada paciente.
- Organização de um momento específico para a contribuição do paciente, seguido de espaço reservado para discussões internas da equipe, preservando informações sensíveis.

Fonte: Produção da pesquisadora, 2025.

A análise dos achados evidencia pontos que convergem com a literatura sobre comunicação em enfermagem psiquiátrica e participação do paciente na passagem de plantão. As categorias e códigos identificados corroboram dados amplamente discutidos por outros autores, ao mesmo tempo em que acrescentam nuances específicas do contexto da unidade de emergência psiquiátrica investigada.

A ausência de padronização na passagem de plantão, apontada como uma das principais fragilidades, é reconhecida pela literatura como fator crítico para falhas na comunicação em ambientes hospitalares. A inexistência de um roteiro padronizado resulta em inconsistências na transmissão de informações entre as equipes.

A heterogeneidade na condução da atividade também foi indicada como fator de risco para falhas de comunicação e perda de dados relevantes, achado em consonância com análises de Tobiano *et al* (2018) e Galatzan e Carrington (2018), que ressaltam a padronização como recurso essencial para minimizar erros e assegurar que informações críticas sejam transmitidas de forma clara e objetiva.

Outro ponto relevante identificado no estudo foram as barreiras que a equipe pontuou à participação do paciente na passagem de plantão. Esse comportamento, embora inicialmente

esperado em processos de mudança institucional, é sustentado por preocupações legítimas dos profissionais, como o receio de descompensação emocional dos pacientes, a dificuldade em lidar com informações sensíveis na presença deles e as barreiras estruturais do ambiente. Olasoji *et al* (2019) já haviam destacado esse desafio em suas investigações, evidenciando como o estigma relacionado aos transtornos mentais e as preocupações com a segurança podem limitar iniciativas de maior inclusão do paciente no processo assistencial. No entanto, o próprio grupo de participantes, ao longo do processo de reflexão e criação colaborativa, demonstrou abertura progressiva para repensar essas barreiras, reconhecendo o potencial emancipatório da proposta.

Os achados deste estudo também reforçam as evidências de que a participação do paciente em discussões sobre seu próprio cuidado contribui para o fortalecimento da relação terapêutica e para a promoção de um ambiente mais colaborativo e transparente. Oxelmark *et al* (2020) demonstram que pacientes que se sentem ouvidos e incluídos em decisões clínicas apresentam maior adesão ao tratamento e menor incidência de eventos adversos. Essa perspectiva foi corroborada pelas discussões do grupo, que apontaram expectativa de benefícios na relação terapêutica e no ambiente de trabalho com a inclusão do paciente nesse processo, evidenciando o potencial de melhorar significativamente a convivência e a confiança entre paciente e equipe.

Ademais, a reflexão coletiva revelou preocupações legítimas sobre privacidade, adequação do ambiente físico e formas de conduzir a participação do paciente na passagem de plantão. Contudo, o grupo não percebeu que essas mesmas questões já fazem parte da rotina assistencial da enfermagem ao longo de todo o turno. A equipe passa horas interagindo com o paciente internado, manejando seu quadro clínico, emocional e comportamental em diferentes situações, independentemente de seu estado mental naquele momento.

Assim, durante a participação na passagem de plantão, a equipe apenas mantém as mesmas estratégias de cuidado já utilizadas nas demais atividades do turno. Se um paciente em estado delirante, por exemplo, expressa desejo de participar, a equipe abre espaço para sua fala, acolhe, escuta ativamente e respeita sua condição. Ao término, agradece sua contribuição e conduz a sequência da atividade. Dessa forma, a participação passa a ser manejada com naturalidade, sensibilidade e segurança, alinhada às práticas usuais de cuidado e às particularidades de cada paciente.

Este estudo não apenas confirma dados já discutidos na literatura, mas também aprofunda a compreensão sobre os desafios e as oportunidades envolvidos na implementação de uma passagem de plantão participativa em contextos psiquiátricos, inclusive mostrando que a complexidade é para todos os cuidados e não somente para a passagem de plantão

participativa. Os resultados evidenciam a necessidade de abordagens colaborativas e de processos formativos contínuos para a equipe, que possibilitem superar resistências e promover uma cultura assistencial centrada no paciente, segura e humanizada. Além disso, sinalizam a relevância de políticas institucionais que favoreçam a criação de ambientes propícios à inclusão do paciente, com recursos estruturais, apoio gerencial e incentivo ao desenvolvimento de competências comunicacionais pelos profissionais.

2.3 Impactos ampliados do encontro de construção coletiva no processo de passagem de plantão

O encontro de construção coletiva realizado com a equipe de enfermagem revelou-se uma estratégia metodológica não apenas eficaz para o desenvolvimento da proposta de participação do paciente na passagem de plantão, mas também um espaço fértil para o aprimoramento de práticas assistenciais estabelecidas. A metodologia utilizada promoveu um ambiente colaborativo que permitiu a identificação e reflexão sobre aspectos críticos da passagem de plantão, ampliando o escopo dos resultados inicialmente previstos.

Durante o encontro, a utilização de técnicas participativas, como a reflexão estruturada e a aplicação do Diagrama V de Gowin, favoreceu o engajamento dos profissionais, proporcionando um espaço seguro para expressão de percepções, críticas e sugestões. Os participantes demonstraram um envolvimento significativo ao analisar as práticas vigentes, destacando pontos frágeis do processo de passagem de plantão que extrapolavam a proposta inicial de inclusão do paciente. A atividade evidenciou a capacidade da equipe em refletir criticamente sobre sua própria prática e identificar lacunas que impactam diretamente a qualidade e a segurança do cuidado prestado.

Além das questões diretamente relacionadas à comunicação, foram identificadas outras fragilidades estruturais e organizacionais que comprometem a eficácia do processo assistencial.

A interferência de tarefas militares e administrativas durante o período da passagem de plantão foi apontada como um fator que compromete a disponibilidade e a atenção da equipe para essa atividade crítica. Além disso, foram mencionadas falhas nos registros dos pacientes, muitas vezes incompletos ou desatualizados, o que dificulta o acompanhamento adequado do quadro clínico e a continuidade do plano terapêutico.

Outro ponto destacado pelo grupo foi a ausência de inspeção sistemática do ambiente durante a passagem de plantão, evidenciando uma lacuna significativa na promoção da segurança do paciente em unidades de saúde mental. Avaliações ambientais sistemáticas são

essenciais para identificar e mitigar riscos potenciais, permitindo que o ambiente seja ajustado de acordo com as necessidades específicas dos pacientes.

Tavares, Peres e Silva (2022) corroboram essa perspectiva ao destacar que, no contexto psiquiátrico, falhas ambientais representam um risco adicional para a segurança do paciente, já que objetos presentes no ambiente podem ser utilizados como armas ou instrumentos de autolesão. A ausência de inspeções regulares aumenta a vulnerabilidade tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, criando situações que poderiam ser evitadas com práticas padronizadas de vigilância e controle ambiental. Esses achados reforçam a necessidade de implementar protocolos estruturados de avaliação ambiental durante a passagem de plantão, garantindo que potenciais riscos sejam identificados e neutralizados de forma proativa, contribuindo para um ambiente mais seguro e alinhado às diretrizes de segurança do paciente em saúde mental.

A falta de conferência de itens essenciais, como medicamentos separados para o turno subsequente, chaves, identificações dos leitos, lacres dos carros de parada e outros materiais críticos, foi identificada como uma falha que pode comprometer tanto a segurança do paciente quanto a organização do setor. A passagem de plantão é um momento crucial para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado e a ausência de um processo sistemático de verificação desses itens pode comprometer significativamente a organização do setor e ocasionar falta de recursos para os atendimentos, expondo os pacientes a riscos evitáveis. Para mitigar esses eventos, é fundamental adotar ferramentas e metodologias eficazes que permitam identificar problemas e aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde. Esses processos não apenas asseguram a continuidade e a segurança do atendimento, mas também minimizam o risco de falhas que possam comprometer a qualidade da assistência prestada aos pacientes (Gomes; Euzébio; Oliveira, 2023).

Além disso, em ambientes psiquiátricos, onde o controle de acesso a objetos potencialmente perigosos é vital, a negligência na conferência de itens como chaves e lacres pode expor pacientes e equipe a riscos adicionais. Dessa forma, a implementação de *checklists* estruturados e a padronização desses processos são medidas essenciais para assegurar a segurança do paciente, garantir a prontidão dos recursos e manter a integridade das práticas assistenciais.

A análise coletiva dessas fragilidades durante o encontro de construção coletiva demonstrou que a atividade foi além do seu objetivo inicial, promovendo um espaço de reflexão e aprimoramento das práticas assistenciais. A troca de experiências e percepções entre os profissionais favoreceu a construção de um entendimento mais amplo sobre os

desafios enfrentados no cotidiano da unidade e estimulou a proposição de estratégias de melhoria que vão além da participação do paciente.

A metodologia aplicada evidenciou a importância de espaços colaborativos para o desenvolvimento de soluções assistenciais, permitindo que a própria equipe identifique e proponha melhorias nos processos em que estão diretamente envolvidos. O encontro colaborativo não apenas contribuiu para a formulação do instrumento de passagem de plantão com participação do paciente, mas também gerou insights valiosos sobre a necessidade de padronização de processos, aprimoramento da comunicação e organização do ambiente de trabalho, o que confere a PCA qualidades tais como foram pensadas por suas autoras, de convergir prática assistencial e pesquisa, com vantagens para os usuários dos serviços de saúde.

Assim, os impactos ampliados deste encontro demonstram o potencial transformador das metodologias participativas em contextos assistenciais, promovendo não apenas o desenvolvimento de tecnologias emancipatórias, mas também o fortalecimento das práticas de cuidado por meio da reflexão crítica e do engajamento coletivo. O processo revelou que a criação de espaços de escuta e criação compartilhada contribui significativamente para a qualificação dos serviços de saúde, promovendo um cuidado mais seguro, humanizado e centrado no paciente.

CAPÍTULO 3

Tecnologia emancipatória de passagem de plantão da enfermagem com a participação do paciente na Unidade de Emergência

Por conseguinte, construiu-se coletivamente o produto tecnológico, fundamentado nos códigos e categorias previamente identificados nas discussões e reflexões emergidas durante o encontro de construção coletiva. Esse processo, orientado pela metodologia da PCA, permitiu que o conhecimento científico dialogasse com a experiência prática da equipe, garantindo legitimidade, aplicabilidade e aderência do instrumento à realidade assistencial. Tal convergência entre pesquisa e prática caracteriza o rigor metodológico da PCA, na medida em que o produto emerge das demandas do campo e retorna a ele como intervenção qualificada.

As barreiras e fragilidades reconhecidas pelos profissionais, como a ausência de padronização da passagem de plantão e as preocupações com a dinâmica da prática assistencial, foram determinantes para moldar um protocolo que fosse, simultaneamente, estruturado, flexível e sensível às especificidades da emergência psiquiátrica. Paralelamente, as potencialidades identificadas, como o fortalecimento da relação terapêutica, a ampliação da participação do paciente e a continuidade do cuidado, foram incorporadas como pilares centrais do instrumento.

Importante destacar que os participantes contribuíram coletiva e diretamente na definição dos itens do protocolo, revisando, discutindo e validando cada proposta apresentada, o que reforça seu caráter colaborativo e amplia suas possibilidades de incorporação no cotidiano assistencial. Esse processo dialógico confere ao produto não apenas legitimidade prática, mas também densidade ética e política, alinhando-se à concepção de tecnologias leves em saúde, que valorizam a comunicação, o vínculo e a corresponsabilização no cuidado.

O protocolo de passagem de plantão participativa pode ser compreendido como uma tecnologia leve-dura emancipatória que organiza a comunicação entre profissionais e paciente, favorecendo a continuidade do cuidado e a corresponsabilização. Estudos recentes indicam que a participação ativa do paciente na passagem de plantão (*bedside handover*) é associada à melhora da qualidade do cuidado percebido e a tratamentos mais personalizados (Ghosh *et al.*, 2025), além de ser uma das principais estratégias identificadas para promover a continuidade assistencial e segurança do paciente (Silva *et al.*, 2024).

No campo da saúde mental, a literatura também ressalta a importância de incluir o paciente nas decisões de cuidado, embora desafios práticos ainda existam para sua efetivação (Jørgensen, 2024). Em consonância com esses achados, o protocolo aqui produzido não

apenas organiza a passagem de plantão, mas materializa princípios teóricos amplamente discutidos na literatura ao articular comunicação eficaz, dignidade e engajamento em micropráticas institucionais.

A seguir, apresenta-se o Protocolo de Passagem de Plantão Participativa, criado no grupo de convergência. Cabe destacar que os itens que compõem o protocolo foram sugeridos e validados pelos próprios participantes durante o encontro coletivo, garantindo que o instrumento refletisse fielmente as demandas práticas da equipe e se mantivesse aderente ao contexto real da unidade

3.1 Protocolo de Passagem de Plantão Participativa

Objetivo:

Incluir uma tecnologia de cuidado emancipatório de enfermagem na passagem de plantão, concedendo o direito de participação ativa e voz ao paciente como estratégia para fortalecer a segurança, qualificar o cuidado, intensificar a relação terapêutica e promover a reabilitação psicossocial.

Responsáveis pela aplicação:

Participarão da atividade todos os técnicos de enfermagem e o enfermeiro supervisor do turno que está iniciando, além do técnico mais antigo e o enfermeiro supervisor do turno que está se encerrando. Essa configuração favorece a continuidade das informações, garante referência para eventuais esclarecimentos e mantém o ambiente organizado, evitando excesso de pessoas e preservando o conforto do paciente durante a participação.

Ao organizar a presença da equipe, busca-se criar um ambiente acolhedor e favorável ao diálogo entre paciente e profissionais, garantindo a transmissão clara das informações essenciais. Caso outro integrante da equipe deseje participar e contribuir com informações, poderá se juntar ao grupo, somando à estrutura necessária para a passagem de plantão, sem limitar a participação de profissionais interessados em acompanhar ou colaborar com o processo.

Ao longo do plantão, o enfermeiro supervisor registra as informações essenciais sobre o paciente no instrumento, reunindo dados provenientes da observação direta e da equipe técnica que o acompanhou. Dessa forma, quando ocorre a passagem de plantão, as informações já estão organizadas e atualizadas, facilitando a continuidade da assistência.

Critérios para a participação do paciente:

A participação do paciente na passagem de plantão na Unidade de Emergência é um direito de todos os pacientes nela internados e será incentivada, considerando as especificidades da clínica psiquiátrica e reconhecendo que manifestações como delírios, alterações de comportamento e resistência podem estar presentes, mas não necessariamente constituem impedimentos. Os critérios são:

a) Consentimento presumido e flexível:

O convite será feito a todos os pacientes, respeitando sempre a autonomia e o direito de recusa. Caso o paciente manifeste desconforto ou recuse explicitamente, sua decisão será respeitada.

b) Critérios de segurança para participação:

Em situações de risco evidente para o paciente ou para a equipe, como agitação intensa, comportamento agressivo ou instabilidade clínica, a equipe deverá manejar a participação do paciente em continuidade ao cuidado, de modo a preservar a segurança e o bem-estar de todos.

A presença de delírios, agitação leve, desorganização do pensamento ou alteração psicótica não constitui, por si só, impedimento para a participação. Nesses casos, a equipe acolhe, escuta e conduz a interação da mesma forma que realiza em qualquer outra atividade assistencial ao longo do plantão, respeitando a condição clínica e emocional do paciente naquele momento.

Quando houver risco evidente, o profissional poderá intervir para proteger o paciente e o grupo, retomando a participação assim que houver melhora do quadro clínico ou psíquico. Essa condução reforça a flexibilidade, o respeito ao processo terapêutico e a manutenção da participação como parte integrante do cuidado.

d) Capacidade de comunicação básica:

Não é necessário que o paciente compreenda todos os detalhes discutidos, mas deve apresentar capacidade mínima de interação, mesmo que limitada.

Pacientes que não consigam se expressar verbalmente, mas demonstram entendimento básico por gestos ou expressões faciais, também poderão participar.

e) Flexibilidade e revisão contínua:

A elegibilidade para participação será revista diariamente, considerando o estado clínico e psíquico do paciente e sua disponibilidade subjetiva para se envolver no processo. Todos os pacientes são convidados e cada um participa conforme suas condições no momento, podendo entrar, contribuir, permanecer em silêncio ou retirar-se quando desejar, sem que isso represente impedimento ou avaliação de inadequação. A participação pode ser retomada em outro momento, acompanhando o curso terapêutico e as experiências vividas ao longo da internação.

Dinâmica da participação:

a) Frequência semanal:

Dois dias por semana serão destinados à participação dos pacientes na passagem de plantão, considerando as rotinas da instituição e a disponibilidade da equipe. A presença do paciente é compreendida como parte integrante do cuidado psicossocial e ocorre de forma concomitante à passagem de plantão.

Trata-se de uma mudança no modo de realizar o cuidado, incorporando a participação como elemento natural da comunicação assistencial. O rodízio semanal permite a consolidação gradual dessa prática, garantindo que a participação seja significativa e harmonizada aos fluxos de trabalho já existentes.

b) Participação individual:

A passagem de plantão será realizada de forma individualizada, com a presença de apenas um paciente por vez, restrita às informações referentes ao seu próprio cuidado. Essa abordagem visa preservar a privacidade e confidencialidade, além de oferecer um espaço seguro e acolhedor para que o paciente se sinta confortável em interagir com a equipe.

É importante salientar que também subsidiou esta configuração o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017), que determina o sigilo das informações sobre o paciente e garante a privacidade e a confidencialidade de suas informações pessoais.

O local será definido de forma flexível, de acordo com as condições do momento e as preferências do paciente. Sempre que possível, a passagem de plantão ocorrerá no leito ou quarto do paciente, em ambiente familiar e confortável. Outras opções, como áreas comuns da unidade ou espaços reservados, poderão ser utilizadas desde que assegurem privacidade e segurança.

A decisão sobre o local considerará o estado clínico, a disposição do paciente para participar e as dinâmicas internas da unidade, permitindo adequação às realidades diárias do serviço.

d) Interação ativa:

Durante a passagem de plantão, o paciente será incentivado a participar ativamente, podendo fazer acréscimos, comentários ou perguntas enquanto seu plano de cuidados é discutido. Essa interação fortalece o vínculo terapêutico, estimula a autonomia e promove maior engajamento no tratamento.

Caso o paciente manifeste dúvidas ou preocupações, a equipe deverá acolhê-las com atenção e sensibilidade, oferecendo respostas que reforcem a confiança e a compreensão do cuidado prestado. Se houver resistência ou desconforto, a equipe poderá ajustar o nível de interação, sempre priorizando o bem-estar e a estabilidade emocional do paciente.

Os profissionais devem permanecer atentos a sinais de descompensação emocional e, se necessário, encerrar ou interromper o processo de forma cuidadosa, evitando situações de risco ou desconforto adicional.

Assuntos sensíveis e cuidados na comunicação:

Durante o desenvolvimento do instrumento de passagem de plantão com a participação do paciente, a equipe discutiu cuidadosamente quais tópicos poderiam ser abordados diretamente e quais exigiriam maior cautela. O objetivo central foi equilibrar transparência, inclusão e corresponsabilidade do paciente em seu cuidado com a proteção de seu bem-estar emocional e psicológico, respeitando seu direito à dignidade, à privacidade e à autonomia, especialmente no contexto da internação psiquiátrica.

Embora alguns tópicos sensíveis tenham sido incluídos no instrumento, definiram-se cuidados específicos sobre como abordá-los, utilizando linguagem clara, empática e adaptada, para evitar constrangimentos ou reações adversas. Os participantes destacaram que informações como motivo da internação, uso de medicamentos, mudanças comportamentais e aspectos de higiene pessoal deveriam ser comunicadas de forma cuidadosa, preservando a integridade emocional do paciente e evitando exposição desnecessária.

A seguir relacionam-se os assuntos que demandam cautela ou abordagem restrita:

a) Motivo da internação e comorbidades:

São informações essenciais para a prática clínica, mas, quando abordadas na presença do paciente, devem ser tratadas de forma geral e não diagnóstica, evitando termos técnicos que possam gerar estigma ou ansiedade.

b) Mudanças comportamentais observadas:

Podem ser compartilhadas com o paciente de forma acolhedora e sem julgamentos, priorizando termos suaves e descritivos (“mais inquieto”, “um pouco pensativo”), em vez de expressões que reforcem estigmas. Nesses casos, o paciente pode ser convidado a falar como se sentiu no período.

c) Medicamentos previstos:

Considerando que o paciente pode não ter ciência de todas as medicações administradas (especialmente em casos em que são maceradas ou diluídas) e que informar sobre ajustes ou novos medicamentos pode ser mal interpretado ou gerar resistência ao tratamento, essa informação será abordada de forma cuidadosa, considerando as informações passadas a ele pelo médico prescritor.

d) Higiene:

Tema potencialmente constrangedor, devendo ser abordado com frases empáticas e propositivas (“O cuidado do banho não foi realizado durante o turno. Podemos organizar um banho se você quiser”), evitando expor diretamente recusas anteriores.

e) Assuntos sensíveis:

Questões envolvendo prognósticos desfavoráveis, conflitos familiares ou disciplinares não devem ser discutidas na presença do paciente durante a passagem de plantão participativa. Esses temas são reservados ao espaço exclusivo da equipe de enfermagem, garantindo a continuidade do cuidado sem comprometer a confiança e a relação terapêutica.

Assim, os assuntos que poderiam ameaçar a privacidade, a segurança emocional ou a autonomia do paciente permanecem restritos à passagem técnica entre profissionais. Essa prática não exclui o direito de o paciente ser informado sobre seu tratamento ou que ele próprio toque nesses temas sensíveis, mas garante sua liberdade para decidir falar ou não, bem como que tal informação seja transmitida em momento oportuno, com linguagem adequada e suporte necessário, evitando sofrimento desnecessário. Esse cuidado ético na comunicação visa fortalecer o vínculo terapêutico e criar um ambiente de respeito, inclusão e proteção, favorecendo a humanização da assistência em saúde mental.

Observações adicionais:

- a) Utilizar sempre linguagem respeitosa, acessível e livre de jargões técnicos.
- b) Evitar palavras que possam carregar conotação negativa (“problema”, “difícil”), optando por termos mais neutros.
- c) Adaptar o instrumento de acordo com a individualidade de cada paciente, respeitando seu direito de escolha, seu estado clínico e seu momento terapêutico.
- d) Revisar periodicamente a eficácia do instrumento, ajustando-o conforme o feedback da equipe e a experiência vivida com os pacientes, assegurando sua constante melhoria.

A PCA resultou no seguinte modelo de formulário para ser aplicado na Unidade de Emergência, com vistas a subsidiar a passagem de plantão com a participação do paciente:

Figura 20 – Formulário de Passagem de Plantão Participativa



UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE MENTAL

FORMULÁRIO DE PASSAGEM DE PLANTÃO PARTICIPATIVA

Unidade de Emergência

Nome do paciente: _____ Data: _____

Consentimento e participação

O instrumento será aplicado sistematicamente a todos os pacientes, conforme suas condições no momento. Em caso de recusa, essa manifestação deve ser registrada no prontuário, respeitando-se a decisão do paciente e mantendo-se aberto o convite para futuras oportunidades.

1. Comunicação inicial: apresentar equipe e explicar objetivo da atividade.

Apresentar o paciente de forma cordata: Dizer o nome dele e destacar suas características positivas (cooperativo, comunicativo, otimista, generoso, etc.).

2. Informações do cuidado (sempre perguntar se o paciente deseja complementar)

a) Motivo da internação, comorbidades e alergias:

b) Estado de socialização do paciente: como se comunicou e interagiu ao longo do turno, incluindo participação em atividades, vínculo e contatos com a rede de apoio, comportamentos e atitudes observados, além de sentimentos expressos ou percebidos na convivência.

c) Estado clínico e alterações observadas: se permaneceu estável ou apresentou alterações clínicas significativas, incluindo piora ou melhora do quadro, sintomas referidos, sinais de instabilidade, efeitos adversos de medicamentos, mudanças comportamentais e outras intercorrências relevantes.

d) Precauções específicas: Registre a existência de precauções relevantes, como risco de queda, precauções de contato, ou outras observações necessárias.

e) Padrão de sono: se apresentou sono preservado, interrompido, insônia ou sonolência excessiva.

f) Autonomia do paciente para alimentação e hidratação: se a ingestão foi adequada, parcial ou insuficiente, indicando eventuais recusas, dificuldades observadas e a necessidade de auxílio para realizar a alimentação ou a hidratação.

g) Eliminações fisiológicas: se ocorreram eliminações dentro do padrão esperado, constipação, diarreia, incontinência ou uso de dispositivos (ex.: fralda, sonda).

h) Higiene corporal e autocuidado: autonomia do paciente para realizar as atividades de higiene corporal e oral, descrevendo se foram realizadas de forma independente, com auxílio parcial, dependente ou se houve recusa.

i) Planos e cuidados para o turno e próximos turnos: exames e consultas agendados, medicações e procedimentos previstos, orientações clínicas relevantes, encaminhamentos para outras áreas e necessidades práticas de acompanhamento.

3. Voz do paciente: mesmo que o paciente tenha complementado informações anteriores, ele deve ser convidado a falar neste momento.

4. Restrito à enfermagem: registrar temas que demandam cautela na abordagem, pois podem gerar constrangimento, sofrimento ou resistência quando expostos na presença do paciente.

a) Aspectos do tratamento (medicações, condutas clínicas e ajustes terapêuticos):

b) Situações clínicas e comportamentais sensíveis: contemplar observações que, se verbalizadas diante do paciente, possam gerar constrangimento, estigmatização ou conflitos, comprometendo a relação terapêutica.

c) Outros assuntos delicados: Questões de ordem prognóstica, familiar ou disciplinar.

Enfermeiro passando o plantão: _____

Fonte: Produção da pesquisadora, 2025.

Assim, o Formulário de Passagem de Plantão Participativa constitui-se como a materialização prática do protocolo, traduzindo em registro estruturado os princípios de integralidade, humanização e corresponsabilidade que orientaram sua construção. Ao padronizar a comunicação, protege a continuidade e a segurança da assistência, ao mesmo tempo em que reafirma o direito do paciente de ser ouvido e reconhecido como sujeito ativo do cuidado. Dessa forma, o instrumento não se limita a um roteiro administrativo, mas se consolida como tecnologia emancipatória, capaz de qualificar a prática profissional, fortalecer vínculos terapêuticos e aproximar a enfermagem dos ideais da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial.

Encerrada essa etapa de descrição e consolidação do protocolo, torna-se pertinente avançar para a análise de seu potencial emancipatório, examinando em que medida essa tecnologia favorece a participação ativa do paciente, a horizontalização das relações de cuidado e a transformação das práticas em saúde mental.

CAPÍTULO 4 – Análise do potencial emancipatório da tecnologia de passagem de plantão com a participação do paciente

A construção do Protocolo de Passagem de Plantão Participativa representou não apenas a elaboração de um instrumento organizacional, mas também a materialização de uma prática inovadora, que se insere no campo das tecnologias emancipatórias em enfermagem.

O objetivo deste capítulo é analisar o potencial emancipatório do protocolo à luz da perspectiva de Nietzsche, identificando como os componentes emancipatórios se expressam na prática proposta e em que medida contribuem para transformar a relação entre equipe de enfermagem e paciente na internação psiquiátrica.

A avaliação do potencial emancipatório das tecnologias de enfermagem fundamenta-se na identificação de indícios de exercício da consciência crítica, da cidadania, da liberdade e da autonomia, compreendidos como componentes interdependentes que conferem à prática assistencial um caráter transformador. Esses elementos não são estáticos, mas processuais, expressando-se no modo como profissionais e clientela interagem, constroem significados e se reconhecem como sujeitos históricos capazes de intervir na realidade.

4.1 Análise dos componentes da consciência crítica

O exercício da consciência crítica, conforme Nietzsche (1999), manifesta-se no movimento de ação–reflexão–ação, superando posturas ingênuas e imediatistas e favorecendo análises causais, revisão contínua das práticas e construção de alternativas transformadoras. No Protocolo de Passagem de Plantão Participativa, essa dinâmica envolve dois polos complementares: o paciente, que deixa de ocupar posição passiva e passa a reconhecer-se como sujeito histórico, capaz de interpretar e intervir em seu processo de cuidado; e o profissional, que é provocado a repensar sua prática, deslocando-a de um enfoque meramente técnico para uma postura crítica, ética e política.

Nessa perspectiva, o protocolo alinha-se aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois reafirma a necessidade de práticas horizontais, dialógicas e inclusivas que favoreçam a reabilitação psicossocial, a valorização da experiência de vida do paciente e a desconstrução de modelos excludentes. A consciência crítica se torna, assim, um eixo estruturante para a prática emancipatória: orienta a equipe a escutar, analisar e transformar, ao mesmo tempo em que legitima a participação do paciente como corresponsável pelo cuidado. A seguir, são examinados os sete componentes da consciência crítica propostos por Nietzsche

articulados ao protocolo construído, evidenciando como cada um se manifesta e amplia seu potencial emancipatório.

CC1 – Integralidade

Paciente: a integralidade permite que o paciente seja visto em sua singularidade, reconhecendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais que atravessam sua experiência de adoecimento. Quando a equipe de enfermagem conduz a passagem de plantão com foco relacional e dialógico, essa rotina institucional passa a funcionar como um momento de cuidado ampliado, integrando elementos psicossociais e fortalecendo o vínculo terapêutico. Nesse sentido, a tecnologia não está na passagem em si, mas na forma como a enfermagem a reinventa, alinhando-a aos princípios da Reforma Psiquiátrica e aos pressupostos da tecnologia emancipatória, de modo a incorporar o cuidado psicossocial de forma contínua.

Profissional: é instigado a romper com uma visão biomédica e fragmentada, reconhecendo que integralidade implica articular dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Essa prática o estimula a planejar condutas mais holísticas e a se alinhar a políticas públicas que preconizam cuidado humanizado e centrado no sujeito. O cuidado não é interrompido no momento da passagem de plantão, que em geral é um *gap* na assistência. Diferente disso, o cuidado permanece em continuidade e se incorpora aos cuidados psicossociais.

CC2 – Intervenção transformadora

Paciente: a possibilidade de participar da passagem de plantão desloca-o da posição de passividade para a de sujeito ativo do cuidado, onde sua fala pode gerar mudanças concretas no cuidado. Ouvir sobre o plano de cuidado preparado para ele pela equipe e sobre a observação de seu quadro durante o plantão é educativo para que o paciente compreenda seu transtorno mental, seu tratamento e entre com mais autonomia nesse processo. Essa experiência de ruptura com práticas tradicionais o convida a refletir sobre seu papel e o valor de sua voz no processo terapêutico, permitindo que ele perceba o cuidado como espaço de transformação.

Profissional: ao incluir o paciente, o profissional de enfermagem é convocado a repensar práticas cristalizadas e a se abrir para mudanças propostas em conjunto, inaugurando uma prática contra-hegemônica. Esse movimento provoca a reflexão sobre sua atuação, reconhecendo que o cuidado só se torna verdadeiramente transformador quando incorpora a corresponsabilidade do paciente. Esta perspectiva assume sintonia com a Reforma Psiquiátrica, que propõe superar a lógica verticalizada e investir em processos coletivos e participativos.

CC3 – Responsabilidade

Paciente: ao validar informações ou trazer percepções próprias, assume corresponsabilidade pelo cuidado, deixando de ser mero espectador. Esse exercício promove maior engajamento e senso de pertencimento, estimulando a consciência de que também é parte essencial na continuidade da assistência e no próprio processo de tratamento e reabilitação.

Profissional: sua responsabilidade se amplia ao transformar a passagem de plantão em mais um momento de cuidado e ao reconhecer que não basta transmitir dados, mas é preciso garantir registros fidedignos, escuta atenta e comunicação ética. O profissional de enfermagem é convocado a refletir sobre seu papel de guardião da qualidade assistencial e de facilitador do diálogo, o que eleva sua consciência sobre a importância do compromisso ético e coletivo.

CC4 – Histórico-política-ecológica

Paciente: ao participar, tem reconhecida sua história de vida, bem como seu contexto social e cultural, como determinantes de seu processo de adoecimento e de recuperação. Essa valorização resgata sua condição de sujeito histórico, cuja trajetória influencia diretamente sua experiência no hospital e amplia as possibilidades de reinserção social e de construção de novos projetos de vida.

Profissional: é levado a compreender que o cuidado ocorre em um cenário atravessado por relações de poder, políticas institucionais, condições ambientais e fatores históricos. Essa reflexão fortalece sua criticidade sobre os determinantes sociais e institucionais do cuidado, estimulando-o a reconhecer a enfermagem como prática situada, histórica e crítica e não restrita a uma dimensão técnica.

CC5 – Instrumentalização para ação

Paciente: ao compreender melhor os encaminhamentos discutidos, adquire ferramentas concretas para organizar sua rotina e se engajar em seu cuidado. Essa instrumentalização fortalece sua autonomia cotidiana, permitindo-lhe planejar, perguntar e antecipar demandas.

Profissional: encontra no protocolo um recurso pedagógico que sistematiza informações, organiza o processo de trabalho e orienta a prática reflexiva. Com isso, transforma a crítica em ação efetiva, utilizando a ferramenta não apenas como registro, mas como instrumento de qualificação da assistência e promoção de mudanças na prática.

CC6 – Desejo de transformação

Paciente: ao perceber que sua voz é acolhida, desperta para a possibilidade de mudança em sua própria trajetória de cuidado. Essa abertura gera motivação para engajar-se no tratamento e reconhecer-se como sujeito capaz de transformação pessoal e coletiva.

Profissional: expressa seu desejo de transformação ao propor e aplicar o protocolo, fruto de inquietações frente às limitações do modelo tradicional. Esse desejo se traduz na busca por práticas mais humanas e emancipatórias, demonstrando que a equipe também se reconhece como agente crítico de mudança.

CC7 – Consciência profissional

Paciente: não se aplica.

Profissional: é instigado a repensar sua identidade, percebendo-se não apenas como executor de rotinas, mas como agente político, ético e reflexivo. Essa consciência profissional fortalece seu compromisso com uma enfermagem transformadora, que vai além da técnica e se ancora em valores emancipatórios. O protocolo o convoca a assumir o papel de educador, mediador e protagonista de mudanças, reafirmando sua responsabilidade na promoção da emancipação do sujeito.

A articulação dos sete componentes da consciência crítica evidencia que o protocolo de passagem de plantão participativa opera como um dispositivo pedagógico no interior da instituição, capaz de tensionar rotinas naturalizadas e promover deslocamentos subjetivos e profissionais. Ao integrar integralidade, intervenção transformadora, responsabilidade, historicidade, instrumentalização para ação, desejo de transformação e consciência profissional, a prática da passagem de plantão deixa de ser um ato meramente informacional e passa a constituir-se como um espaço formativo, no qual a crítica se constrói no encontro entre saberes técnicos, experiências de vida e reflexões compartilhadas. Esse movimento reafirma a consciência crítica como elemento estruturante da prática emancipatória, pois orienta a leitura da realidade e sustenta a transformação contínua do cuidado.

Nesse sentido, a consciência crítica promovida pelo protocolo não apenas dialoga com os princípios da atenção psicossocial e da Reforma Psiquiátrica brasileira, mas evidencia como esses princípios se operacionalizam no cotidiano institucional. Ao favorecer a reflexão coletiva e a ação transformadora, o protocolo desloca a Reforma Psiquiátrica do plano normativo para o plano vivido, demonstrando como seus pressupostos podem ser incorporados em micropráticas institucionais que reafirmam a cidadania, a autonomia e a liberdade dos sujeitos em cuidado.

4.2 Análise dos componentes da cidadania

O exercício da cidadania, conforme Nietzsche, ultrapassa a mera condição formal de possuir direitos: trata-se de um processo emancipatório em que os sujeitos se reconhecem como agentes ativos, corresponsáveis pela construção de uma realidade mais justa. Sua expressão articula autorrealização individual e solidariedade coletiva, sempre orientadas pela dignidade e pela equidade. Mais do que conceito abstrato, a cidadania se concretiza em práticas cotidianas que afirmam o direito à participação, à voz e ao poder de decisão.

No campo da saúde mental, essa concepção dialoga diretamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que defendem a inclusão social, a desconstrução de práticas excludentes e a reabilitação psicossocial como eixo do cuidado. Assim, cidadania e emancipação tornam-se indissociáveis, pois é no exercício crítico e no engajamento que se efetiva a possibilidade de transformar relações sociais e qualificar a assistência.

O protocolo materializa essa perspectiva ao abrir espaço para que o paciente exerça sua cidadania ao se reconhecer como sujeito de direitos, participando ativamente das decisões sobre seu cuidado. Ao mesmo tempo, convoca os profissionais de enfermagem a exercerem sua cidadania institucional e política, ao reivindicar práticas mais equânimes, comunicação transparente e maior democratização das relações de poder na equipe e na instituição.

Dessa forma, o protocolo torna-se espaço duplamente emancipador: para o paciente, que fortalece seu protagonismo e sua identidade social; e para o profissional, que reafirma sua condição de agente crítico, ético e político, alinhado aos compromissos da Reforma Psiquiátrica e à construção de uma enfermagem socialmente engajada. A partir dessa perspectiva, examinam-se a seguir os componentes da cidadania contemplados no protocolo.

C1 – Autorrealização

Paciente: ao participar da passagem de plantão, o paciente se reconhece como protagonista do cuidado, expressando suas percepções e avaliando sua evolução tanto pelo seu ponto de vista quanto da equipe. Esse espaço fortalece autoestima e identidade, já que sua fala não é apenas ouvida, mas considerada na condução terapêutica. Esse processo promove autorrealização, pois amplia autoestima, senso de dignidade e protagonismo, elementos essenciais para sua reabilitação social.

Profissional: ao incluir o paciente na passagem de plantão, o profissional de enfermagem não apenas reconhece a cidadania do outro, mas também fortalece sua própria identidade como sujeito crítico e político do cuidado, que é contínuo. A autorrealização manifesta-se quando o profissional percebe que sua atuação vai além da técnica, produzindo impacto humano e

social. Esse processo gera satisfação, sentido e motivação no trabalho, pois evidencia que o cuidado pode ser espaço de transformação. Além disso, o diálogo com o paciente enriquece sua prática reflexiva, ampliando criatividade, criticidade e autoestima profissional, elementos que consolidam sua realização pessoal e cidadã.

C2 – Segurança preservada

Paciente: a participação permite corrigir ou complementar informações, assegurando que dados relevantes não sejam esquecidos. Isso reduz riscos de falhas assistenciais e aumenta sua confiança no cuidado prestado. O paciente percebe que a segurança também depende de sua contribuição ativa.

Profissional: zela pela segurança do paciente, assegurando que as informações sejam transmitidas de forma precisa e responsável durante a passagem de plantão. Esse cuidado reafirma o direito fundamental do paciente a um cuidado seguro, livre de riscos e de qualidade.

C3 – Equanimidade

Paciente: todos os pacientes, independentemente da gravidade clínica ou condição psíquica, são convidados a participar, assegurando que ninguém seja excluído. Isso reforça a percepção de justiça e de igualdade, rompendo com a ideia de que apenas alguns têm direito à voz.

Profissional: o exercício da equanimidade convoca o profissional a praticar uma escuta sem discriminações, reconhecendo que cada sujeito traz contribuições válidas. Esse movimento amplia sua consciência ética e cidadã, fortalecendo uma postura profissional mais justa e equitativa.

C4 – Bem comum

Paciente: ao participar, o paciente não apenas colabora com seu próprio cuidado, mas também contribui para práticas mais seguras e eficazes que beneficiam toda a unidade. Sua presença reforça a noção de que a saúde é responsabilidade coletiva.

Profissional: fortalece o bem comum ao perceber que o protocolo melhora a qualidade global da assistência. O cuidado deixa de ser visto apenas em termos individuais e passa a ser compreendido como processo coletivo, que beneficia pacientes, equipe e instituição.

C5 – Participação

Paciente: a participação se materializa no convite explícito para expressar percepções, dúvidas e expectativas. Essa abertura rompe com modelos verticalizados e reafirma seu direito de voz. Ele percebe que sua opinião é legítima e pode influenciar decisões concretas.

Profissional: ao compartilhar a tomada de decisão, reafirma seu compromisso com um cuidado dialógico. Essa postura reforça a enfermagem como profissão comprometida com a emancipação e alinhada à lógica democrática da Reforma Psiquiátrica.

C6 – Relações éticas

Paciente: é respeitado em sua dignidade quando recebe informações de modo acessível e livre de termos técnicos ou estigmatizantes. Esse cuidado comunicacional reforça que o vínculo é construído na base da ética e do respeito mútuo.

Profissional: vivencia relações éticas ao adotar postura de escuta e comunicação respeitosa, superando práticas autoritárias. Esse compromisso ético amplia sua cidadania institucional, consolidando a enfermagem como profissão humanizada.

C7 – Solidariedade

Paciente: vivencia solidariedade ao perceber que não está isolado em seu processo de cuidado, mas inserido em uma rede relacional na qual pode compartilhar suas experiências, reconhecer o apoio recebido e também contribuir com o grupo por meio de diálogo, respeito e colaboração simbólica.

Profissional: exerce solidariedade ao reconhecer as vulnerabilidades do paciente e se colocar como parceiro, compartilhando responsabilidades, oferecendo apoio e construindo com ele um caminho de compromisso humano com o outro.

C8 – Exercício dos direitos

Paciente: ao ser incluído na passagem de plantão, o paciente exerce concretamente o direito à informação e à participação em seu cuidado, como garante a Reforma Psiquiátrica. Isso o retira da condição de objeto da assistência e o insere como sujeito de direitos, fortalecendo a perspectiva de cuidado em liberdade.

Profissional: Ao assegurar que esses direitos sejam efetivados, também concretiza seus próprios direitos e responsabilidades profissionais, exercendo sua profissão de forma plena, desenvolvendo tecnologias de cuidado alinhadas à Reforma Psiquiátrica e reforçando sua autonomia profissional.

C9 – Reciprocidade

Paciente: percebe reciprocidade quando sua fala gera impacto real na condução do cuidado, vivenciando uma relação dialógica que rompe a tradição assimétrica do manicômio. Essa troca fortalece a confiança e consolida sua corresponsabilidade no processo assistencial, resgatando a dignidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Profissional: experimenta reciprocidade ao aprender com as falas do paciente, ajustando condutas e reconhecendo que o cuidado é fruto de um diálogo. Isso reforça sua identidade ética e cidadã, afastando-se de práticas unilaterais e autoritárias.

C10 – Luta coletiva

Paciente: sua inclusão na passagem de plantão simboliza um movimento de luta contra práticas excludentes e por maior participação social no cuidado em saúde. Portanto, o insere em um movimento coletivo de defesa de melhores condições de cuidado e de reconhecimento social, tal como propõe a Reforma Psiquiátrica.

Profissional: ao sustentar essa prática, o enfermeiro não apenas integra um movimento coletivo, mas também reafirma o compromisso político da enfermagem com a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Sua atuação se coloca como resistência às práticas excludentes e como defesa ativa de um cuidado em liberdade, humanizado e cidadão. Essa postura amplia a legitimidade da profissão como agente de transformação social, fortalecendo a luta por direitos e pela valorização do usuário como sujeito histórico, crítico e corresponsável pelo seu processo de cuidado.

C11 – Reabilitação para a vida social

Paciente: a participação na passagem de plantão vai além do ambiente hospitalar e funciona como exercício preparatório para a vida em comunidade. Ao ter espaço para se expressar, tomar pequenas decisões e dialogar com a equipe, o paciente desenvolve competências de comunicação, autonomia e autocuidado, que são fundamentais para sua reinserção comunitária. Esse processo dialoga diretamente com o objetivo da Reforma Psiquiátrica, que busca superar práticas de exclusão e possibilitar a vivência plena da cidadania no território.

Profissional: ao reconhecer e estimular a reinserção comunitária do paciente por meio dessa prática, o profissional amplia seu papel para além da dimensão técnica, assumindo também uma função social e política. Sua atuação contribui para a consolidação de um cuidado que favorece a construção de vínculos, a autonomia progressiva do paciente e sua capacidade de participação em espaços coletivos fora do hospital. Assim, a prática de incluir o paciente na

passagem de plantão conecta-se ao compromisso histórico da enfermagem com a Reforma Psiquiátrica: promover a desinstitucionalização, reduzir estigmas e criar condições para que o sujeito retome sua vida em sociedade.

C12 – Conforto e cuidado

Paciente: vivencia conforto quando percebe que sua presença é respeitada e valorizada, reduzindo inseguranças e ansiedades comuns ao processo de internação. Esse cuidado, quando expresso em atitudes simples de acolhimento, fortalece sua dignidade, aumenta sua confiança no tratamento e no cuidado que recebe e contribui para que se sinta protegido e amparado.

Profissional: o ato de acolher, escutar e respeitar o paciente concretiza o compromisso da enfermagem de garantir não apenas a continuidade clínica, mas também o bem-estar integral, reconhecendo que conforto e cuidado são dimensões inseparáveis da assistência. Ao se engajar em um cuidado mais dialógico e menos autoritário, ele vivencia maior satisfação e legitimidade em sua atuação. Essa troca respeitosa e significativa fortalece sua identidade ética e cidadã, reafirmando que o bem-estar integral na assistência é uma via de mão dupla.

Ao articular autorrealização, segurança, equanimidade, bem comum, participação, ética, solidariedade, exercício de direitos, reciprocidade, luta coletiva, reabilitação social e conforto, o protocolo transforma a passagem de plantão em um espaço no qual a cidadania deixa de ser apenas um princípio abstrato e passa a orientar relações, decisões e modos de cuidar.

Nesse movimento, a cidadania se expressa de forma relacional e processual, reafirmando o paciente como sujeito de direitos, voz legítima e agente corresponsável pelo cuidado, ao mesmo tempo em que convoca o profissional de enfermagem a exercer sua cidadania institucional, ética e política. O protocolo, portanto, não apenas amplia a participação do usuário, mas tensiona relações de poder historicamente assimétricas, favorecendo práticas mais equânimes, dialógicas e comprometidas com o bem comum.

Ao evidenciar como a cidadania pode ser exercida em micropráticas institucionais, a passagem de plantão participativa reafirma seu alinhamento aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, demonstrando que a promoção da cidadania em saúde mental se constrói no cotidiano, por meio de práticas que reconhecem a dignidade, a autonomia e a liberdade dos sujeitos em cuidado. Dessa forma, o protocolo consolida-se como uma tecnologia emancipatória capaz de fortalecer a reabilitação psicossocial e de contribuir

para a construção de uma enfermagem socialmente engajada, ética e comprometida com a transformação das práticas em saúde mental.

4.3 Análise dos componentes da liberdade

A liberdade se concretiza quando o paciente é reconhecido em sua condição de sujeito de direitos, com voz, poder de escolha e participação ativa nos processos que afetam a vida e o cuidado. Esse reconhecimento legitima sua capacidade de decisão e assegura que a passagem de plantão não se configure como uma prática impositiva, mas como um convite ético à corresponsabilidade, em que cada participação é fruto de adesão consciente. Tal abertura fortalece o protagonismo do paciente, valoriza sua reflexão crítica e amplia sua possibilidade de se inserir de modo ativo e singular no cuidado recebido.

No protocolo, a dimensão da liberdade manifesta-se em múltiplos níveis: na valorização do consentimento, na flexibilização das estratégias de participação, no respeito às condições singulares, na abertura para que o paciente se posicione frente às decisões relacionadas à sua internação e tratamento e, ainda, na ruptura com padrões hierárquicos que tradicionalmente excluía o paciente desses momentos. Assim, a análise dos componentes da liberdade evidencia que o protocolo não apenas respeita limites clínicos e institucionais, mas também potencializa possibilidades emancipatórias, promovendo um cuidado mais humano, dialógico e transformador. A seguir, apresenta-se a análise dos elementos da liberdade contemplados no protocolo:

L1 – Escolha de alternativas

Paciente: ao poder aceitar ou recusar participar da passagem de plantão, o paciente exerce sua liberdade de escolha, elemento essencial da emancipação. Essa decisão, ainda que simples, representa ruptura com práticas coercitivas e reafirma seu direito de autodeterminação. O ato de escolher se expressa como possibilidade real de governar-se, respeitando limites clínicos sem negar o protagonismo. Essa liberdade o fortalece como sujeito ético, consciente de suas condições e corresponsável pelo próprio cuidado.

Profissional: ao oferecer a possibilidade de escolha, o enfermeiro reconhece que o cuidado não pode ser imposto, mas construído com o outro. Essa postura ética desloca o profissional da posição de controle para a de mediador, exercitando a liberdade enquanto respeito à alteridade. Assim, sua prática se torna mais ética, dialógica e emancipadora, em consonância com a humanização e os princípios da Reforma Psiquiátrica.

L2 – Vivência estética

Paciente: vivencia a estética do cuidado quando percebe que a passagem de plantão ocorre em ambiente acolhedor, pautado pelo respeito, escuta e sensibilidade. A forma como é ouvido com atenção traduz o cuidado em experiência de beleza ética e emocional. Essa vivência reforça sua dignidade e reduz o sofrimento, permitindo que o paciente se reconheça como alguém valorizado, mesmo em situação de vulnerabilidade, o que contribui para sua reabilitação psicossocial.

Profissional: ao conduzir o processo com empatia e linguagem acessível, compreende que o cuidado também é um ato estético: uma arte que une técnica e sensibilidade. Essa vivência desperta sua percepção sobre a beleza presente no encontro terapêutico e amplia sua compreensão do trabalho como expressão ética e criadora. Assim, a passagem de plantão torna-se também um espaço de reencantamento com o cuidar, reafirmando o compromisso da enfermagem com práticas humanizadas e libertadoras.

L3 – Ação contra-hegemônica

Paciente: ao ser incluído em um espaço antes restrito aos profissionais, o paciente participa de um movimento de ruptura com a lógica hierárquica e autoritária do cuidado. Essa inserção questiona a hegemonia biomédica e reforça seu papel de sujeito ativo e crítico. O simples fato de ter sua voz legitimada representa resistência a práticas que o silenciam, favorecendo a emancipação e o empoderamento frente ao saber institucionalizado.

Profissional: ao compartilhar o espaço decisório com o paciente, o profissional realiza uma prática contra-hegemônica ao desafiar o modelo verticalizado e normativo de gestão do cuidado. Esse reposicionamento transforma a enfermagem em espaço político de diálogo, ampliando a prática emancipatória e reforçando sua identidade como categoria mediadora entre técnica, ética e cidadania.

L4 – Limite/possibilidade

Paciente: vive a liberdade dentro de seus próprios limites clínicos e psíquicos, reconhecendo que mesmo em sofrimento mental pode participar, opinar e contribuir. O protocolo respeita suas vulnerabilidades sem anulá-lo, mostrando que a emancipação não exige ausência de limites, mas o uso criativo das possibilidades existentes. Essa prática o ajuda a se perceber capaz dentro de seu contexto, promovendo autoestima e protagonismo gradual.

Profissional: ao compreender e respeitar os limites do paciente sem excluí-lo do processo, exerce discernimento ético e competência técnica. Essa postura reafirma que a liberdade não é total ausência de regra, mas coexistência entre proteção e participação. Assim, o profissional

equilibra segurança e inclusão, reafirmando o princípio da corresponsabilidade como pilar do cuidado emancipador.

L5 – Independência

Paciente: ao manifestar opiniões, fazer perguntas e acrescentar informações sobre seu tratamento, o paciente experimenta formas graduais de independência. Mesmo que ainda mediada pela equipe, essa autonomia parcial representa exercício real de liberdade. O paciente se reconhece como sujeito capaz de influenciar decisões, o que reforça sua autoconfiança e fortalece o processo de reabilitação psicossocial.

Profissional: ao estimular e acolher a expressão do paciente, o enfermeiro aprende a compartilhar o poder do cuidado. Essa postura reflete maturidade ética e profissional, permitindo-lhe atuar com segurança sem autoritarismo. Assim, sua independência também se amplia não como isolamento técnico, mas como capacidade de agir criticamente e de promover liberdade no outro.

A análise dos componentes da liberdade evidencia que o protocolo de passagem de plantão participativa ultrapassa a compreensão da liberdade como escolha isolada ou ausência de restrições, configurando-a como uma experiência relacional, ética e situada. Ao integrar escolha de alternativas, vivência estética, ação contra-hegemônica, reconhecimento dos limites e possibilidades e exercício gradual da independência, o protocolo demonstra que a liberdade no cuidado em saúde mental se constrói no cotidiano, por meio de práticas que reconhecem o sujeito em sua singularidade e respeitam suas condições concretas de existência.

Nesse sentido, a liberdade promovida pelo protocolo não se opõe à segurança nem à responsabilidade profissional, mas se articula a elas, produzindo um cuidado que equilibra proteção e participação. Ao permitir que o paciente escolha, opine, questione e contribua dentro de seus limites clínicos, a passagem de plantão participativa rompe com práticas autoritárias e reafirma a liberdade como possibilidade real de protagonismo, mesmo em contextos de vulnerabilidade psíquica.

Simultaneamente, o protocolo convoca o profissional de enfermagem a exercer sua própria liberdade ética e política, ao deslocar-se de uma posição de controle para uma postura mediadora, dialógica e corresponsável. Dessa forma, a liberdade deixa de ser um atributo individual e passa a constituir-se como valor compartilhado, sustentando práticas emancipatórias alinhadas à Atenção Psicossocial e à Reforma Psiquiátrica. Assim, a passagem de plantão participativa consolida-se como uma tecnologia emancipatória que promove

cuidado em liberdade, fortalece a autonomia progressiva dos sujeitos e contribui para a transformação das relações de poder no contexto institucional.

4.4 Análise dos componentes da autonomia

A autonomia, entendida como dimensão emancipatória, ultrapassa a ideia restrita de independência individual e assume o sentido de corresponsabilidade ativa no processo de cuidado. No âmbito do protocolo, ela se concretiza quando o sujeito passa a desenvolver capacidades para se posicionar, decidir e organizar aspectos de sua vida cotidiana, mesmo em meio às limitações próprias da internação psiquiátrica. Trata-se de reconhecer que a autonomia não é absoluta, mas se constrói de forma gradual, processual e relacional, apoiada pelo vínculo com a equipe de saúde.

Para o paciente, a autonomia manifesta-se na possibilidade de compreender melhor seu tratamento, planejar autocuidados, expressar preferências e participar de decisões que afetam diretamente sua vida. Essa construção fortalece sua dignidade e prepara o caminho para a reabilitação psicossocial e a reinserção comunitária, princípios centrais da Reforma Psiquiátrica.

Para o profissional, a dimensão da autonomia exige uma postura de mediação e de apoio ao protagonismo do paciente. Ao adotar práticas que estimulam a autoexpressão e a autodeterminação, o profissional amplia também sua própria autonomia, deixando de restringir-se ao cumprimento de rotinas e assumindo papel de educador, facilitador e agente crítico. Esse reposicionamento qualifica a prática assistencial, tornando-a mais ética, humanizada e transformadora.

Assim, a análise dos componentes da autonomia no protocolo permite compreender como ele contribui para deslocar o cuidado de um modelo verticalizado para uma prática dialógica e corresponsável, que valoriza tanto as escolhas individuais quanto a construção coletiva de soluções. A seguir, apresentam-se os componentes da autonomia contemplados no protocolo:

A1 – Desenvolvimento de capacidades

Paciente: Ao relatar sintomas, comentar percepções e compreender a lógica de seu tratamento, o paciente desenvolve habilidades comunicativas, reflexivas e de autopercepção. Essa prática reforça sua capacidade de avaliar, opinar e se posicionar, transformando o cuidado em espaço de aprendizado. O desenvolvimento dessas competências não se limita ao

contexto hospitalar, mas estende-se à vida cotidiana, fortalecendo a reinserção social e a autonomia prática.

Profissional: ao conduzir a passagem de plantão com a participação do paciente, não apenas favorece o desenvolvimento de capacidades do sujeito assistido, mas também amplia as suas próprias. O enfermeiro exercita habilidades de escuta qualificada, negociação, comunicação acessível e reflexão crítica sobre sua prática. Esse movimento fortalece sua identidade profissional como agente de transformação e o aproxima dos princípios da Reforma Psiquiátrica, ao compreender o cuidado como espaço de aprendizado mútuo e emancipação compartilhada.

A2 – Autoridade (ser sujeito)

Paciente: ao ser chamado a participar da passagem de plantão, o paciente assume um lugar legítimo de fala e decisão. Essa autoridade simbólica reconfigura sua posição de objeto do cuidado para sujeito de direitos, promovendo autoestima e dignidade. Sentir-se ouvido e reconhecido fortalece o sentido de pertencimento e reduz a sensação de impotência, elementos centrais no processo de reabilitação psicossocial.

Profissional: ao reconhecer o paciente como sujeito, aprende a relativizar sua própria autoridade técnica, abrindo espaço para um cuidado dialógico. Sua autoridade se torna mediadora, baseada na competência e no respeito mútuo, o que consolida uma prática de liderança democrática e reflexiva.

A3 – Criatividade

Paciente: a liberdade para se expressar estimula sua criatividade na forma de lidar com o tratamento e o cotidiano hospitalar. O paciente pode sugerir estratégias, adaptar rotinas e contribuir com soluções práticas. Essa criatividade tem valor terapêutico, pois transforma a internação em espaço de reconstrução simbólica, rompendo com a passividade e reforçando o potencial de autonomia.

Profissional: ao abrir espaço para o diálogo e valorizar a singularidade do paciente, o profissional exercita sua própria criatividade no planejamento e execução do cuidado. Ele aprende a adaptar abordagens, comunicar-se de modos mais acessíveis e transformar situações desafiadoras em oportunidades de vínculo. Essa dimensão criadora dá novo sentido ao trabalho, fortalecendo sua autonomia e prazer no ato de cuidar.

A4 – Auto-organização

Paciente: ao compreender a rotina e participar da discussão sobre seu cuidado, o paciente torna-se capaz de organizar suas próprias ações. Essa auto-organização se expressa no cumprimento de horários, no cuidado pessoal e na antecipação de necessidades, reforçando a corresponsabilidade terapêutica. A prática favorece a autonomia progressiva e o aprendizado de autogestão, essenciais para o retorno à vida comunitária.

Profissional: ao estimular essa autorregulação no paciente, o profissional exercita também sua própria auto-organização, aprimorando a sistematização do cuidado e a gestão das informações. O ato de organizar a passagem de plantão com base em diálogo e método fortalece sua autonomia técnica e o reconhecimento da enfermagem como prática científica e reflexiva.

A5 – Autodeterminação

Paciente: ao participar da passagem de plantão, o paciente exerce sua autodeterminação, indo além da simples escolha. Ele assume a posição de protagonista de seu cuidado, compreendendo suas condições e necessidades para tomar decisões informadas e conscientes sobre sua vida e saúde. Essa experiência o empodera, promovendo a autonomia e a reflexão crítica sobre seu processo de adoecimento.

Profissional: ao incentivar e sustentar a autodeterminação do paciente, manifesta sua autonomia para desenvolver tecnologias de cuidado críticas e reflexivas, superando práticas autoritárias e impostas. É o profissional que, de forma proativa, escolhe agir em alinhamento com a Reforma Psiquiátrica e com a ética da emancipação, reforçando sua capacidade de autogoverno e o compromisso político de sua prática.

A6 – Decisão sobre a assistência de enfermagem

Paciente: ao opinar sobre prioridades, horários ou necessidades específicas, vivencia participação direta na assistência. Essa experiência amplia seu protagonismo e legitima sua voz no processo terapêutico.

Profissional: não se aplica.

A análise dos componentes da autonomia evidencia que o protocolo de passagem de plantão participativa promove uma concepção ampliada de autonomia, compreendida não como independência absoluta, mas como construção progressiva, relacional e situada no cotidiano do cuidado. Ao articular desenvolvimento de capacidades, reconhecimento do paciente como sujeito, criatividade, auto-organização, autodeterminação e participação nas

decisões sobre a assistência, o protocolo fortalece a autonomia como processo formativo que se constrói no encontro entre sujeitos, saberes e práticas.

Nesse movimento, a autonomia do paciente se expressa na ampliação de sua capacidade de compreender, refletir, decidir e organizar aspectos de sua vida e de seu cuidado, mesmo em contextos marcados por sofrimento psíquico e limitações institucionais. A passagem de plantão participativa, ao favorecer esse exercício gradual, contribui para a reabilitação psicossocial e para a preparação do sujeito para a vida em liberdade, alinhando-se aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial.

Simultaneamente, o protocolo convoca o profissional de enfermagem a exercer sua própria autonomia ética, técnica e política, ao deslocar-se de uma prática centrada na execução de rotinas para uma atuação mediadora, reflexiva e criativa. Ao sustentar espaços de diálogo, decisão compartilhada e corresponsabilização, o profissional reafirma sua capacidade de autogoverno e de produção de tecnologias de cuidado emancipatórias.

Dessa forma, a autonomia emerge como resultado articulado dos demais eixos emancipatórios analisados, consolidando-se como valor central da prática de enfermagem em saúde mental. A passagem de plantão participativa configura-se, assim, como uma tecnologia emancipatória capaz de transformar relações de poder, fortalecer sujeitos e qualificar o cuidado, ao promover autonomia com responsabilidade, liberdade com proteção e protagonismo com vínculo.

4.5 Síntese da análise do potencial emancipatório

A seguir, apresenta-se o quadro síntese da análise do Protocolo de Passagem de Plantão Participativa, segundo os componentes emancipatórios propostos por Nietzsche. O objetivo deste quadro é integrar, em uma visão articulada, os elementos das quatro dimensões avaliadas: consciência crítica, cidadania, liberdade e autonomia, evidenciando de que maneira o protocolo contempla e operacionaliza tais componentes. Essa disposição sistemática permite visualizar como cada dimensão contribui para fortalecer o potencial emancipatório da prática.

Quadro 12 – Análise do Protocolo de Passagem de Plantão Participativa segundo os componentes emancipatórios de Nietzsche

Dimensão / Componente	Paciente	Profissional
Consciência Crítica (CC)		

CC1 – Integralidade	É considerado em sua totalidade (biológica, social, emocional), fortalecendo vínculo e cuidado singular.	Amplia seu olhar para múltiplas dimensões do sujeito, planejando condutas holísticas e alinhadas às políticas de saúde mental e à humanização do cuidado.
CC2 – Intervenção transformadora	Deixa a passividade e assume papel ativo, usando sua voz como elemento de transformação no cuidado.	Rompe práticas cristalizadas, adotando uma postura contra-hegemônica e corresponsável, em sintonia com a Reforma Psiquiátrica.
CC3 – Responsabilidade	Compartilha responsabilidade sobre seu tratamento, validando ou corrigindo informações.	Amplia sua responsabilidade ao assegurar registros fidedignos, escuta ética e comunicação qualificada, elevando sua consciência sobre o compromisso no cuidado.
CC4 – Histórico-político-ecológica	Tem sua história de vida e contexto cultural reconhecidos como parte do cuidado.	Percebe que a prática é atravessada por fatores sociais, históricos e políticos, fortalecendo criticidade sobre os determinantes do cuidado.
CC5 – Instrumentalização para ação	Recebe ferramenta que organiza participação e dá clareza ao processo.	Dispõe de instrumento pedagógico que transforma reflexão em prática concreta.
CC6 – Desejo de transformação	Ao ter sua voz acolhida, fortalece o desejo de mudança, engajando-se no tratamento e reconhecendo-se como sujeito de transformação pessoal e coletiva.	Manifesta desejo de transformação ao adotar o protocolo, superando limitações do modelo tradicional e se reconhecendo como agente crítico de mudança.
CC7 – Consciência profissional	Não se aplica.	Repensa sua identidade, assumindo-se como agente ético e político, comprometido com uma enfermagem transformadora e emancipada, para além da técnica.
Cidadania (C)		

C1 – Autorrealização	Ao participar, reconhece-se como protagonista do cuidado, fortalecendo autoestima, dignidade e reabilitação social.	Ao incluir o paciente, amplia sua identidade crítica e política, encontrando sentido, motivação e realização no cuidado como prática transformadora.
C2 – Segurança preservada	Corrige e complementa informações, contribuindo ativamente para a segurança e qualidade do cuidado.	Garante comunicação estruturada e precisa, mitigando riscos.
C3 – Equanimidade	Participação assegurada a todos, reforçando equidade e direito à voz.	Prática escuta sem discriminação, fortalecendo postura ética e equitativa.
C4 – Bem comum	Contribui para práticas mais seguras e eficazes, reforçando a saúde como responsabilidade coletiva.	Percebe a melhora a qualidade global da assistência, beneficiando pacientes, equipe e instituição.
C5 – Participação	Expressa percepções, dúvidas e expectativas, influenciando decisões e rompendo com modelos verticalizados de cuidado.	Compartilha a tomada de decisão, comprometendo-se com um cuidado dialógico e democrático, alinhado à Reforma Psiquiátrica
C6 – Relações éticas	Recebe informações claras e respeitadas, fortalecendo o vínculo com base na ética e no respeito mútuo.	Adota uma comunicação respeitosa, superando práticas autoritárias e consolidando a enfermagem como profissão humanizada.
C7 – Solidariedade	Sente-se inserido em uma rede de apoio, compartilhando experiências e contribuindo com o grupo.	Reconhece vulnerabilidades do paciente, se coloca como parceiro e compartilha responsabilidades, construindo um caminho de compromisso humano com o outro.
C8 – Exercício dos direitos	Exerce o direito à informação e participação ao ser incluído na passagem de plantão, deixando de ser objeto para se tornar sujeito de direitos, o que fortalece o cuidado em liberdade.	Ao efetivar os direitos do paciente, exerce plenamente sua profissão, desenvolve novas tecnologias de cuidado, alinhadas à Reforma Psiquiátrica, e reforça sua autonomia profissional
C9 – Reciprocidade	Vê sua fala gerar impacto real no cuidado, vivenciando uma relação dialógica com a equipe.	Aprende com o paciente, ajustando condutas e reconhecendo o diálogo como

		base do cuidado, afastando-se de práticas autoritárias.
C10 – Luta coletiva	Se insere em um movimento de luta contra práticas excludentes e pela participação social no cuidado em saúde.	Reafirma o compromisso político da enfermagem com a Reforma Psiquiátrica e atua como agente de transformação social.
C11 – Reabilitação para a vida social	Desenvolve autonomia e habilidades para a vida em comunidade, promovendo sua reinserção e vivência plena da cidadania.	Reconhece e estimula a reinserção social do paciente, ampliando seu papel para uma função social e política que fortalece a desinstitucionalização.
C12 – Conforto e cuidado	Sente-se valorizado e respeitado, o que reduz ansiedade, aumenta a confiança no tratamento e contribui para seu bem-estar integral.	Ao acolher e respeitar o paciente, garante o bem-estar integral e vivencia satisfação e legitimidade, fortalecendo sua identidade ética e cidadã.
Liberdade (L)		
L1 – Escolha de alternativas	Decide se participa, legitimando-se como sujeito de escolha.	Reconhece a liberdade do outro como princípio ético, transformando o cuidado em prática dialógica e não coercitiva.
L2 – Vivência estética	Sente-se valorizado e digno ao vivenciar um cuidado conduzido com sensibilidade e respeito, transformando a passagem de plantão em experiência de acolhimento e beleza ética.	Reconhece a dimensão estética do cuidado como arte e expressão ética, unindo técnica e sensibilidade em uma prática humanizada e libertadora.
L3 – Ação contra-hegemônica	Participa de uma prática contra-hegemônica ao ser incluído, rompendo a exclusão e fortalecendo seu papel como sujeito ativo e crítico.	Rompe com a hegemonia técnica e hierárquica, reposicionando-se como mediador político e ético do cuidado.
L4 – Limite/possibilidade	Reconhece seus limites, mas participa dentro de suas possibilidades, fortalecendo autoestima e pertencimento.	Equilibra limites e possibilidades, garantindo segurança sem exclusão e fortalecendo sua prática crítica e contextualizada.
L5 – Independência	Opina, pergunta e acrescenta	Estimula protagonismo sem

	informações, reforçando seu protagonismo.	perder corresponsabilidade no cuidado.
Autonomia (A)		
A1 – Desenvolvimento de capacidades	Desenvolve habilidades de comunicação e reflexão, fortalecendo sua autonomia e reinserção social.	Aprimora sua escuta e sensibilidade ética, reconhecendo o cuidado como espaço de aprendizagem mútua.
A2 – Autoridade (ser sujeito)	Assume lugar legítimo de fala e decisão, fortalecendo dignidade e pertencimento.	Exerce autoridade ética e mediadora, baseada em competência e respeito mútuo.
A3 – Criatividade	Expressa ideias e estratégias próprias, transformando o cuidado em experiência criativa e ativa.	Utiliza criatividade para adaptar e humanizar o cuidado, fortalecendo vínculo e autonomia profissional.
A4 – Auto-organização	Organiza suas ações e rotinas com mais consciência, reforçando corresponsabilidade e autogestão.	Aprimora a sistematização e a gestão do cuidado, fortalecendo autonomia técnica e reflexiva.
A5 – Autodeterminação	Faz escolhas e define preferências no cuidado, exercendo autodeterminação e protagonismo.	Exerce sua própria autodeterminação ao praticar um cuidado crítico e reflexivo, superando práticas autoritárias e escolhendo atuar de forma emancipatória.
A6 – Decisão sobre assistência	Opina sobre aspectos concretos da assistência.	Reafirma compromisso ético ao abrir espaço para decisão compartilhada.

Fonte: Produção da pesquisadora, 2025.

À luz dos critérios propostos por Nietzsche, o Protocolo de Passagem de Plantão Participativa apresenta-se como uma tecnologia de potencial emancipatório pleno, por mobilizar, de forma integrada e coerente, os quatro componentes que definem uma prática emancipatória em enfermagem: consciência crítica, cidadania, liberdade e autonomia. Essas dimensões se expressam em duplo movimento: para os profissionais, que são convocados a refletir criticamente, assumir responsabilidades éticas e reconfigurar práticas; e para os pacientes, que passam a exercer direitos, fazer escolhas e participar ativamente do próprio cuidado.

Destaca-se que a pesquisa aponta para uma tecnologia inovadora que não insere uma nova atividade na rotina da equipe de enfermagem da instituição cenário, mas transforma uma

atividade em tecnologia de cuidado emancipatório. Trata-se, portanto, de uma prática alinhada aos preceitos contemporâneos do cuidado psicossocial, que valoriza a participação do paciente, o diálogo e a corresponsabilização no processo terapêutico

O protocolo, portanto, transcende a dimensão técnica da comunicação e se consolida como dispositivo pedagógico, ético e político, capaz de reconfigurar as relações entre equipe e paciente. Ele introduz no cotidiano da enfermagem uma prática dialógica que transforma a passagem de plantão de uma simples transmissão de informações para um espaço de cuidado, reflexão e corresponsabilidade. Ao articular reflexão crítica, reconhecimento de direitos, respeito às escolhas individuais e estímulo ao protagonismo do paciente, a tecnologia materializa o ideal nietzscheano de emancipação como processo de consciência e transformação.

Integrando consciência crítica, o protocolo amplia o olhar dos profissionais e promove análise contextual e comprometida com a Reforma Psiquiátrica. Pela cidadania, afirma o direito à informação, à participação e à equidade no cuidado. Pela liberdade, reconhece a alteridade e rompe com práticas coercitivas, favorecendo o diálogo. Por fim, pela autonomia, estimula o desenvolvimento de capacidades, a autodeterminação e o autogoverno, tanto do paciente quanto do profissional.

Conforme Nietzsche, a emancipação não é um estado fixo, mas um movimento permanente de ação-reflexão-ação, que transforma práticas, amplia consciências e ressignifica o cuidado. Nesse sentido, o protocolo representa uma síntese concreta entre técnica e humanização e ciência e ética, qualificando a assistência em saúde mental ao mesmo tempo em que fortalece a práxis crítica da enfermagem. Sua implementação inaugura uma nova compreensão da passagem de plantão como tecnologia relacional e emancipatória, que promove o diálogo, o protagonismo e a construção coletiva do cuidado, abrindo caminhos para a transformação institucional e para o amadurecimento político e ético da profissão.

Desse modo, confirma-se a tese de que o protocolo que assegura ao paciente psiquiátrico internado o direito de participar da passagem de plantão com a equipe de enfermagem constitui uma tecnologia de cuidado com potencial emancipatório pleno, capaz de ampliar a autonomia, a cidadania e a consciência crítica do paciente. Os resultados demonstram que a participação qualifica o cuidado psicossocial, fortalece o vínculo terapêutico e configura barreira de segurança para o processo assistencial, reafirmando o valor ético e clínico dessa prática.

CAPÍTULO 5 – A tecnologia e emancipatória em convergência com as políticas atuais de segurança do paciente em saúde mental

A produção contemporânea do cuidado em saúde tem sido atravessada por uma crescente preocupação com a segurança do paciente, compreendida hoje como dimensão indissociável da qualidade assistencial, da ética profissional e da responsabilidade institucional. Nas últimas décadas, organismos internacionais, sistemas nacionais de saúde e serviços assistenciais passaram a reconhecer que a ocorrência de danos evitáveis não decorre apenas de falhas individuais, mas de fragilidades estruturais nos processos de trabalho, na comunicação clínica e na cultura organizacional.

No campo da saúde mental, essa discussão adquire relevância particular, pois historicamente o cuidado psiquiátrico esteve marcado por práticas tutelares, assimetrias de poder e estratégias de manejo do risco centradas no controle, muitas vezes em detrimento da participação do usuário. Diante desse cenário, este capítulo propõe discutir as políticas atuais de segurança do paciente em saúde mental e sua convergência com a tecnologia emancipatória desenvolvida nesta tese, evidenciando como práticas participativas e comunicacionais, como a passagem de plantão com inclusão do paciente, podem operar simultaneamente como estratégias de emancipação e como dispositivos contemporâneos de fortalecimento da segurança assistencial.

5.1 Políticas contemporâneas de segurança do paciente: inclusão explícita da saúde mental

A Resolução WHA72.6 da Assembleia Mundial da Saúde (World Health Organization, 2019) estabelece a segurança do paciente como fundamento da qualidade assistencial e determina que as ações globais devem abranger “setores e cenários relevantes para a saúde física e mental”, incluindo serviços de emergência e atenção comunitária. Essa diretriz insere explicitamente os serviços de saúde mental no escopo das políticas internacionais de segurança do paciente, superando a histórica separação entre cuidado físico e cuidado psíquico.

Essa inclusão explícita da saúde mental nas políticas globais de segurança do paciente encontra sustentação na compreensão contemporânea de que os riscos assistenciais são produzidos predominantemente por fragilidades sistêmicas e organizacionais, e não apenas por condutas individuais. Sob essa perspectiva, a segurança do cuidado depende da robustez dos processos de trabalho, da qualidade da comunicação entre equipes e da

existência de culturas institucionais que favoreçam a aprendizagem contínua a partir de falhas e quase-erros (Reason, 2000; 2005).

Estudos clássicos da área demonstram que eventos adversos emergem da combinação de lacunas nos sistemas de defesa, especialmente em momentos de transição de responsabilidade e informação, como a passagem de plantão, configurando trajetórias de oportunidade para a ocorrência do dano (Reason, 2000; Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000).

Por essa razão, políticas atuais de segurança do paciente passaram a enfatizar intervenções que redesenhem processos críticos e fortaleçam a comunicação clínica estruturada como barreira preventiva de risco (World Health Organization, 2021;2019). Em serviços de saúde mental, onde o cuidado é intensamente relacional e a estabilidade clínica depende do vínculo terapêutico e da continuidade assistencial, a qualidade da interação comunicacional entre profissionais e pacientes torna-se elemento central tanto da segurança assistencial quanto da efetividade do tratamento (Thibaut *et al.*, 2019; World Health Organization, 2022).

Em desdobramento direto à resolução WHA72.6, a OMS publicou o *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*, que propõe objetivos estratégicos para fortalecer cultura de segurança, redesenhar processos críticos do cuidado e ampliar o engajamento de pacientes e famílias como parceiros da prevenção de danos (World Health Organization, 2021). Entre esses objetivos, destacam-se ações voltadas à segurança nas transições do cuidado e na comunicação clínica, pontos reconhecidamente vulneráveis à ocorrência de falhas assistenciais.

Dessa forma, consolida-se o entendimento de que as transições do cuidado constituem zonas críticas de risco na assistência em saúde. Sob uma perspectiva sistêmica, a passagem de plantão deixa de ser compreendida como um momento meramente informativo e passa a ocupar posição estratégica na arquitetura das barreiras defensivas do cuidado seguro.

Ao incorporar o paciente nesse processo, o protocolo desenvolvido nesta pesquisa amplia a robustez dessas barreiras, agregando uma camada adicional de verificação, diálogo e corresponsabilidade, que favorece tanto a detecção precoce de inconsistências quanto o fortalecimento do vínculo terapêutico. Em contextos de saúde mental, onde o cuidado é intensamente relacional e a estabilidade clínica depende da continuidade assistencial e da qualidade da interação profissional-usuário, essa estratégia converge com as recomendações contemporâneas de segurança do paciente, que reconhecem a participação do usuário como elemento estruturante da prevenção de danos e da construção de culturas institucionais mais seguras (Thibaut *et al.*, 2019; World Health Organization, 2022).

Paralelamente, o World Mental Health Report (World Health Organization, 2022) reforça a necessidade de transformação dos serviços de saúde mental em direção a modelos centrados na pessoa, baseados em direitos, participação e qualidade assistencial. Esses documentos sinalizam uma convergência contemporânea entre segurança do paciente, reorganização das práticas em saúde mental e valorização da participação do usuário.

Essa convergência entre políticas globais de saúde mental e agendas contemporâneas de segurança do paciente desloca o foco da assistência de modelos centrados exclusivamente na contenção de sintomas para abordagens que privilegiam o cuidado em liberdade, a corresponsabilidade e a construção de vínculos terapêuticos sustentáveis. Ao reconhecer o usuário como sujeito de direitos e parceiro do processo assistencial, essas diretrizes reforçam que a qualidade e a segurança do cuidado em saúde mental dependem, em grande medida, da capacidade institucional de promover ambientes dialógicos, participativos e transparentes.

Tal perspectiva dialoga diretamente com a compreensão sistêmica da segurança do paciente, segundo a qual a prevenção de eventos adversos não se limita à implantação de protocolos técnicos, mas envolve a transformação das culturas organizacionais, a qualificação dos processos comunicacionais e o fortalecimento das relações de confiança entre profissionais e usuários (Reason, 2000; Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000). Nesse cenário, a participação do paciente em momentos críticos do cuidado, como a passagem de plantão, configura-se como estratégia concreta para operacionalizar essas diretrizes no cotidiano institucional, alinhando o campo da saúde mental às recomendações globais de cuidado centrado na pessoa e de construção de sistemas de saúde mais seguros e responsivos (World Health Organization, 2022; Thibaut *et al.*, 2019).

A incorporação dessas diretrizes no contexto brasileiro evidencia que a segurança do paciente deixou de ser compreendida como um conjunto isolado de protocolos e passou a configurar-se como dimensão transversal da qualidade assistencial. A RDC nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente instituem bases normativas para a implantação de núcleos de segurança, sistemas de notificação de incidentes e processos permanentes de educação em serviço, elementos que convergem com a perspectiva sistêmica de gestão de riscos proposta por Reason (2000) e com a abordagem de melhoria contínua da qualidade em saúde descrita por Donabedian (1990).

Contudo, nos serviços de saúde mental, a operacionalização dessas políticas demanda adaptações que considerem a centralidade das relações terapêuticas, a singularidade do sofrimento psíquico e a importância da participação do usuário na construção do cuidado. Assim, estratégias que qualificam a comunicação clínica e ampliam a corresponsabilidade do

paciente, como a passagem de plantão participativa, constituem respostas concretas à necessidade de traduzir as normativas nacionais de segurança em práticas compatíveis com a lógica da atenção psicossocial e do cuidado em liberdade (Thibaut *et al.*, 2019; World Health Organization, 2022).

5.2 Participação do paciente como materialização da segurança no cotidiano assistencial

As diretrizes internacionais e nacionais discutidas ao longo deste capítulo convergem ao reconhecer que a participação do paciente constitui elemento estruturante da segurança do cuidado. Entretanto, o desafio contemporâneo não reside apenas na formulação de políticas, mas na tradução dessas recomendações em práticas concretas no cotidiano institucional. É nesse ponto que o protocolo de passagem de plantão participativa desenvolvido nesta pesquisa assume centralidade: ele transforma o engajamento do paciente de um princípio normativo em uma estratégia operacional de gestão de risco.

Ao inserir o usuário em um momento tradicionalmente restrito aos profissionais, o protocolo cria uma nova camada de verificação das informações clínicas, amplia a transparência dos processos assistenciais e favorece a detecção precoce de inconsistências, alinhando-se à perspectiva sistêmica de segurança que compreende o erro como produto de fragilidades organizacionais e comunicacionais (Reason, 2000; Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000). Assim, a participação do paciente deixa de situar-se apenas na dimensão relacional do cuidado e passa a integrar a arquitetura das barreiras defensivas do cuidado seguro.

Em serviços de saúde mental, essa estratégia possui significado adicional. A inclusão do paciente na passagem de plantão reduz assimetrias de poder, fortalece o vínculo terapêutico e promove corresponsabilidade, fatores reconhecidos como essenciais tanto para a continuidade assistencial quanto para a estabilidade clínica em contextos psicossociais (Thibaut *et al.*, 2019; World Health Organization, 2022). Dessa forma, o engajamento do paciente se concretiza simultaneamente como prática emancipatória e como dispositivo contemporâneo de segurança do paciente, integrando os eixos conceituais centrais desta tese.

O presente capítulo evidenciou que as políticas contemporâneas de segurança do paciente, em âmbito global e nacional, incorporam explicitamente os serviços de saúde mental como cenário prioritário de prevenção de danos e fortalecimento da cultura de segurança. Ao articular essas diretrizes com a perspectiva sistêmica da gestão de riscos e com a centralidade da comunicação clínica nas transições do cuidado, demonstrou-se que a participação do paciente constitui elemento estruturante da segurança assistencial. Nesse

contexto, o protocolo de passagem de plantão participativa desenvolvido nesta tese apresenta-se como tecnologia emancipatória capaz de traduzir recomendações normativas em prática institucional concreta, alinhando cuidado em liberdade, corresponsabilidade terapêutica e fortalecimento das barreiras defensivas do cuidado seguro em saúde mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa levantou dados importantes acerca da passagem de plantão em uma emergência psiquiátrica. A descrição da rotina deste ato em uma instituição militar brasileira dialoga com a rotina de outros cenários hospitalares em outros países, contudo, as especificidades do ambiente de saúde mental, quando se tem a base psicossocial, abre possibilidades de inclusão dos pacientes neste ato, na maioria das vezes restrito apenas aos profissionais de enfermagem.

A equipe de enfermagem que aceitou integrar a PCA se fez, como propõe o método, partícipe da construção de uma tecnologia de cuidado, cujo potencial emancipatório foi avaliado como pleno por favorecer aos pacientes o desenvolvimento e exercício de liberdade, autonomia e consciência crítica, conforme a teoria de Nietzsche.

Optou-se por elaborar um “Protocolo de Passagem de Plantão Participativa”, a fim de nortear as equipes para a comunicação na presença do paciente e sistematizar este ato na instituição, o que considerou aspectos referentes às individualidades, segurança e ética profissional. Este protocolo configura-se como produto do estudo, construído a partir das demandas identificadas no cotidiano assistencial, validado no próprio campo de prática e continuamente ajustado ao longo do percurso investigativo. Essa característica reafirma o rigor da PCA, ao demonstrar que o conhecimento produzido retorna ao serviço na forma de intervenção qualificada e contextualizada.

Mais do que uma ferramenta de comunicação estruturada, o protocolo constitui-se em um dispositivo pedagógico e político, que ressignifica o cuidado e inaugura novas possibilidades de relação entre profissionais e pacientes no ambiente hospitalar psiquiátrico. A análise demonstrou que, ao envolver o paciente no diálogo sobre seu próprio cuidado, a passagem de plantão deixa de ser uma transmissão de informações e se torna um ato de escuta, de reconhecimento e de coautoria terapêutica. Assim, se une o cuidado a uma atividade que antes tinha um caráter quase administrativo e restrito à memória e poucas anotações da enfermagem.

Para o paciente, isso representa a possibilidade de expressar percepções, exercer escolhas e compreender seu tratamento, vivenciando o cuidado como experiência de dignidade e cidadania. Ele passa a estar presente em todo o processo de internação, inclusive percebendo que a instituição não é o local ideal para seu tratamento, e que precisa se recuperar o quanto antes, podendo contar com outras modalidades de serviço em casos de crise.

Para o profissional, significa assumir-se como sujeito crítico da prática, cuja ação ultrapassa a execução de rotinas e se ancora em valores éticos e humanizadores. Essa reconfiguração reafirma a autonomia científica e política da enfermagem, consolidando seu papel central na produção de tecnologias relacionais e emancipatórias em saúde mental.

Os resultados obtidos demonstram que a equipe que participou da pesquisa tem conhecimento do modelo psicossocial e está aberta a transformações da prática, sendo fundamental na construção desta PCA. Ter criado um Protocolo como tecnologia de cuidado emancipatório amplia saberes e práticas no campo disciplinar e fortalece o cuidado psicossocial, aproximando-o da vida, da subjetividade e do território dos sujeitos. É assim que se faz valer o direito dos pacientes e se promove horizontalidade em um espaço antes apenas excludente.

A integração entre o referencial teórico de tecnologia de cuidado emancipatório e da segurança do paciente em uma PCA permitiu que esta tese de doutorado fosse concluída enquanto pesquisa acadêmica e foi além, mostrando caminhos de continuidade. Não existe pesquisa científica que se encerra em si mesma. A pesquisa lança caminhos para novos objetos e novos problemas.

Como limitação, destaca-se o fato de a investigação ter sido desenvolvida exclusivamente na unidade de internação, não abrangendo outros cenários assistenciais, como a emergência psiquiátrica. Além disso, o tempo delimitado pelo curso de doutorado não permitiu acompanhar a implementação da tecnologia em longo prazo, o que poderia ampliar a compreensão sobre sua consolidação na rotina institucional.

O protocolo aqui desenvolvido guarda afinidade conceitual com experiências de acolhimento, reabilitação psicossocial e segurança do paciente e ainda introduz um diferencial: institucionaliza a escuta participativa em um espaço hospitalar tradicionalmente fechado à voz do paciente. Assim, além de se manifestar como tecnologia de vínculo e acolhimento, se concretiza como tecnologia de emancipação e corresponsabilidade, ampliando o alcance ético e político da Reforma Psiquiátrica.

O estudo reafirma que a emancipação é um processo bilateral, no qual tanto o paciente quanto o profissional crescem, aprendem e se transformam. Ao sentir-se ouvido, o paciente recupera confiança, autonomia e protagonismo em sua trajetória terapêutica. Ao conduzir esse processo com empatia e reflexão, o profissional de enfermagem desenvolve uma consciência ampliada sobre o poder do cuidado como ato educativo, libertador e político. Ambos se encontram no território simbólico da humanização, onde o cuidado se faz encontro e o encontro se faz emancipação.

A implementação do protocolo também se mostrou coerente com as políticas públicas de saúde mental e com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, contribuindo para o fortalecimento da reabilitação psicossocial e para a consolidação de uma cultura assistencial participativa e ética, nunca deixando de lado a recomendação de substituir as internações em instituições especializadas por internação em unidades psiquiátricas de hospital geral.

No plano prático, oferece um instrumento de gestão do cuidado que qualifica a comunicação, favorece a continuidade terapêutica e reduz riscos assistenciais, reforçando o eixo da segurança do paciente.

No plano científico, reafirma a capacidade da enfermagem de produzir tecnologias emancipatórias do cuidado, que unem competência técnica, criticidade e responsabilidade ética na produção de um cuidado transformador.

E, no plano formativo, propõe-se como referência pedagógica para a formação de profissionais críticos e emancipados, capazes de dialogar, problematizar e reconstruir o cotidiano assistencial.

Assim, conclui-se que o Protocolo de Passagem de Plantão Participativa não se limita a inovar o modo como se comunica o cuidado, mas redefine o modo como o cuidado é compreendido, reafirmando que a enfermagem é, antes de tudo, um exercício de liberdade, diálogo e compromisso ético com a vida.

A tecnologia aqui desenvolvida permanece aberta: inacabada, viva e reinventável, pois o potencial emancipatório não se esgota na construção de um instrumento, mas se renova no encontro entre sujeitos conscientes e dispostos a transformar.

Embora tenha sido desenvolvido no contexto de uma unidade de internação psiquiátrica, o protocolo construído nesta pesquisa apresenta potencial de aplicabilidade em outros serviços de saúde mental, desde que respeitadas as especificidades organizacionais e clínicas de cada cenário. Por constituir uma tecnologia que ressignifica uma prática já existente: a passagem de plantão, orientando-a para o diálogo, a corresponsabilidade e a segurança do paciente, seus princípios podem ser adaptados a diferentes contextos assistenciais. Dessa forma, a tecnologia demonstra versatilidade e potência para favorecer culturas institucionais mais participativas, éticas e alinhadas ao cuidado psicossocial, que só é possível de ser desenvolvido em sua plenitude nos serviços de base comunitária.

Em última instância, esta tese reafirma que a enfermagem emancipatória é aquela que faz do cuidado uma prática de esperança crítica: um gesto técnico e, ao mesmo tempo, humano, político e poético, que cuida para libertar e liberta cuidando.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety**. Dez. 2017. AHRQ: Rockville, MD. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/guide.html>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. 2013. **Pocket Guide: TeamSTEPPS**. Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html>. Acesso em 11 mai. 2022.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - Reforma Psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-107, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em 30 mar. 2021.
- ATKIN, L. The importance of language. **Br J Nurs**, v. 30, n. 12, 2021. Disponível em: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/editorial/the-importance-of-language>. Acesso em 14 jun. 2024.
- AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S., MIRANDA, F. A. N. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7 (esp), p. 5015-22, jul. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i7a11764p5015-5022-2013>. Acesso em: 25 ago. 2021.
- BAKON, S.; WIRIHANA, L.; CHRISTENSEN, M.; CRAFT, J. Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. **Int J Nurs Pract**, 23:e12520, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12520>. Acesso em 03 mai. 2022.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**. Petrópolis: Vozes, 1966.
- BLAZ, J. W.; STAGGERS, N. The format of standard tools for nursing handoff: an integrative review. **NI 2012**: 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada. PMID: 24199041. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799142/>. Acesso em 12 mai. 2022.
- BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T.. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. **Cad Saúde Colet**, v. 30, n. 2, p. 265–73, abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>. Acesso em 13 jun. 2024.
- BRADLEY, S.; MOTT, S. Adopting a patient-centred approach: An investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. **J Clin Nur** [Internet], v. 23, n. 13/14, p. 1927-36, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12403>. Acesso em 03 mai. 2022.
- BRANDÃO, M. A. G.; BARROS, A. L. B. L.; CANIÇALI, C.; BISPO, G. S.; LOPES, R. O. P. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em 20 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 04 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília, 14 ago. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 14 dez. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa). Brasília, 31 jul. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997 e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 5 jun. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 4 fev. 2019c. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Brasília, 11 Fev. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. Brasília, 10 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 21 dez. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. Brasília, a. 10, n. 12, 2015.

Informativo eletrônico. Disponível em:

http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf . Acesso em: 10 abr. 2018.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. **N Engl J Med**. v. 324, n.6, p. 370-76, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604> . Acesso em: 12 dez. 2021.

BURLETON, L. Developing a community mental health nursing handover form. **Nurs Stand**, v. 27, n. 39, p. 35-40, 2013. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns2013.05.27.39.35.e7192>. PMID: 23855158. Acesso em 03 mai. 2022.

CAMARGO, V. B. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2005. p. 511-39.

Disponível em: http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf. Acesso em: 2 dez. 2021.

CAMARGO, V. B.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-8, dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>. Acesso em 02 mar. 2022.

CANNON, K. K. **Utilization of a Standardized Handoff Tool (PSYCH) to Reduce Errors of Omission**. A DNP Project Manuscript Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Nursing Practice Degree. School of Nursing, University of Maryland at Baltimore May 2021. Disponível em: <https://archive.hshsl.umaryland.edu/handle/10713/15692>. Acesso em 16 mai. 2022.

CELINE, L. **A vida e a obra de Semmelweis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

CHARFUELAN-LAGUNA, Y. et al . Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. **Enferm univ**, Ciudad de México, v. 16, n. 3, p. 313-321, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.689>. Acesso em 13 jan. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Atualiza e estabelece as competências da equipe de enfermagem e diretrizes para a prática profissional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em 23 nov. 2025.

DONABEDIAN, A. **Seminar on Quality Assessment and Assurance**. São Paulo: PROAHSA, 1993.

DEL-BEN, C. M.; SPONHOLZ-JUNIOR, A.; MANTOVANI, C.; FALEIROS, M. C. M.; OLIVEIRA, G. E. C.; GUAPO, V. G.; MARQUES, J. M. A. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina** (Ribeirão Preto).

Online), v. 50, n. supl.1, p. 98-112, 4 fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112>. Acesso em 11 mar. 2021.

DECELIE, I. Patient participation strategies: The nursing bedside handover. **Patient Experience Journal**, v. 7, n. 3, p. 119-27, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1426>. Acesso em 02 mai. 2022.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, p. 1115-8, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>. Acesso em 12 jan. 2021.

DORNELES, A. J. A.; DALMOLIN, G. L.; ANDOLHE, R.; MAGNAGO, T. S. B. S.; LUNARDI, V. L. Aspectos sociodemográficos e laborais associados ao *burnout* em trabalhadores da Enfermagem Militar. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 2, e20180350, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0350>. Acesso em: 07 jun. 2024.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev enferm UFPE** [online], S.l., v. 8, n. 7, p. 2507-12, jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i7a9944p2507-2512-2014>. Acesso em 20 mai. 2022.

FIGUEIREDO, F. M.; GÁLVEZ, A. M. P.; GARCIA, E. G.; EIRAS, M. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 12, p. 4605-19, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204605&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 fev. 2022.

FRANCISCO, A. F.; SANTOS, B. M. P.; JESUS, P. C.; SOUZA, L. M. Comunicação na transferência de cuidados para realização de exames de imagem na ótica da enfermagem. **J Nurs Health**, v. 14, n. 2, e1425789, 2024. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i2.25789>. Acesso em 13 jun. 2024.

GALATZAN, B. J.; CARRINGTON, J. M. Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication. **Comput Inform Nurs**, v. 36, n. 10, 2018, p. 484-93. DOI: <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000461>. PMID: 30045130. Acesso em 20 mai. 2022.

GHOSH, M.; O'CONNELL, B.; NGUYEN, H. T.; COVENTRY, L.; TOWELL-BARNARD, A.; GALLAGHER, O.; GULLICK, K.; GENT, L.; SAUNDERS, R. Patient and Family Involvement in Nursing Bedside Handover: A Qualitative Descriptive Study of Consumer Perceptions of Nursing Care. **Nursing Reports**, v. 15, n. 2, 2025, p. 51. DOI: <https://doi.org/10.3390/nursrep15020051>. Acesso em 09 jan 2026.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIVENS, S. S.; CATHY, B. G. Psychiatric Inpatient Bedside Handoff: Implementation of a Quality Improvement Project and Nurses' Responses. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 54, p. 33-7, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3928/02793695-20160616-06>.

GOMES, H. M. S.; EUZÉBIO, L. D. C.; OLIVEIRA, J. S. Aplicação da metodologia Lean em um hospital universitário para identificação de problemas. **Desenvolve Revista de Gestão do Unilasalle**, v. 12, n. 1, p 1-21, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18316/desenv.v12i1.9980>.

GUSMÃO, R. O. M.; JUNIOR, R. F. S.; ALVES, A. P. O. N.; FLECHA, D. A.; DIAS, C. L. O.; BARBOSA, R. R. S.; LEÃO, C. D. A. Revolving door - reinternação psiquiátrica hospitalar. **Humanidades**, v. 6, n. 2, 2017. Disponível em: http://revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a151.pdf. Acesso em 22 fev. 2022.

HADA, A.; COYER, F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes - Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. **Nurs Health Sci**, v. 23, n. 2, p. 337-51, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12825>.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) (US) Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.17226/10027>. Acesso em 02 fev. 2021.

JOINT COMMISSION. **Sentinel Event Alert 58: Inadequate hand-off communication**. 2017. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-58-inadequate-hand-off-communication/>. Acesso em 02 mai. 2022.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Accreditation Standards for Hospitals, Standards Lists Version**. 7^a ed. 2021.

JOINT COMMISSION CENTER FOR TRANSFORMING HEALTHCARE. **Hand-off communications**. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Joint Commission Perspectives, v. 32, n. 8, 2012. Disponível em: <https://www.centerfortransforminghealthcare.org/improvement-topics/hand-off-communications/>. Acesso em 02 mai. 2022.

JOERGENSEN, K, PRAESTEGAARD, J. Patient participation as discursive practice—A critical discourse analysis of Danish mental healthcare. **Nurs Inq**, v. 25, n.12218, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12218>. Acesso em 13 jan. 2022.

JORGENSEN, K; DAHL RENDTORFF, J. Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: an integrative review. **Scand J Caring Sci**, n. 32, p. 490-501, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12531> . Acesso em 03 jan. 2022.

JØRGENSEN, K.; LERBÆK, B.; FREDERIKSEN, J.; WATSON, E.; KARLSSON, B. Patient Participation in Mental Health Care – Perspectives of Healthcare Professionals and Patients: A Scoping Review. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 45, n. 8, 2024. p. 794–810. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2358931>. Acesso em 09 jan. 2026.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDS, M. S.; EDITORS. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LIMA NETO, A. V.; SILVA, M. F.; SANTOS, V. E. P. Contribuições das tecnologias em saúde para a segurança do paciente. **Rev Cubana Enfermer**, v. 35, n. 3, e2125, 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000300012. Acesso em: 04 out. 2024.

MARCOLAN, J. F. Técnica terapêutica da contenção física. 1 ed. São Paulo: Roca, 2013. 206 p.

MARIANO, M. T.; BROOKS, V.; DIGIACOMO, M. PSYCH: A Mnemonic to Help Psychiatric Residents Decrease Patient Handoff Communication Errors. **Jt Comm J Qual Patient Saf**, v. 42, n. 7, p. 316-20, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(16\)42043-x](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(16)42043-x). PMID: 27301835. Acesso em 12 mai. 2022.

MCGINTY, E. E. et al. Patient, Provider, and System Factors Contributing to Patient Safety Events During Medical and Surgical Hospitalizations for Persons With Serious Mental Illness. **J Nerv Ment Dis**, v. 205, n. 6, p. 495-501, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000675>. Acesso em: 12 nov. 2021.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINVIELLE, E.; FOURCADE, A.; RICKETTS, T.; WAELLI, M. Current developments in delivering customized care: a scoping review. **BMC Health Serv Res**, v. 21, n. 575, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06576-0>. Acesso em 14 jun. 2024.

MULKEY, M. A.; MUNRO, C. L. Calming the Agitated Patient: Providing Strategies to Support Clinicians. **Medsurg Nurs**, v. 30, n. 1, p. 9-13, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8171292/>. Acesso em 14 jun. 2024.

NASCIMENTO, J. S. G.; et al. passagem de plantão como ferramenta de gestão para segurança do paciente. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 2, pp. 544-59, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769229412>. Acesso em 13 dez. 2021.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estud pesqui psicol**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, dez. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200007&lng=pt&nrm=iso. acesso em 07 mar. 2022.

NIETSCHE, E. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

NIETSCHE, EA. **Tecnologia e emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis em enfermagem? Editora Unijuí: 2000.

NUNES, M. O *et al.* Reforma e contrarreforma Psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Cien Saude Colet**, v. 24, n. 12, p. 4489-98, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>. Acesso em 02 mar. 2021.

OLASOJI, M.; CROSS, W.; REED, F.; WANG, W.; JACOB, S.; PLUMMER, V. Mental health nurses' attitudes towards consumer involvement in nursing handover pre and post an educational implementation. **Int J Mental Health Nurs**, v. 28, p. 1198-208, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12631>. Acesso em 10 nov. 2021.

OLIVEIRA, J. G. A. D.; ALMEIDA, L.; HIRABAE, L. F. A.; ANDRADE, K. B. S. A.; SÁ, C. M. S.; PAULA, V. G. Interrupções nas passagens de plantão de enfermagem na terapia intensiva: implicações na segurança do paciente. **Rev Enferm UERJ**, p. e33877, out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33877>. Acesso em 03 jun. 2024.

OXELMARK, L.; WHITTY, J. A.; ULIN, K.; CHABOYER, W.; OLIVEIRA GONÇALVES, A. S.; RINGDAL, M. Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment. **Int J Nurs Stud**, v. 105, 103444, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103444>. Acesso em 19 jun. 2024.

PAIM, L., TRENTINI, M.; MADUREIRA, V. S. F.; STAMM, M. Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 3, p. 380-6, jul/set 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i3.12990>. Acesso em 07 fev. 2022.

PATEL, D. A.; ARSHED, A.; WOULFE, J.; KNOWLES, A.; OZDOBA, A. "PSYCH-PASS": the Development, Adaptation, and Implementation of a Psychiatric Handoff. **Acad Psychiatry**, v. 43, n. 5, p.503-6, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-019-01068-0>. PMID: 31044347. Acesso em 01 mai. 2022.

PATIENT VOICE INICIATIVE. Disponível em: <https://www.patientvoiceinitiative.org/about-pvi/#objective>. Acesso em 03 mar. 2022.

PATTERSON, E. S.; WEARS, R. L. Measurement approaches for transitions of authority and responsibility during handoffs. In: **Macroognition Metrics and Scenarios: Design and Evaluation for Real-World Teams**. Farnham, UK: Ashgate Publishing, forthcoming, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/0.1201/9781315593173-12>. Acesso em: 20 mai. 2022.

PAUL, D.; GLOVER, S.; ROCHE, M. A.; KLARNETT, K.; CHEN, X.; WALL, J.; JOYCE, M. Enhancing person-centred care in inpatient mental health settings through supported person-side handover: a multi method study. **Contemporary nurse**, v. 57, n. 3-4, p. 290–301, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/10376178.2021.1999837>. Acesso em 23 jun. 2024.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A .P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cad CEAS Revista crítica de humanidades**, [S.l.], n. 246, p. 6-14, jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>. Acesso em 10 jul. 2022.-

PIVOTO, F. L. et al. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem** [online], v. 22, n. 3, p. 843-9, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300034>. Acesso em 05 mar. 2022.

PUN, J. Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context. **BMC Nurs**, v. 20, n. 95, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00624-0>. Acesso em 21 jun. 2021.

RAHIMI, S.; KHATOONI, M. Saturation in qualitative research: An evolutionary concept analysis. **Int J Nurs Stud Adv**, [S. l.], v. 6, p. 100174, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174>. Acesso em: 22 set. 2025.

REASON, J. T. **Human Error**. Cambridge University Press, Cambridge. 1990. 320 p.

REASON, J. **Organizational Accidents Revisited**. Franham, UK: Ashgate Publication, 2016. 160 p.

REASON, J. T. Safety in the operating theatre – part 2: human error and organisational failure. **Qual Saf Health Care**, v. 14, p. 56–61, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743973/pdf/v014p00056.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2022.

REASON, J. T. Human error: models and management. **BMJ** (clinical research ed.), v. 172, n. 6, p. 393-6, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2022.

RESAR, R.; GRIFFIN, F. A.; HARADEN, C.; NOLAN, T. W. **Using Care Bundles to Improve Health Care Quality**. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>. Acesso em 15 mai. 2022.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **REBEn** [online]. v. 65, n. 6, p. 1019-25, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600019>. Acesso em 02 fev. 2022.

SAMPAIO, R. C.; LYCARIÃO, D. **Análise de conteúdo categorial**: manual de aplicação. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). 2021. 156 p.

SCHMIEDHOFER, M.; DERKSEN, C.; KELLER, FM; DIETL, JE; HÄUSSLER, F.; STRAMETZ, R.; KOESTER-STEINEBACH, I.; LIPPKE, S. Barreiras e facilitadores da comunicação segura em obstetrícia: resultados de entrevistas qualitativas com médicos, parteiras e enfermeiras. **Internacional J Meio Ambiente Res Saúde Pública**, v. 18, n. 915, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18030915>. Acesso em 03 jun. 2024.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev Saúde Pública** [online], v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Acesso em 23 mai. 2022.

SEIFFERT, L. S.; WOLFF, L. D. G.; WALL, M. L. A expertise de Nightingale e o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações de Saúde. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 556-9, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i3.24293>. Acesso em 12 out. 2021.

SHAHID, S., THOMAS, S. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. **Saf Health**, v. 4, n. 7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40886-018-0073-1>. Acesso em 20 mai. 2022.

SILVA, P. C. C.; SILVA, T. J. P.; SILVA, C. R. D.T.; ALCOFORADO, J. M. S.G.; ALEXANDRE, A. C. S.; SÁ, G. G. M.; CARVALHO, K.M. Comunicação eficaz na passagem de plantão da enfermagem: revisão de escopo. **Rev enferm UFPI**, 2024. DOI: : <https://doi.org/10.26694/reufpi.v13i1.417>. Acesso em 09 jan. 2026.

SILVA, D. F.; CRUZ, I. C. F. Shift changes the bedside (health staff and family): sistematic literature review for a clinical protocol. **J Spec Nurs Care**, S.l, v. 8, n. 1, jun. 2016. ISSN 1983-4152. Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2841/698>. Acesso em: 17 jan. 2020.

SILVA, P. O.; SILVA, D. V. A.; RODRIGUES, C. A. O.; SANTOS, N. H. F.; BARBOSA, S. F. A.; AOUTO, V. D.; GUSMÃO, R. O. M. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 11, p. 3133-46, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998072>. Acesso em 12 jan. 2021.

SILVA, R. S.; GOMES, V. L. B. Contrarreforma Psiquiátrica e o trabalho profissional dos/as assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS's em Belém-Pará. **Serviço Social e Saúde**, v. 18, p. e019012, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v18i0.8657454>. Acesso em 12 set. 2021.

SILVA, T. O.; BEZERRA, A. L. Q.; PARANAGUÁ, T. T. B.; TEIXEIRA, C. C. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Rev eletrônica enferm**, v. 18, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832727>. Acesso em 12 out. 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.) **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2.ed, Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 524 p.

TAVARES, I. G. A. M.; PERES, M. A. A.; SILVA, R. C. Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica. **Esc. Anna Nery** [online], v. 26, e20210385, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0385pt>. Acesso em 23 mai. 2022.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente-assistencial. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. (3ª ed). Porto Alegre: Ed Moriá, 2014. 176 p.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V.; PERES, M. A. A. Pesquisa convergente assistencial e sua qualificação como investigação científica. **Rev Bras Enferm**. [online], vol. 74, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657>. Acesso em 02 abr. 2021.

TOBIANO, G.; BUCKNALL, T.; SLADDIN, I.; WHITTY, J. A.; CHABOYER, W. Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. **Int J Nurs Stud**, v. 77, n. 243-58, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014>. Acesso em 02 jan. 2022.

TOSUNÖZ I. K.; DÖNMEZ, Y. C.; ORUÇ, M.; GÜNEŞ, Z.; EROĞLU, K. Nurses' perceptions of the effectiveness of handover: A cross-sectional study. **Nurse Educ Pract**. v. 81, n.104109, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104109>.

UNITED KINGDOM. **National Health Service Act**. 2006. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/section/14U/2013-08-01>. Acesso em 22 ago. 2020.

VANDERZWAN, K. J., KILROY, S., DANIELS, A., & O'ROURKE, J. Nurse-to-nurse handoff with distractors and interruptions: An integrative review. **Nurse Educ Pract**, vol. 67, 103550, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103550>. Acesso em 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 12 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety**: forward program [internet]. Geneva; 2005. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/programme/en/. Acesso em 17 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety**. Partnerships for Safer Health Care. 2013. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf. Acesso em 12 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHA72.6 – Global action on patient safety**. Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf. Acesso em 12 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services**: interim report. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>. Acesso em 12 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Mental Health Report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ZANCHETTA, M. S.; SANTOS, W. S.; SOUZA, K. V.; VIDUEDO, A. F. S.; ARGUMEDO-STENNER, H.; CARRIE, D.; AVIV, F.; HWU, H.; STAHL, H.; FOFIE, V.; D'SOUZA, D.; OLIVA, M.; TADEO, J.; COSTA, E.; VILELA, F.; CARVALHO, A.; ESCOBAR, H. P. V.; FELIPE, I. C. V. Reflexão metodológica sobre o trabalho de campo de pesquisa internacional multicêntrica Brasil-Canadá. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0390>. Acesso em 20 nov. 2023.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- 1) Posto/graduação/patente:
- 2) Idade:
- 3) Tempo na Marinha do Brasil:
- 4) Tempo de trabalho na assistência de enfermagem na instituição:
- 5) Unidade onde predominantemente participa das trocas de turnos:

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DA PASSAGEM DE PLANTÃO

- 1) Duração da atividade.
- 2) Quem realizou a transmissão das informações? Por que esse profissional foi escolhido?
- 3) Existe algum roteiro/instrumento que guie a passagem de plantão?
- 4) Todos os profissionais envolvidos na passagem de plantão participaram da atividade? Se não, quais critérios foram considerados na seleção dos profissionais?
- 5) Características de postura e comportamento dos profissionais na passagem de plantão:
 - 5.a. Estão atentos?
 - 5.b. A linguagem está adequada?
 - 5.c. As informações estão claras?
 - 5.d. Observa-se uma postura profissional?
 - 5.e. Outras características:
- 6) Há distrações no momento da passagem de plantão?
- 7) Quais informações dos pacientes são transmitidas? Há distinção entre os pacientes?
- 8) Alguém da equipe tomou nota de alguma informação?
- 9) Possíveis propostas para mudanças na passagem de plantão, visando a tecnologia emancipatória e a participação do paciente.
- 10) Foram identificadas oportunidades de promover melhorias na segurança do paciente a partir das mudanças presumidas?
- 11) Outras observações.

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUTURADA SOBRE A PASSAGEM DE PLANTÃO

Código do entrevistado: _____

- 1) Descreva o passo a passo da passagem de plantão da Enfermagem na enfermaria.
- 2) Quais temas você considera importante ser tratados na passagem de plantão da Enfermagem?
- 3) Na sua experiência com passagem de plantão na UISM, quais aspectos você considera importante destacar sobre isso?
- 4) Quanto tempo você acha que a equipe deve gastar nesse momento?
- 5) Quem você acha que deve participar da passagem de plantão da equipe de Enfermagem?
- 6) Já ouviu falar sobre o paciente estar junto na passagem de plantão? Fale a respeito sobre o paciente participar desse momento?
- 7) Você alguma vez notou que havia paciente interessado em participar ou interferir na passagem de plantão? Comente sobre isso
- 8) Você acha que a qualidade das informações transmitidas influencia na assistência de Enfermagem e na segurança do paciente?
- 9) Você modificaria ou acrescentaria alguma coisa na passagem de plantão da Enfermagem?
- 10) Você gostaria de acrescentar mais alguma sugestão ou comentário acerca da passagem de plantão da Enfermagem?

APÊNDICE D – ROTEIRO NORTEADOR DO ENCONTRO CONVERGENTE ASSISTENCIAL

ENCONTRO A: Construindo um modelo de passagem de plantão com a participação do paciente

- 1) Introdução
 - 1.a. Apresentação do objetivo do encontro.
 - 1.b. Apresentação do diagnóstico situacional da passagem de plantão elaborado, com validação e complementações às potencialidades e problemas reconhecidos.
- 2) Reflexão estruturada sobre o diagnóstico situacional
 - 2.a. Dinâmica de entendimento dos elementos do domínio teórico-conceitual do diagrama V de Gowin: conhecimento dos participantes e complementação pela pesquisadora.
 - 2.b. Identificação dos elementos-chave do contexto da passagem de plantão.
 - 2.c. Análise das interações entre os diferentes elementos.
 - 2.d. Identificação de benefícios, lacunas, desafios e oportunidades para a participação do paciente.
 - 2.e. Identificação de possíveis pontos de intervenção para implementar a participação do paciente na passagem de plantão.
- 3) Delineamento metodológico da prática
 - 3.a. Descrição detalhada da metodologia, orientações e recomendações a serem adotadas para implementar e orientar a participação do paciente na passagem de plantão, considerando a adaptação ao contexto específico da internação psiquiátrica..
 - 3.b. Definição de papéis e responsabilidades da enfermagem e dos pacientes.
 - 3.c. Discussão sobre os recursos necessários.
- 4) Construção de um instrumento sistematizado

Desenvolvimento de um instrumento estruturado digital para guiar a passagem de plantão com a participação do paciente, considerando os elementos essenciais, bem como as orientações e as condutas pertinentes.
- 5) Encerramento
 - a. Discussão sobre a validação do instrumento.
 - b. Agendamento do próximo encontro - Encontro B: apresentação e aprovação do produto tecnológico.

APÊNDICE E - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Dra. CMG (Md) ANDRÉA DA COSTA VELOSO,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **SEGURANÇA DO PACIENTE NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR**, a ser realizada na Unidade Integrada de Saúde Mental pela aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Angélica de Almeida Peres.

A pesquisa tem como objetivo geral desenvolver uma estratégia de participação do paciente psiquiátrico na troca de turnos da enfermagem como tecnologia de cuidado emancipatório. Os objetivos específicos são: 1) Identificar junto à equipe de enfermagem de uma instituição psiquiátrica possibilidades para a participação do paciente na troca de turnos da enfermagem; 2) Elaborar uma estratégia de participação do paciente na troca de turnos da enfermagem; 3) Testar essa estratégia; 4) Avaliar o potencial emancipatório dessa tecnologia de cuidado de enfermagem; e 5) Analisar a tecnologia de participação do paciente psiquiátrico na troca de turnos da enfermagem à luz da segurança do paciente.

Desta forma, será proposta uma mudança na passagem de plantão da equipe de enfermagem, que passará a contar com a participação do paciente, conforme tecnologia de cuidado construída em conjunto com a própria equipe. Também serão realizadas entrevistas com os profissionais da equipe de enfermagem e com os pacientes participantes.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científicos. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo ou serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

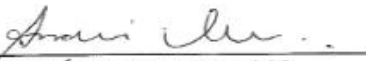
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2022.


IZABELLA DE GÓES ANDERSON MACIEL TAVARES
 Pesquisadora Responsável pelo Projeto

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação


CMG (Md) ANDRÉA DA COSTA VELOSO
 Diretora da Unidade Integrada de Saúde Mental

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: SEGURANÇA DO PACIENTE NO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR, que tem como desenvolver uma estratégia de participação do paciente psiquiátrico na passagem de plantão da enfermagem como tecnologia de cuidado emancipatório. Os objetivos específicos são: 1) Identificar junto à equipe de enfermagem de uma instituição psiquiátrica possibilidades para a participação do paciente na passagem de plantão da enfermagem; 2) Elaborar uma estratégia de participação do paciente na passagem de plantão da enfermagem; 4) Testar essa estratégia; 5) Avaliar o potencial emancipatório dessa tecnologia de cuidado de enfermagem; e 6) Analisar a tecnologia de participação do paciente psiquiátrico na passagem de plantão da enfermagem à luz da segurança do paciente.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em: participar de discussões em grupo sobre passagem de plantão e para construção de um modelo de passagem de plantão com a participação do paciente; e fornecer uma entrevista sobre esse novo modelo de passagem de plantão. A qualquer momento o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A coleta de dados na UISM terá duração de 06 meses, com o término previsto para 31 de março de 2023. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo atribuído apenas uma letra e um número à entrevista realizada. Além disso, os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Esta pesquisa possui riscos mínimos relacionados aos aspectos emocionais, psicológicos e sócio-culturais e um possível risco de desconforto em expor questões sobre as atividades de trabalho. Estes aspectos serão respeitados a fim de evitar a ocorrência destes riscos. A entrevista poderá ser suspensa temporariamente ou definitivamente, de acordo com sua vontade, sem que haja nenhum prejuízo para o(a) Sr(a).

Os benefícios relacionados com a sua participação se relacionam à produção de conhecimento científico para melhorar a qualidade da assistência em saúde mental em unidades de internação e nos demais serviços da área. O conhecimento produzido fomentará a discussão a respeito do envolvimento do paciente psiquiátrico no seu cuidado e segurança e poderá contribuir para aperfeiçoar o ensino e a capacitação de profissionais na área, trazendo resultados positivos para os serviços de psiquiatria e saúde mental e benefícios para a sociedade.

O(A) Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O(A) Sr(a) receberá uma via deste termo onde consta o telefone/e-mail e endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares

Pesquisadora

Telefone: 97271-2998. E-mail: bellatavares@yahoo.com.br

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-3938-0962. E-mail: cepeeahesfa@eean.ufrj.br

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.

Comitê de Ética em pesquisa (CEP) do Hospital Naval Marcílio Dias, Rua Cezar Zama 185 - Instituto de Pesquisas Biomédicas - Lins de Vasconcelos - RJ - tel 2599 5452 - e-mail: cep@hnmd.mar.mil.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) Participante
Nome em letra de forma do Participante
Assinatura do(a) Pesquisadora
Nome em letra de forma do Pesquisador

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.

Comitê de Ética em pesquisa (CEP) do Hospital Naval Marcílio Dias, Rua Cezar Zama 185 - Instituto de Pesquisas Biomédicas - Lins de Vasconcelos - RJ - tel 2599 5452 - e-mail: cep@hnmmd.mar.mil.br

ANEXO A – REVISÃO INTEGRATIVA PUBLICADA

SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
2024;20:e-216755
DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.216755
www.revistas.usp.br/smad/



Artigo de Revisão

Estratégias participativas direcionadas às pessoas com necessidade de internação psiquiátrica: revisão integrativa*

Izabella de Góes Anderson Maciel Tavares^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-6801-6768>

Maria Angélica de Almeida Peres²

 <https://orcid.org/0000-0002-6430-3540>

Rosane Barreto Cardoso²

 <https://orcid.org/0000-0001-8052-8897>

Livia Lopes Menescal^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-1181-1218>

Tereza Maria Mendes Dinis de Andrade Barroso⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-9411-6113>

Objetivo: analisar as evidências científicas sobre estratégias para promover a participação dos usuários no cuidado durante a internação psiquiátrica. **Metodologia:** revisão integrativa com busca nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde, PubMed, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; Embase, Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *PsycInfo* e *Scientific Electronic Library Online*. **Resultados:** foram analisados 9 estudos. Destes, 2 abordaram os cuidados orientados para a recuperação, 2 o envolvimento do usuário na troca de turnos, seguido por um artigo sobre cada um dos temas: Programa Tomada de Decisão Compartilhada, Programa *Star Wards*, terapia para o ambiente, utilização do *Tidal Model* e Posto de Enfermagem aberto. **Conclusão:** a prática na internação em saúde mental tem avançado no cuidado centrado no usuário, todavia, esse contexto detém desafios maiores atribuídos aos comprometimentos e manifestações das psicopatologias e, ainda, ao modelo biomédico que reverbera nesses espaços. Entende-se ser necessário o investimento em estratégias que alinhem o envolvimento do usuário, preconizado na contemporaneidade e as particularidades ambientais e sindrômicas da enfermagem psiquiátrica.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Segurança do paciente no serviço de saúde mental: pesquisa convergente assistencial no contexto hospitalar", apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

¹ Marinha do Brasil, Unidade Integrada de Saúde Mental, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY	UFRJ - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / EEAN	
---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: pesquisa convergente assistencial no contexto hospitalar

Pesquisador: Izabella de Góes Maciel Tavares Campelo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61442922.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.697.256

Apresentação do Projeto:

Estudo de abordagem qualitativa que terá como base metodológica a abordagem da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). O estudo será desenvolvido na Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), centro de referência em tratamento psiquiátrico para os usuários do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil (SSM). Serão participantes profissionais de enfermagem que atenderem ao critério de inclusão, perfazendo o número de 5 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem. Também participarão os pacientes envolvidos na oitava etapa de coleta de dados, quando a tecnologia do cuidado produzida será experimentada. Segundo seguinte critério: ter participado por, pelo menos, 2 vezes da troca de turnos. A amostra de pacientes que atendem aos critérios de inclusão é de 12 pacientes participantes, o que corresponde à quantidade de leitos de uma unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver uma estratégia de participação do paciente psiquiátrico na troca de turnos da enfermagem como tecnologia de cuidado emancipatório capaz de promover melhorias para a segurança do paciente e elevar a qualidade da assistência na internação psiquiátrica.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepecanhesa@eean.ufrj.br