

Percepção dos profissionais sobre segurança dos pacientes na atenção psicossocial

Perception of professionals about patient safety in psychosocial care

Percepción de los profesionales en torno a la seguridad de pacientes en la atención psicossocial

Adrielle Cristina Silva Souza¹

ORCID: 0000-0002-9169-7143

Ana Lúcia Queiroz Bezerra¹

ORCID: 0000-0002-6439-9829

Camila Cardoso Caixeta¹

ORCID: 0000-0003-2479-408X

Eurides Santos Pinho¹

ORCID: 0000-0002-1158-8247

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá¹

ORCID: 0000-0003-0562-8975

Cristiane Chagas Teixeira¹

ORCID: 0000-0002-4752-0439

¹Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.
²Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.
Departamento de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil.

Como citar este artigo:

Souza ACS, Bezerra ALQ, Caixeta CC, Pinho ES, Paranaguá TTB, Teixeira CC. Perception of professionals about patient safety in psychosocial care. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20180831. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0831>

Autor Correspondente:

Cristiane Chagas Teixeira
E-mail: cc-teixeira@hotmail.com

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Mitzu Danski

Submissão: 27-04-2018 **Aprovação:** 27-03-2019

RESUMO

Objetivo: Conhecer pela percepção dos profissionais os riscos e os fatores relacionados aos incidentes de segurança do paciente em atenção psicossocial. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 31 profissionais em Centros de Atenção Psicossocial tipo III, entre outubro de 2016 e abril de 2017. Coleta de dados mediada pelo Ciclo de Aprendizagem Vivencial. Realizada análise de conteúdo. **Resultados:** Os profissionais revelaram riscos e fatores relacionados aos incidentes de segurança em suas práticas diárias, associados à estrutura física e organizacional, condução do processo clínico, administração clínica e gestão organizacional. **Considerações finais:** São necessários esforços contínuos por parte da alta direção e dos profissionais para melhorar o processo de trabalho e estrutura organizacional na atenção psicossocial, a fim de contribuir com o desenvolvimento da autonomia e reinserção social do paciente, evitar a institucionalização e, especialmente, garantir uma atenção psicossocial segura.

Descritores: Serviços de Saúde Mental; Dano ao Paciente; Assistência Centrada no Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To understand the professionals' perception of risks and factors related to patient safety incidents in psychosocial care. **Methods:** Descriptive-exploratory study, with a qualitative approach, carried out with 31 professionals in type III Psychosocial Health Care Centers, between October 2016 and April 2017. Data collection was mediated by the Experiential Learning Cycle. Content analysis was performed. **Results:** The professionals revealed risks and factors related to safety incidents in their daily practices, associated with the institution's physical and organizational structure, with the configuration of the clinical process, with clinical administration and organizational management. **Final considerations:** Continuous efforts are needed on the part of senior managers and professionals to improve the work process and organizational structure in psychosocial care, contributing to the development of the patient's autonomy and social rehabilitation, avoiding institutionalization and, especially, ensuring the safety of this type of care.

Descriptors: Mental Health Services; Patient Harm; Patient-Centered Care; Quality of Health Care; Patient Safety.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales en torno a los riesgos y los factores relacionados con los incidentes de seguridad del paciente en la atención psicossocial. **Método:** Estudio descriptivo-exploratorio, de abordaje cualitativo, en el cual participaron 31 profesionales de Centros de Atención Psicossocial tipo III, realizado en el período entre octubre de 2016 y abril de 2017. En la recopilación de datos se utilizó el Ciclo de Aprendizaje Vivencial. Se hizo el análisis de contenido. **Resultados:** Los profesionales revelaron riesgos y factores relacionados con los incidentes de seguridad en sus prácticas diarias, que están asociados a la estructura física y organizacional, al manejo del proceso clínico, a la administración clínica y a la gestión organizacional. **Consideraciones finales:** Se necesitan esfuerzos continuos por parte de la administración superior y de los profesionales para que mejore el proceso de trabajo y la estructura organizacional en la atención psicossocial, a fin de contribuir al desarrollo de la autonomía del paciente y su reinserción social, de evitar la institucionalización y, especialmente, de garantizar una atención psicossocial segura.

Descritores: Servicios de Salud Mental; Daño del Paciente; Atención Dirigida al Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) consistem em serviços comunitários em saúde mental de atenção diária, oriundos da reforma psiquiátrica no Brasil, sendo considerados componentes importantes da Rede de Atenção Psicossocial, com efetividade reconhecida na assistência de pessoas com sofrimento psíquico grave⁽¹⁾.

Apesar dos avanços da reforma psiquiátrica, a segurança em saúde mental é uma área negligenciada, uma vez que os pacientes podem ter menos probabilidade de ter voz quando se trata de seus cuidados e segurança⁽²⁾.

A segurança do paciente é definida como a redução de riscos e danos desnecessários associados ao cuidado em saúde até um mínimo aceitável⁽³⁾. Estima-se que os incidentes de segurança – eventos ou circunstâncias –, que poderiam resultar ou resultaram em danos desnecessários aos pacientes, acometam milhares de pessoas todos os anos em diversos países do mundo, sendo a maioria evitável⁽⁴⁾. Esses eventos podem ocasionar problemas físicos, psicológicos e sociais aos pacientes e familiares. Além disso, produz impacto econômico, sobrecarrega os sistemas de saúde e interferem na confiabilidade das instituições de saúde⁽⁵⁾.

Embora o foco de investigação sobre a segurança do paciente ainda esteja centrado em hospitais, grande parte do cuidado tem sido realizado na atenção primária à saúde, em que a maioria dos incidentes estão relacionados aos medicamentos e ao diagnóstico do paciente⁽⁶⁾.

No contexto dos serviços psiquiátricos de caráter comunitário é escassa a literatura tanto nacional como internacional que contemple a segurança do paciente^(2,6-7). Por este motivo, existe um incentivo para ampliar o estudo dos incidentes na atenção psicossocial a fim de subsidiar a tomada de decisões mais assertivas, baseada em evidências científicas.

Muitos incidentes de segurança que acontecem no contexto da atenção psicossocial são semelhantes àqueles reportados em outros contextos de assistência, por exemplo, erros de medicação, erros de diagnóstico e acidentes com pacientes, como quedas⁽⁸⁾. Especialistas apontam como área prioritária para as pesquisas na atenção psicossocial a perspectiva do paciente em seus cuidados de saúde mental, incluindo a sua perspectiva sobre o planejamento da segurança dos cuidados, os danos autoprovocados e o processo de medicação⁽⁹⁾.

Para iniciar um processo de engajamento do paciente nesse movimento, os profissionais prestadores de assistência psicossocial precisam estar preparados para reconhecer e compreender os fatores que interferem no desfecho do paciente. Entretanto, ainda é necessário desenvolver instrumentos que direcionem a atuação do profissional nesse contexto, especialmente relacionados à prevenção de incidentes, ao gerenciamento de riscos e ao fortalecimento da cultura de segurança na atenção psicossocial⁽⁶⁻⁷⁾.

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

OBJETIVO

Conhecer os riscos e os fatores relacionados aos incidentes de segurança dos pacientes atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial, na percepção dos profissionais.

MÉTODO

Aspectos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica, Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG), atendendo as exigências éticas propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Referencial teórico-metodológico

Desenho e cenário de estudo

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, por meio de encontros grupais, conduzidos pela metodologia do Ciclo de Aprendizagem Vivencial (CAV), desenvolvido em dois Caps tipo III situados no município de Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil. Um Caps atende adultos portadores de transtornos mentais e o outro, adultos usuários de álcool e drogas.

A abordagem do CAV foi a mais adequada para a sustentação do estudo pois permite alcançar uma mudança positiva na realidade inicialmente problematizada pela vivência em grupo. A metodologia desse ciclo prevê o desenvolvimento de quatro etapas. Na primeira se vivencia uma situação proposta pelo coordenador do grupo, que requer empenho dos participantes para resolução de problemas; na segunda se inicia a análise, com ampla discussão da situação vivenciada, avaliação crítica dos resultados e exposição de sentimentos entre os participantes; na terceira são identificados fundamentos teóricos que permitam a conscientização sobre os aspectos que dificultaram a atividade; e, por fim, na quarta etapa faz-se uma conexão, comparando os aspectos da vivência e teoria com as situações da prática de trabalho e vida⁽¹⁰⁾.

O cenário do Caps III é caracterizado por uma postura mais desafiadora, questionadora e criativa. Ele se destacou por boa interatividade, poder de contextualização a realidades e atitudes mais defensivas. Essa abordagem de pesquisa em diferentes cenários privilegia um ideário construtivista apoiado pela subjetividade, compreensão, diálogo, interatividade, contextualização, realidades múltiplas e relativismo dos conteúdos. Os pesquisadores valorizaram a experiência, o simbólico e a intersubjetividade como elementos da individualidade humana e da realidade social⁽¹¹⁾ e a consciência do papel de cada indivíduo na sociedade e na construção do conhecimento⁽¹²⁾.

A replicação deste estudo em outros campos não garante os mesmos resultados, pois trata-se de equipe multiprofissional com participantes de diferentes formações, com culturas organizacionais distintas, é sabido que cada grupo é único, em sua constituição, história, métodos de trabalho, dentre outras particularidades, no entanto, o processo de pesquisa revelou importantes reflexões que evidenciaram importantes fatos que comprometem a segurança e a qualidade no cuidado de aplicabilidade generalizável.

População

A população constituiu-se de doze profissionais do Caps tipo III Álcool e Drogas e dezenove do Caps tipo III Adulto, totalizando 31 profissionais. Foram incluídos no estudo coordenadores e

equipe técnica de cada serviço, que estavam em atividade no período da coleta de dados e que se dispuseram a participar.

O estudo incluiu diversas categorias profissionais, abrangendo área de ciências da saúde, sociais e humanas, sendo que a soma das identidades profissionais desvelam a riqueza da atenção psicossocial que prevê um cuidado integrado e multiprofissional. A prioridade do estudo foi a opinião dos participantes, suas convicções, suas dúvidas e reflexões confrontadas com as reflexões dos outros. O foco estava no grupo, o que ele pensou, sentiu e disse⁽¹¹⁾.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2016 e abril de 2017, por meio de encontros grupais, conduzidos pela metodologia do CAV.

Foram realizados dezoito encontros, sendo nove encontros em cada um dos Caps. Foram conduzidos com técnicas grupais condizentes com a temática do encontro e com o movimento e características do grupo, assim tiveram duração de três a quatro horas. Ocorreram nas respectivas unidades de trabalho, no momento destinado à reunião das equipes, o que possibilitou a participação do maior número de profissionais. A condução do grupo foi mediada por profissional capacitado para o uso do método e foi adotada a seguinte estrutura para conduzir os encontros e completude do Ciclo de Aprendizagem Vivencial: contrato de convivência, análise do conhecimento prévio sobre segurança do paciente (encontro 1); reflexão do desempenho do profissional nas ações de cuidado (encontro 2); análise da compreensão teórica dos profissionais sobre as terminologias da segurança do paciente (encontro 3); oferta teórica sobre segurança do paciente (encontro 4); reflexão dos processos assistenciais desenvolvidos nos Caps (encontro 5); instrumentalização teórica sobre aspectos da segurança do paciente para identificação de incidentes e situações de risco nos serviços (encontros 6 e 7); incentivo aos profissionais a descreverem os fatores relacionados aos incidentes discutidos nos encontros anteriores (encontros 8 e 9). As técnicas problematizadoras utilizadas no Ciclo de Aprendizagem Vivencial permitiram evidenciar a realidade dos profissionais e conteúdos significativos dos riscos e dos fatores relacionados aos incidentes na segurança dos pacientes no contexto do Caps.

Como limitação da aplicação do CAV destaca-se que houve a participação de uma parcela do corpo integrante da instituição,

o que pode reduzir o impacto das mudanças. Porém, é fundamental para mobilizar as forças impulsionadoras e restritivas do grupo, além de trabalhar no nível emocional e cognitivo, o CAV torna o aprendizado significativo e transformador⁽¹³⁾.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, orientada por Bardin⁽¹⁴⁾, organizada em três polos cronológicos: a pré-análise, momento de organização e reconhecimento dos dados por meio de leitura; exploração do material, em que efetuou-se a codificação dos dados e identificação dos núcleos de sentido consonante com os objetivos; e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Para auxiliar no processo de pré-análise e exploração do material utilizou-se o *software* ATLAS.ti 6.2, que viabilizou a organização do grande volume de material.

Surgiram quatro categorias temáticas a partir da análise dos conteúdos: influência da estrutura física e dispositivos médicos na segurança e comportamento do paciente; processo clínico e o cuidado não singular; interferências da administração clínica na terapia do paciente; e influência dos recursos/gestão organizacional na efetividade das ações de cuidado.

Cada categoria foi exemplificada com os relatos dos profissionais, identificados como Caps III ou Caps AD III, considerando a instituição de origem do relato. Para cada categoria temática foram apresentadas as subcategorias que refletiram as situações de riscos e os fatores relacionados aos incidentes advindos do cuidado prestado nos serviços, a partir da vivência dos profissionais.

RESULTADOS

Participaram 31 profissionais, sendo 21 (67,75%) do sexo feminino e dez (32,25%) do masculino. A idade variou entre 23 e 65 anos, predominando a faixa etária de 23 a 30 anos (41,2%). A formação em ensino superior foi referida por 28 (90,3%) profissionais e incluiu psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, pedagogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, musicoterapeutas, educadores físicos, fisioterapeutas e economistas. Este último exerce a função de Técnico em Enfermagem. Três (9,8%) possuíam curso técnico de enfermagem.

O tempo de trabalho no Caps foi menor que um ano para dez (32,3%) profissionais, dezoito (58%) referiram trabalhar de dois a quatro anos completos e três (9,7%) de cinco a sete anos.

Quadro 1 – Categoria temática – Influência da estrutura física e dispositivos médicos na segurança e comportamento do paciente, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, 2017

Relatos: "Além da estrutura física, o piso molhado escorrega, ausência de lâmpadas, barras de apoio, risco de queda enorme, degraus" (Caps III); "Inadequação da estrutura física, escada, corrimão do banheiro, ausência de camas com proteção, a mobilidade das pessoas que estão sob o efeito de medicação fica prejudicada. Ausência de rampas e presença de muitos degraus" (Caps AD III); "Tem goteira em toda parte, chove dentro igual fora, molha tudo, prontuário, profissional, paciente" (Caps III); "Falta de recursos físicos, como, por exemplo, a visita domiciliar que a gente não consegue completar, não tem carro. Às vezes a gente quer fazer com mais grupos, mas não tem sala" (Caps AD III); "Essa porta da sala e nem o armário não tem chave, tem material cortante aí. O posto de enfermagem não tem tranca, nem o almoxarifado com produtos inflamáveis" (Caps III); "Outro exemplo é que deixa materiais a disposição do usuário, teve um pano que o usuário enrolou no pescoço e tentou se pendurar no banheiro" (Caps III); "Presença de tesoura ao alcance dos usuários nas oficinas, tem que ficar atento, eles podem esconder" (Caps AD III); "Teve um usuário que deu um soco na porta de vidro, mas não tirou, até um menino cortar a mão, aí eles tiraram todos os vidros dela" (Caps III).	
Situações de risco: risco de queda; risco de afogamento; risco de auto e heteroferimento; crise; tentativa de suicídio; recaída para uso de drogas.	Fatores relacionados aos incidentes: buracos no piso; banheiro sem barra de apoio; escada; piso escorregadio; piscina com grade baixa e sem tranca; salas de atendimento e de guarda de materiais sem tranca; estrutura com vidros; espaço físico pequeno para o número de usuários; carro quebrado.

Quadro 2 – Categoria temática – Processo clínico e o cuidado não singular, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, 2017

<p>Relatos: “A nossa dificuldade é só porque nossa comida já vem pronta, vem da rede, não é adaptada ao usuário. Quando eles chegam acontece a consulta de enfermagem, reconhece suas comorbidades, mas depois não tem nenhum mecanismo para reconhecer este usuário quando ele está aqui na hora da refeição” (Caps III); “Tinha que ter um nutricionista em um Caps que seja 24 horas” (Caps III); “Não é feita uma comida diferente para quem precisa, não tem essa possibilidade nem para os profissionais” (Caps AD III); “Tem usuários que precisam de mais sessões de psicoterapia, aqui só faz psicoterapia breve, não temos psicólogos para longo prazo” (Caps AD III); “Experiências que já ocorreram de falar ‘ah, eu quero me suicidar, colocar fogo’, e realmente o profissional não deu tanta importância, não passou para equipe e ele chegou em casa e fez” (Caps III).</p>	
<p>Situações de riscos: hiperglicemia; hipertensão; mani-festações de intolerância alimentar; risco de suicídio.</p>	<p>Fatores relacionados aos incidentes: alimentação é a mesma para todos, não é adaptada ao usuário com multimorbidade; falta de profissional da nutrição; falha na avaliação do paciente; cuidado não centrado no paciente.</p>

Quadro 3 – Categoria temática – Interferências da administração clínica na terapêutica do paciente, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, 2017

<p>Relatos: “Às vezes há agendamento e consultas errados, marca na data errada ou marca com o usuário e esquece de colocar na agenda. Aí o usuário mostra o papel com a data e não está na agenda” (Caps III); “A gente esquece de anotar alguma coisa, a gente pega o caderno para anotar, aí alguém chega e interrompe. Já era, não anota mais, não lembra” (Caps AD III); “Tem vezes que desmarca e não avisa o usuário ou liga para desmarcar consulta, não encontra a pessoa, o usuário no outro dia vem e aparece” (Caps III); “Há coisas que nós não conseguimos, acumulam devido ao problema de articulação com a Rede, então podemos pensar em dano, se a gente não tem para onde mandar” (Caps AD III); “Falta a Rede do lado de fora, a continuidade do cuidado” (Caps III); Desconhecimento do usuário, ele chega e pensa que aqui é atendimento emergencial, quer atendimento com psiquiatra, encaminhamento errado para o Caps” (Caps III); “Já teve de ficar nervoso na portaria, ele veio com encaminhamento errado, a gente orienta, mas ele irritou ‘Que saco, já andei nessa Rede toda e não é aqui’” (Caps III); “Às vezes pode chegar um usuário para fazer um acolhimento, vamos supor que o usuário precisa de acolhimento noturno, vai ter que esperar um pouco, entrar na fila de espera” (Caps AD III); “Tem época que vai chegando já atende. Tem dia que é mais demorado, tem que esperar para fazer o acolhimento” (Caps III).</p>	
<p>Situações de risco: deslocamento desnecessário à unidade; ansiedade; crise; atraso no início do tratamento adequado; não recebe cuidado adequado à demanda; sofrimento mental; óbito; desmotivação e/ou desistência do tratamento; agravamento da situação clínica e psicossocial do usuário.</p>	<p>Fatores relacionados aos incidentes: sobrecarga de trabalho; agendamento errado (não anota na agenda do médico); desmarcar e não avisar o usuário; falta de serviços na Rede; desconhecimento da Rede; encaminhamento errado; vai ao Caps sem ter demanda; fila de espera para acolhimento noturno; desarticulação entre os serviços da Rede de atenção.</p>

Quadro 4 – Categoria temática – Influência dos recursos/gestão organizacional na efetividade das ações de cuidado, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, 2017

<p>Relatos: “A demanda do serviço dificulta as medidas de segurança no ambiente” (Caps III); “HGT agora não temos, o aparelho de pressão tem um digital muito desregulado, mas vejo muita gente usando, é um risco” (Caps AD III); “A farmácia dispensa medicação, o usuário chega gritando e nervoso, só o farmacêutico entrega, só tem um, aí é situação de risco” (Caps III); “Existem maneiras de a gente diminuir esses erros, infelizmente, aqui não consegue porque não temos um sistema informatizado. Quando você tem um sistema informatizado você consegue minimizar os erros” (Caps III); “Nosso sistema é manual de dispensa, mas os medicamentos são organizados no armário” (Caps AD III); “Sempre falta medicação, nunca tem tudo que precisamos” (Caps AD III); “Temos infestação de percevejos novamente. Se a gente pudesse ter mais técnicos de enfermagem, mais equipes para cuidar dos leitos, falta a mão de obra” (Caps AD III); “Já teve infestação de carrapato (...) e colocamos remédio no cachorro” (Caps AD III); “Com a demanda aqui é impossível eu conhecer todo mundo, falar com todo mundo e entender a necessidade de cada um ali” (Caps III); “Tem dia que essa sala está lotada, grupo com mais de 30 pessoas, não chega nem a ser roda de conversa, é roda de palavra, o psicoterapeuta às vezes nem escuta a pessoa” (Caps III); “Se você está limpando um banheiro ali, você vai e tem um probleminha com a limpeza, um litro de álcool ali e tem um usuário que é alcoolista” (Caps AD III).</p>	
<p>Situações de risco: falso resultado da pressão arterial e glicemia; falta de medicação; sistema manual de dispensação; armazenamento das medicações em um único armário; infestação de percevejos; aparecimento de carrapatos; não realização de atendimento individual a médio ou longo prazo; grupos sem finalidade terapêutica; descontinuidade do cuidado; frustração do usuário; risco de recaída para uso de drogas.</p>	<p>Fatores relacionados aos incidentes: falta de manutenção no aparelho de pressão arterial; falta do aparelho de HGT; ansiedade do usuário; crise; dispensação de medicamento errado; falta de material para realização da higienização do ambiente e do usuário; poucos profissionais da enfermagem para cuidar da higiene e limpeza dos leitos; falta de dedetização periódica da unidade; déficit de profissional por número de usuários; negligência do profissional.</p>

Os relatos dos profissionais permitiram identificar as situações de riscos e os fatores relacionados aos incidentes na assistência ao paciente em atendimento psicossocial. Os Quadros 1, 2, 3 e 4 apresentam a síntese dos relatos, conforme as categorias temáticas levantadas.

DISCUSSÃO

No contexto da Política Nacional de Saúde Mental, discutir segurança do paciente se faz necessário, uma vez que consiste em um atributo da qualidade do cuidado^(2,15). Tratam-se de condutas preventivas e educativas dos processos assistenciais, com o intuito de identificar incidentes antes que causem danos aos pacientes. É

importante conhecer os processos mais críticos e com maior probabilidade de incidentes para que seja possível desenvolver ações eficazes de prevenção e mitigação de riscos no cuidado à saúde⁽¹⁵⁾.

A análise dos dados revelou que um dos riscos se relaciona à baixa articulação da Rede de Atenção, influenciando o atendimento ofertado pelo Caps. Assim, somente a oferta do serviço no território não produzirá a desinstitucionalização das práticas envolvidas pela cultura manicomial, mas pelo caráter das ações desenvolvidas por ele⁽¹⁶⁾. A institucionalização está relacionada ao desconhecimento sobre os serviços disponíveis na Rede e ao insuficiente número de profissionais para acompanhar o paciente no processo de reinserção social, resultando em dificuldades de

realização de alta do Caps. Essa realidade foi levantada nas falas dos profissionais, especialmente nas categorias que versam sobre a influência da administração clínica e dos recursos organizacionais na terapêutica do paciente.

A falta de serviços ou o desconhecimento da Rede de Atenção leva o paciente a ficar dependente das estruturas do Caps, dificultando a reinserção social e o desenvolvimento da autonomia. Isso prejudica o cumprimento dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e das iniciativas de reinserção e reabilitação para o trabalho e lazer, na perspectiva da Política Nacional de Saúde Mental, bem como se configura em incidente relacionado ao processo clínico, já que o tratamento adequado não está sendo desenvolvido.

Os Caps devem promover articulação entre os demais serviços de saúde e com os dispositivos sociais destinados ao lazer, configurando-se como um espaço indutor de novas práticas e posturas, promovendo o resgate da autonomia⁽¹⁷⁾. A existência de falhas nessa articulação resulta em encaminhamentos errados ao serviço, retardo no início do tratamento, aumento do sofrimento mental e até o óbito.

A institucionalização nos Caps é justificada por ter poucos profissionais em relação ao grande número de pacientes, o que inviabiliza acompanhar o paciente no processo de inserção, resultando em não realização de alta do serviço. Estudo realizado nos Caps dos municípios do interior do estado de Goiás encontrou investimentos insuficientes em recursos humanos, no qual 68% dos serviços não possuíam equipe mínima preconizada, apresentando necessidade de fortalecimento dos vínculos empregatícios, remuneração condizente com o desempenho profissional, melhorias das condições de trabalho, além da capacitação dos seus profissionais⁽¹⁸⁾.

O ato de somente orientar e encaminhar pode ser insuficiente no processo de desinstitucionalizar. A desinstitucionalização dos serviços de saúde mental está diretamente associada à qualidade do cuidado e a uma melhor autonomia por parte dos pacientes⁽¹⁹⁾.

Os profissionais reconheceram riscos à segurança dos pacientes em diversos aspectos de estrutura física das unidades. Os Caps funcionam em casas alugadas, pouco apropriadas para o funcionamento de um serviço de saúde, e ainda com algumas especificidades físicas incompatíveis com aspectos para a saúde mental. Destaca-se uma piscina com grade baixa e sem tranca, representando risco de afogamento, buracos no chão, banheiro sem barras de apoio, escadas sem barras, piso escorregadio propício a quedas, vidros nas janelas e portas, podendo ser quebrados, ferindo pacientes e/ou profissionais.

Dentre os riscos relacionados à estrutura física destaca-se as quedas, resultando em morbidade, mortalidade e medo de sofrer uma nova queda⁽²⁰⁾. A redução de quedas nesses ambientes pode ser conseguida por meio da abolição do uso de cera no piso ou substituição por cera antiderrapante, colocação de barras de apoio nos banheiros próximo ao vaso sanitário e chuveiro, colocação de degraus duplos para os pacientes em beira leito e pedido de aquisição de camas com grade de proteção que permitam ajuste da altura em relação ao chão⁽²¹⁾.

O uso de algumas medicações pode prejudicar a capacidade da pessoa levantar e mover de forma independente. Deste modo, torna-se necessário adequar a estrutura física e o mobiliário às características da população atendida, como medida eficaz no controle de fatores de riscos extrínsecos⁽²⁰⁾.

O espaço físico pequeno para o elevado número de pacientes que circulam nos Caps, somado ao baixo número de profissionais, impossibilita o acompanhamento e abordagem adequada aos pacientes. A atenção inadequada apresenta riscos de desencadeamento de crises depressivas, ansiosas ou psicóticas, tentativas de suicídio, suicídio e recaídas para uso de drogas.

Para todo o município, o Caps III possui capacidade para quatorze acolhimentos noturnos (sete leitos de cada sexo) e o Caps AD III para quinze acolhimentos noturnos (dez leitos masculinos e quatro femininos). Esse número de leitos mostra-se insuficiente para uma população de mais de meio milhão de habitantes, assim, recorrentemente há fila de espera para acolhimento noturno. Esta espera pode desmotivar o usuário de drogas ou a pessoa em depressão a iniciar o tratamento e até mesmo fazê-los desistirem do tratamento, o que pode desencadear agravamento da situação clínica e psicossocial dos pacientes de ambos os Caps.

Além disso, existe precariedade em relação à manutenção de aspectos estruturais, como falta de dedetização periódica para controle de insetos e pragas. As ferroadas dos artrópodes causam lesões, dermatoses e diversas doenças infecciosas ou parasitárias, que devem ser investigadas quanto a evidências clínicas, epidemiológicas e laboratoriais⁽²²⁾.

Manter bons hábitos de higiene pessoal e no ambiente diminui as chances de infestações, caracterizadas pela proliferação descontrolada de insetos⁽²²⁾, o que desperta atenção pois nos Caps faltam materiais de higiene e limpeza do ambiente e de higiene pessoal dos pacientes e profissionais.

Ambos os Caps possuem aparelhos para verificação da pressão arterial e glicemia dos pacientes, no entanto, estes equipamentos não recebem manutenção adequada, oferecendo riscos de resultados falsos. A não detecção de picos hipertensivos e hiperglicêmicos pode gerar consequências clínicas ao paciente ou até mesmo levá-lo a óbito⁽²³⁾.

A insuficiência de recursos humanos incompatíveis com as necessidades do serviço gera sobrecarga no trabalho, que, por consequência, leva à rotatividade de profissionais, desordem dos prontuários, desmotivação profissional, negligência dos profissionais, não continuidade dos acordos firmados em reunião com a equipe, falta ou erros de comunicação, desorganização do trabalho, insatisfação e diminuição da produtividade. Estes fatores expõem os pacientes a incidentes, inviabilizando o desenvolvimento terapêutico e dificultando a adesão ao tratamento necessário para reabilitação⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Em relação à dispensação de medicamentos, os profissionais relataram incidentes, como a falta de medicação, dispensação de medicamento errado decorrente do sistema manual de dispensação (o profissional dispensa sozinho) e o armazenamento das medicações em um único armário. A baixa disponibilidade de medicamentos é uma dificuldade do SUS, demonstrando que o sistema de saúde não ocorre de forma universal, equânime e resolutiva à população⁽²⁶⁾.

No setor público, a cobertura da medicação é imprescindível, pois a falta de medicamentos nas unidades de saúde colocam em risco a saúde e a vida dos pacientes que não têm renda para efetuar a compra da medicação⁽²⁷⁾. Essa ocorrência onera o Estado, pois a doença se agrava, sendo necessária a atenção hospitalar.

Também foi identificado como fator de risco para ocorrência de incidentes o modo de guardar os medicamentos nos Caps.

Estes são acondicionados em um único armário, com o perigo de semelhanças de rotulagem e nomes dos medicamentos, potencial para os erros de dispensação⁽²⁸⁾. A similaridade de embalagens e rótulos são confundíveis, induzindo os profissionais envolvidos na dispensação e administração desses medicamentos a trocas não intencionais.

A dispensa dos medicamentos nos Caps ocorre pelo farmacêutico de forma manual e em ambiente que, embora privativo, não é à prova de ruídos externos, dificultando a concentração do profissional. No momento da dispensação é cobrado agilidade do profissional para atender a pressão dos pacientes para receber a medicação rapidamente.

As falhas na dispensação significam o rompimento de um dos elos da segurança no uso dos medicamentos, como dose maior que a necessária, gerando risco de toxicidade ou dose menor que a necessária, caracterizando a subdose, além de dispensa do medicamento errado ou na forma farmacêutica errada (dispensação de um medicamento correto, porém em forma farmacêutica diferente da prescrita). Estes erros indicam que a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes, como o uso do código de barras na dispensação, medida fundamental para minimizar os incidentes envolvendo medicamentos. Dessa forma, é necessária a introdução de um ambiente calmo para a dispensa dos medicamentos, capacitação e treinamento dos funcionários e implantação do processo de auxílio na dispensação para o profissional farmacêutico⁽²⁹⁾.

Em relação aos registros e informações, estes ficam comprometidos, pois não ficam em locais seguros e privativos. Nos Caps III, os prontuários ficam em uma sala sem tranca, de livre acesso e com goteiras, representando risco eminente de perda de dados. Os registros devem estar protegidos contra perda, destruição e adulteração, mantendo os prontuários em áreas onde somente os profissionais autorizados têm acesso, e que não há possibilidade de danos por calor, água ou fogo⁽³⁰⁾.

Em um contexto em que a preocupação com a qualidade e a segurança do cuidado à saúde ganha repercussão mundial, conhecer os riscos e os fatores relacionados aos incidentes na segurança psicossocial pode direcionar a políticas de gestão e avaliação mais eficazes, tendo como foco a assistência especializada que garanta o cuidado seguro do paciente.

Considerando a complexidade do sistema de cuidado em saúde e a variedade de serviços ofertados, os incidentes estão relacionados às questões de estrutura e organização dos serviços, somados à condição humana⁽⁵⁾. Ressalta-se, entretanto, a importância de se priorizar estudos na área de atenção psicossocial decorrente da necessidade de se ampliar conceitos. O grande desafio é considerar a presença de fatores intrínsecos ao paciente, especialmente os relacionados aos comportamentos individuais, como fuga, violência, autoflagelação e suicídio^(8,31). Tais fatores constituem resultados ruins, específicos para a saúde mental e para o controle desses desfechos. O profissional deve estar qualificado para perceber e prever esses comportamentos, a fim de evitar a omissão de cuidados e assegurar uma intervenção no tempo adequado.

Os fatores que podem agravar uma situação de crise também devem ser gerenciados. Na saúde mental, profissionais reconhecem que o termo "risco" evoca a discussão da conduta individual

dos pacientes e a dificuldade em fornecer cuidados clínicos ao lidar com comportamentos imprevisíveis⁽³¹⁾. Estes podem surgir de fatores ligados ao contexto do paciente e de características do ambiente físico, dando origem a um aumento do risco para o paciente e para terceiros. Desenvolver o profissional para essa análise sistêmica do ambiente durante a assistência psicossocial torna-se uma competência imprescindível para a segurança, implicando em um plano de cuidado mais individualizado.

Por estas especificidades, três das seis áreas consideradas prioritárias para uma assistência psicossocial segura envolvem o cuidado centrado no paciente, destacando-se a necessidade de incentivar pesquisas sobre as contribuições do paciente para sua própria segurança, sua perspectiva sobre segurança no uso de medicamentos e as perspectivas sobre cultura de segurança em pacientes automutiladores. As demais áreas prioritárias versam sobre o bom planejamento individualizado de segurança, planos para a melhoria de segurança e fatores para reduzir a prática restritiva, incluindo contenção e reclusão⁽⁹⁾. De modo transversal, os relatos dos participantes confirmam essa necessidade de esforço coletivo para elucidar as práticas seguras na atenção psicossocial e instrumentalizar os profissionais para a efetividade das ações.

O presente estudo constituiu-se a partir da proposta avaliativa de uma realidade, direcionada pelo Ciclo de Aprendizagem Vivencial, permitindo romper com os enfoques tradicionais de pesquisa, no que tange à técnica de coleta de dados, ampliando as bases teórico-metodológicas no escopo das pesquisas qualitativas. O método possibilitou ao grupo refletir sobre suas ações, incentivando o diálogo e a troca de saberes, que culminaram no processo de aprendizagem.

Limitações do estudo

Considerando a importância dos resultados obtidos, o estudo apresenta como limitação ter sido realizado em um cenário restrito, incluindo apenas dois Caps tipo III, adulto, os únicos habilitados até o ano de 2015 no estado de Goiás.

É sabido que o número de Caps de complexidade tipo III no estado de Goiás, e também no Brasil, está aumentando consideravelmente. Sendo assim, é necessário ampliar os estudos nos diversos territórios, incluindo diferentes faixas etárias, considerando suas peculiaridades, para permitir a generalização dos dados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O presente estudo traz como principal contribuição o diagnóstico de situações de risco para a ocorrência de incidentes e seus fatores relacionados, a partir da vivência do profissional que atua diretamente com a assistência psicossocial. Reconhecer a existência desses fatores no ambiente de prática é o primeiro passo para disparar ações corretivas e de melhoria no processo de trabalho.

Os resultados reforçam a necessidade de priorizar a gestão do conhecimento dos profissionais, com foco na Política Nacional de Saúde Mental e de Segurança do Paciente.

Ressalta-se, ainda, a contribuição do método de coleta de dados utilizado, que permitiu conduzir as discussões grupais a

partir de reflexões da prática profissional e do diálogo, que foram convertidos em práticas assistenciais, possibilitando o papel social da pesquisa em curto espaço de tempo. Considera-se, portanto, que o Ciclo de Aprendizagem Vivencial é um fértil intercâmbio entre pesquisa e prática, ressaltando, ainda, a contribuição teórica que essa relação proporciona aos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As situações vivenciadas pelos profissionais durante a assistência ao paciente em necessidade psicossocial apresentam riscos à sua própria segurança, associados à estrutura física, à disponibilidade de equipamentos e dispositivos médicos, à condução do processo clínico, à administração clínica e à gestão organizacional.

O estudo reflete a necessidade de esforços contínuos por parte da alta direção e dos profissionais da assistência direta, com o intuito de promover estrutura física, humana e organizacional adequadas às necessidades dos pacientes em atenção

psicossocial, aliada à cultura de segurança dos serviços prestados. A capacidade de prever situações problemáticas e antecipar o incidente, considerando os fatores intrínsecos relacionados ao comportamento imprevisível do paciente foi revelada como ponto crítico na promoção do cuidado seguro e deve ser melhor explorada pelas pesquisas e melhor analisada pelos profissionais.

Os riscos levantados direcionam a adoção de ações corretivas e preventivas, resultando em melhorias nos processos assistenciais. Ampliar a capacidade de resposta aos pacientes em atenção psicossocial favorece a redução da institucionalização e, conseqüentemente, o desenvolvimento da autonomia e reinserção social do paciente, aumentando a resolutividade da assistência e convergindo com o cerne do cuidado em saúde.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Capes, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Salles MM, Barros S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 11];37(97):324-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a14.pdf>
2. D'Lima D, Crawford MJ, Darzi A, Archer S. Patient safety and quality of care in mental health: a world of its own? *BJPsych Bulletin* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 22];41(5):241-43. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623880/pdf/pbrcpsych_41_5_001.pdf
3. World Health Organization–WHO. World alliance for patient safety. *Taxonomy. Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Genebra; 2009.
4. Michel P, Brami J, Chanière M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, et al. Patient safety incidents are common in primary care: a national prospective active incident reporting survey. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 23];12(2):e0165455. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5308773/pdf/pone.0165455.pdf>
5. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety - strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 09]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/The_Economics_of_patient_safety_Web.pdf
6. Marchon SG, Mendes Jr WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 12];30(9):1815-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1815.pdf>
7. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Jr RF, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 7];23(1):161-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf>
8. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Canales Juan MA. Patient safety incidents and nursing workload. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 24];25:e2841. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2841.pdf>
9. Dewa LH, Murray K, Thibaut B, Ramtale SC, Adam S, Darzi A, et al. Identifying research priorities for patient safety in mental health: an international expert Delphi study. *BMJ Open* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 22];8:e021361. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/3/e021361.full.pdf>
10. Moscovici F. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. 17th ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2009.
11. Alarcão I, Tavares J, Mealha O, Souza DN. The university for the next twenty years: a view based on a scenario methodology. *Rev Port Educação* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 24];31(1):108-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.21814/rpe.12622>
12. Mealha O, Alarcão I, Almeida CA, Oliveira JB, Tavares J, Souza DN. A 20 year perspective of the university with a marker model: the relevance of opinion. *Abstracts Book of 3rd World Conference on Qualitative Research* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 24];26-8. Available from: <https://proceedings.wcqr.info/index.php/wcqr2018/article/view/40/39>
13. Albino PMB. Learn process based on the experimental learning cycle: an application to cooperate training. *RGC*. 2014;1(2):87-6.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4th ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária–Anvisa (BR). *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2013.

16. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Working processes of professionals at Psychosocial Care Centers (CAPS): an integrative review. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 27];23(1):141-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/en_1413-8123-csc-23-01-0141.pdf
17. Dutra VFD, Bossato HR, Oliveira RMP. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 23];21(3):e20160284. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf>
18. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Development of human resources for work in mental health services. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 02];22(4):1142-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_33.pdf
19. Taylor Salisbury T, Killaspy H, King M. The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: a cross-sectional study. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 11];42:95-102. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933816301778>
20. Rosa CDP, Menezes MAJ. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. *RGSS* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 12];4(1):55-70. Available from: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/177/157>
21. Joint Commission. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. *Sentinel Event Alert* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 12];(55):1-5. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-55-preventing-falls-and-fall-related-injuries-in-health-care-facilities/>
22. Kasper DL, Fauci AS. *Doenças infecciosas de Harrison*. 2nd ed. São Paulo: Artmed; 2015.
23. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Bianco HT, Chacra APM, Bertoluci MC, et al. Diretriz brasileira baseada em evidências sobre prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes: posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 27];19(6):1-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n6s1/0066-782X-abc-109-06-s1-0001.pdf>
24. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 14];18(1):122-29. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf
25. Ferreira DKS, Medeiros SM, Carvalho IM. Psychological distress in nursing worker: an integrative review. *Rev Pesqui: Cuid Fundam* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 12];9(1):253-58. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3912/pdf>
26. Álvares J, Guerra Jr AA, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO, et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 24];51(Suppl-2):1-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/0034-8910-rsp-51518-51-s2-87872017051007139.pdf>
27. Barros RD, Costa EA, Santos DB, Souza GS, Álvares J, Guerra Jr AA, et al. Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 07];51 Suppl 2:1-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/0034-8910-rsp-51518-51-s2-87872017051007138.pdf>
28. Costa DG, Pasin SS, Magalhães AMM, Moura GMSS, Rosso CB, Saurin TA. Analysis of the preparation and administration of medications in the hospital context based on Lean thinking. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 24];22(4):e20170402. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/1414-8145-ean-22-04-e20170402.pdf>
29. Aldhwaihi K, Schifano F, Pezzolesi C, Umaru K. A systematic review of the nature of dispensing errors in hospital pharmacies. *Integr Pharm Res Pract* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 17];5:1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741032/pdf/iprp-5-001.pdf>
30. Price M, Singer A, Kim J. Adopting electronic medical records: are they just electronic paper records? *Can Fam Physician* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 17];59:322-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710063/pdf/059e322.pdf>
31. Anderson JE, Kodate N, Walters R, Dodds A. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 22];25(2):141-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335058>