

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DEISE VACARIO DE QUADROS

**MODELAGEM DE PROCESSO EM QUEDAS DE PACIENTES ADULTOS
HOSPITALIZADOS E A PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM
COMO SEGUNDA VÍTIMA**

PORTO ALEGRE

2020

DEISE VACARIO DE QUADROS

**MODELAGEM DE PROCESSO EM QUEDAS DE PACIENTES ADULTOS
HOSPITALIZADOS E A PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM
COMO SEGUNDA VÍTIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Daiane Dal Pai.

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães.

PORTO ALEGRE

2020

CIP - Catalogação na Publicação

QUADROS, DEISE VACARIO DE
MODELAGEM DE PROCESSO EM QUEDAS DE PACIENTES
ADULTOS HOSPITALIZADOS E A PERSPECTIVA DO TRABALHADOR
DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA / DEISE VACARIO DE
QUADROS. -- 2020.
104 f.
Orientador: DAIANE DAL PAI.

Coorientador: ANA MARIA MÜLLER DE MAGALHÃES.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. ENFERMAGEM. 2. ACIDENTES POR QUEDAS. 3.
HOSPITALIZAÇÃO. 4. SAÚDE DO TRABALHADOR. 5. MODELAGEM
DE PROCESSO. I. DAL PAI, DAIANE, orient. II. MÜLLER
DE MAGALHÃES, ANA MARIA, coorient. III. Título.

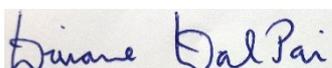
DEISE VACARIO DE QUADROS

MODELAGEM DE PROCESSO EM QUEDAS DE PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS E A PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 03 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Presidente da Banca – Orientadora

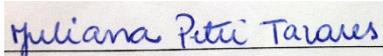
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

Membro da Banca – Coorientadora

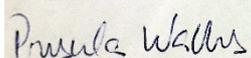
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Juliana Petri Tavares

Membro da Banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Priscila Wachs

Membro da Banca

UFRGS



Profa. Dra. Isis Severo

Membro da Banca

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA

*Dedico este trabalho ao Vitor, meu orgulho,
com todo meu amor*

AGRADECIMENTOS

À Deus, sem Ele nada seria possível.

Às minhas orientadoras, Profa. Ana Maria Müller de Magalhães, que através do seu exemplo profissional e pessoal despertou meu desejo pela pesquisa. Ela iniciou comigo essa caminhada, me inserindo em um projeto seu, o qual teve este trabalho como um dos desdobramentos; e à Profa. Daiane Dal Pai pelos ensinamentos, pelas orientações e por todo seu empenho que me fizeram mergulhar nesse universo da saúde do trabalhador. Agradeço, imensamente, a vocês, pela confiança em mim depositada.

À minha mãe, Aidê, sempre imprescindível. Pelo exemplo, pelo incentivo e por todo apoio.

Ao meu esposo, Silvio Grando, pelo incentivo para que eu fizesse o mestrado, me auxiliando ainda mais nas atividades familiares. Por toda valorização e reconhecimento.

Ao meu filho, Vítor, pela alegria que traz para nossa família.

Ao Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE – e ao Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional – GISO – por proporcionarem meu desenvolvimento profissional e por todo aprendizado.

À minha grande amiga de todas as horas, Michele Schmid, por seu companheirismo, seu incentivo, por todo carinho.

Aos meus colegas da Unidade de Internação 3º Sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que me auxiliaram, incondicionalmente, fazendo trocas de turno.

Às enfermeiras e técnicas(os) de enfermagem das unidades de internação clínica e cirúrgica que aceitaram participar desse estudo.

A todos que de alguma forma permitiram que esse trabalho fosse realizado.

Muito Obrigada!

RESUMO

A queda constitui um evento adverso que não decorre do curso natural da doença, a qual rompe com a qualidade assistencial e a segurança do paciente. Este trabalho teve por objetivo analisar as quedas de paciente adultos hospitalizados por meio da modelagem de processo e da perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima. Consistiu em um estudo exploratório, descritivo e sequencial, na perspectiva qualitativa, o qual foi realizado em duas etapas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Na primeira etapa, a população do estudo foram os pacientes internados no HCPA entre julho de 2018 a julho de 2019. Na amostra foram selecionados pacientes que apresentaram queda dentro da instituição e que tiveram grau de dano compreendidos de moderado até óbito. A coleta de dados foi realizada utilizando-se o banco de dados institucional, o sistema de Gestão Estratégica e as informações de prontuários, na sequência os dados foram analisados utilizando o Software *FRAM Model Visualiser*. Na segunda etapa, por amostragem aleatória, os profissionais de enfermagem que trabalhavam nas unidades de internação em que aconteceram as quedas foram convidados a participar de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados utilizando a construção de categorias e subcategorias na perspectiva de Bardin. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob número de CAEE 35069714.7.0000.5327. Os resultados permitiram identificar a ocorrência de 447 quedas na instituição, 242 (54,1%) nas unidades de internação adulto, sendo 12 (2,7%) com dano de moderado a grave. A modelagem das quedas identificou que a variabilidade para a ocorrência das mesmas foi maior à noite, pela ausência de familiar/acompanhante, pela falta de percepção da mudança de estado geral do paciente, pela impossibilidade da enfermagem em acompanhar o paciente em tempo integral e pela não identificação do risco de queda. Os principais sentimentos do trabalhador, envolvidos como segunda vítima, são a culpa, o sofrimento, a preocupação, a responsabilidade sobre o (im)possível e a banalização. A modelagem de processo com o uso da ferramenta FRAM permitiu a identificação da variabilidade, as oportunidades para reduzir essa variabilidade e suas repercussões. Em adição a isso, a perspectiva do profissional pode ser incorporada possibilitando as reflexões acerca da identificação dos cenários da prática já vivenciados e do contexto em que estão inseridos pacientes, seus acompanhantes/familiares e os profissionais. A multimodalidade da ocorrência da queda demanda estratégias coadunadas com a educação de pacientes, familiares e acompanhantes, formação de profissionais com abordagem multidisciplinar, investimento na estrutura física e uma rede de apoio emocional tanto individual, por pares, quanto

institucional, para os profissionais envolvidos como segundas vítimas. A abordagem deve contemplar a necessidade de acolhimento dos profissionais através de uma escuta ativa e qualificada e além disso, envolver profissionais de diferentes áreas neste processo de prevenção das quedas.

Palavras-chave: Enfermagem. Acidentes por Quedas. Hospitalização. Saúde do Trabalhador. Modelagem de Processo.

ABSTRACT

The fall is an adverse event that does not result from the natural course of the disease, which breaks with the quality of care and patient safety. This study aimed to analyze how falls of hospitalized adult patients through process modeling and the perspective of the nursing worker as a second victim. It consisted of an exploratory, descriptive and sequential study, from a qualitative perspective, which was carried out in two stages at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). In the first stage, the study population consisted of patients admitted to the HCPA between July 2018 and July 2019. In the sample, patients who fell within the institution and whose degree of damage ranged from moderate to death were selected. Data collection was performed using the institutional database, the Strategic Management system and information from medical records, in the sequence of data were obtained using the FRAM Model Visualiser Software. In the second stage, by random sampling, the nursing professionals who worked in the inpatient units where they happened as falls were transformed into participating in a semi-structured interview. The data used the construction of categories and subcategories in the perspective of Bardin. The research project was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre under number CAEE 35069714.7.0000.5327. The results made it possible to identify the occurrence of 447 falls in the institution, 242 (54.1%) in adult inpatient units, 12 (2.7%) with moderate to severe damage. The modeling of the falls identified that their was higher at night, due to the absence of a family member, the lack of perception of the change in the patient's general state, the impossibility of nursing to monitor the patient full time and the failure to identify the risk of falling. The main feelings of the worker, responsible as the second victim, are guilt, suffering, responsibility for the impossible and banalization. The modeling of the process using the FRAM tool allowed the identification of variability, the opportunities to reduce this variability and its repercussions. In addition to this, the perspective of the professional can be incorporated allowing reflections on the identification of the practice scenarios already experienced and the context in which patients, their companions/family members and professionals are inserted. The multimodality of the occurrence of falls demands an objective consistent with the education of patients, families and companions, training of professionals with a multidisciplinary approach, investment in physical structure and an emotional support network, both individual, per peers, and institutional, for the professionals involved as second victims. The approach must contemplate the need to welcome

professionals through active and qualified listening and also involve professionals from different areas in this process of preventing falls.

Keywords: Nursing. Accidental Falls. Hospitalization. Occupational Health. Workflow.

RESUMEN

La caída es un evento adverso que no es el resultado del curso natural de la enfermedad, que rompe con la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Este trabajo tuvo como objetivo analizar caídas en pacientes adultos hospitalizados a través del modelado de procesos y desde la perspectiva del trabajador de enfermería como segunda víctima. Consistió en un estudio exploratorio, descriptivo y secuencial, desde una perspectiva cualitativa, que se llevó a cabo en dos estadios en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). En la primera etapa, la población del fueron pacientes ingresados en el HCPA entre julio de 2018 y julio de 2019. En la muestra seleccionada de pacientes que presentaron caídas dentro de la institución y que tenía un grado de daño que iba desde moderado hasta la muerte. Se realizó la recolección de datos utilizando la base de datos institucional, el sistema de Gestión Estratégica y la información de registros médicos, luego los datos se analizaron utilizando el software *FRAM Model Visualiser*. En la segunda etapa, por muestreo aleatorio, los profesionales de enfermería que trabajaron en las unidades de hospitalización donde ocurrieron las caídas fueron invitados a participar en una entrevista semiestructurada. Los datos se analizaron utilizando la construcción de categorías y subcategorías en la perspectiva de Bardin. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre bajo número CAEE 35069714.7.0000.5327. Los resultados permitieron identificar la ocurrencia de 447 caídas en la institución, 242 (54,1%) en unidades de hospitalización de adultos, 12 (2,7%) con daño moderado a severo. El modelado de las caídas identificó que la variabilidad para su ocurrencia fue mayor en la noche, debido a la ausencia de un familiar/acompañante, la falta de percepción del cambio en el estado general del paciente, debido a la imposibilidad de enfermería en el seguimiento del paciente a tiempo completo y en no identificar el riesgo de caídas. Los principales sentimientos del trabajador, implicado como segunda víctima, son la culpa, sufrimiento, preocupación, responsabilidad por lo (im)posible y banalización. El modelado de procesos utilizando la herramienta *FRAM* permitió la identificación de la variabilidad, oportunidades para reducir esa variabilidad y sus repercusiones. En adicción a ello se puede incorporar la perspectiva del profesional permitiendo las reflexiones sobre la identificación de los escenarios de práctica ya experimentados y el contexto en el que se insertan pacientes, sus acompañantes/familiares y profesionales. La multimodalidad de la ocurrencia de la caída demanda estrategias consistentes con la educación de pacientes, familias y acompañantes, formación de profesionales con enfoque multidisciplinar, inversión en estructura física y una red de apoyo

emocional, tanto individualmente, por pares, y institucional, para los profesionales involucrados como segundas víctimas. El enfoque debe contemplar la necesidad de acoger a los profesionales mediante la escucha activa y cualificados y además, involucrar a profesionales de diferentes áreas en este proceso de prevención de caídas.

Palabras clave: Enfermería. Accidentes por Caídas. Hospitalización. Salud Laboral. Flujo de Trabajo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde	23
Figura 1 – Aspectos de uma função no FRAM	25
Quadro 2 – História natural do fenômeno da segunda vítima e os estágios do processo de recuperação	30
Quadro 3 – Distribuição das quedas segundo período de estudo	36
Figura 2 – Processo inicial prescrito para prevenção do risco de queda	37
Figura 3 – Identificação do risco de queda e sinalização do paciente	38
Figura 4 – Registro em prontuário e orientações	39
Figura 5 – Orientações dos cuidados	40
Figura 6 – Modelagem de processo para identificação do risco de queda	41
Quadro 4 – Quedas com dano moderado a grave	42
Figura 7 – Modelagem do Caso A	44
Figura 8 – Modelagem do Caso B	47
Figura 9 – Modelagem do Caso C	48
Figura 10 – Modelagem do Caso D	49
Quadro 5 – Distribuição das categorias e subcategorias	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPNSP	Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
COMPESQ	Comissão em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
ER	Engenharia de Resiliência
FRAM	<i>Functional Resonance Analysis Method</i>
GR	Comissão de Gerenciamento de Risco
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
MEC	Ministério da Educação
MISE	<i>Mittigating Impact in Second Victims</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RISE	<i>Resilience in Stressful</i>
SMO	Serviço de Medicina Ocupacional
SSC	Sistemas Sociotécnicos Complexos
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1	A segurança do paciente e a queda	21
3.2	A organização hospitalar e a potencialidade da modelagem de processo	23
3.3	O erro humano e a segunda vítima	26
4	MÉTODO	31
4.1	Tipo de estudo	31
4.2	Campo de estudo	31
4.3	Primeira etapa do estudo	32
4.3.1	População e amostra	32
4.3.2	Coleta dos dados	32
4.3.3	Análise dos dados	32
4.4	Segunda etapa do estudo	33
4.4.1	População e amostra	33
4.4.2	Coleta dos dados	33
4.4.3	Análise dos dados	34
4.5	Aspectos éticos	35
5	RESULTADOS	36
5.1	Ocorrência de quedas de pacientes com dano moderado a grave	36
5.2	Modelagem de processo em quedas de pacientes adultos hospitalizados	36
5.2.2	Agrupamento por casos	43
5.2.2.1	Caso A (Quedas 1 e 11 – Figura 7)	43
5.2.2.2	Caso B (Quedas 2, 3 e 12 – Figura 8)	45
5.2.2.3	Caso C (Quedas 4, 5, 6, 7, 8 e 9 – Figura 9)	45
5.2.2.4	Caso D (Queda 10 – Figura 10)	46

5.3	As quedas na perspectiva do trabalhador de enfermagem	50
5.3.1	Caracterização dos participantes	50
5.3.2	Perspectivas do trabalhador e as possíveis repercussões sobre a segunda vítima	50
5.3.3	A complexidade dos cuidados para prevenir as quedas	51
5.3.3.1	<i>Um protocolo, muitos cuidados</i>	51
5.3.3.2	<i>Dimensão multiprofissional da queda</i>	52
5.3.4	A centralidade da/na educação para a prevenção das quedas	54
5.3.4.1	<i>Orientação aos pacientes</i>	54
5.3.4.2	<i>Orientação aos acompanhantes e familiares</i>	54
5.3.4.3	<i>Qualificação da equipe de enfermagem</i>	55
5.3.5	Sentimentos da segunda vítima	56
5.3.5.1	<i>Sufrimento e culpa</i>	56
5.3.5.2	<i>Preocupação que perdura</i>	58
5.3.5.3	<i>A responsabilidade sobre o (im)possível</i>	60
5.3.5.4	<i>Banalização da queda</i>	61
5.3.6	Apoio/Suporte	63
5.3.6.1	<i>Apoio individual</i>	63
5.3.6.2	<i>Apoio institucional</i>	64
5.3.7	Oportunidades de melhoria	66
5.3.7.1	<i>Estrutura física</i>	66
5.3.7.2	<i>Gerenciamento nas unidades</i>	67
5.3.7.3	<i>Valorização dos profissionais na implementação do cuidado</i>	67
5.3.7.4	<i>Ocupação do tempo e da mente</i>	68
6	DISCUSSÃO	69
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84

REFERÊNCIAS	86
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	93
ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem	99
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102

1 INTRODUÇÃO

A segurança dos serviços oferecidos aos usuários na área da saúde tem se tornado algo bastante relevante nos últimos anos, uma vez que a qualidade nos serviços de saúde retrata em satisfação da população que recebe esse cuidado, tendo na segurança do paciente o enfoque da qualidade (GAMA; SATURNO, 2013). Dessa forma, o compromisso com a entrega de um cuidado eficiente, com a minimização de riscos, é o grande diferencial da qualidade e da segurança.

O aumento considerável de eventos adversos relacionados à segurança do paciente fez com que vários países se voltassem ao princípio da qualidade assistencial. A identificação desses eventos, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), levou a um esforço internacional, que viu na segurança do paciente o grande desafio para a melhoria da qualidade dos serviços e de seu gerenciamento. Assim, em 2004, surgiu a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, como forma de balizar metodologias de maneira sistemática nos serviços de saúde, objetivando reduzir os riscos e oferecer um cuidado com qualidade (WHO, 2003). E dentre os eventos identificados, que comprometem a segurança do paciente estão as quedas no ambiente hospitalar.

A Organização Mundial da Saúde define queda como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. As quedas produzem danos entre 30% à 50% dos casos, sendo que em 6% a 44% desses pacientes o dano é de natureza grave, podendo levar ao óbito. Somando-se a isso, a queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda (BOUSHON *et al.*, 2012).

Ainda, em relação à segurança do paciente, com a otimização da comunicação e a transparência das informações pela mídia e em publicações do *Institute of Medicine* acerca do assunto, proporcionou-se que a comunidade científica e a sociedade civil tivessem acesso aos dados decorrentes de erros com consequências graves, os quais ocasionaram até mesmo a morte de pacientes (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WHO, 2008). Iniciativas como a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), tiveram a intenção de disseminar a cultura de segurança para as instituições, trabalhadores e familiares de pacientes (BRASIL, 2013).

Há mais de cinco anos, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e serviços de saúde, por meio da implantação da Gestão de Risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, envolvendo os pacientes e familiares nas ações de segurança, ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzindo, sistematizando e difundindo conhecimentos sobre segurança do paciente, além de fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

A portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 01 de abril de 2013, que instituiu o PNSP, implantou o Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Dentre as atividades do CIPNSP está propor e validar ações de segurança, protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

Entretanto, a implantação de protocolos, guias e reformulação de processos de trabalho não é simples, muito por conta de ocorrerem dentro de hospitais, ambientes complexos, e as atividades na área da saúde, em geral, são permeadas por muitos processos de trabalho, de tal maneira que os hospitais são definidos como sistemas sociotécnicos complexos (SSC) (CANNON-BOWERS; BOWERS; PROCCI, 2010; SAURIN; GONZALEZ, 2013). Uma das características destes sistemas é o grande número de elementos que interagem dinamicamente (SAURIN; ROOKE; KOSKELA, 2013). Estas interações podem ser não lineares, fazendo com que pequenas mudanças nas causas possam gerar resultados desproporcionais. Com isso, surgiu a engenharia de resiliência (ER) que busca melhorias locais que possam implicar no resultado final. Nesse contexto, a modelagem de processo, possibilita enfatizar a segurança e compreender o trabalho prescrito e o trabalho real (HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014).

No que diz respeito aos eventos relacionados a quedas, com o aumento dos custos hospitalares e o envelhecimento da população, o aumento da taxa de quedas também traz grandes preocupações econômicas aos hospitais, pois há uma prevalência de 40%, sendo que desses, quase um terço com lesões (MORELLO *et al.*, 2013). A preocupação torna-se ainda

maior quando vem acompanhada de consequências graves, expondo as instituições de saúde e os processos de trabalho. Essa exposição reflete diretamente na enfermagem, pois é ela quem presta o cuidado em tempo integral ao paciente. As falhas decorrentes dos processos de trabalho da enfermagem acarretam complicações na evolução da recuperação e aumentam a taxa de infecção e tempo médio de permanência dos pacientes (THUNGJAROENKUL; CUMMINGS; EMBLETON, 2007; CURRAN; TOTTEN, 2011; NEEDLEMAN *et al.*, 2011).

As quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, geram ansiedade na equipe de saúde, produzem repercussões na credibilidade da instituição, além de consequências de ordem legal (DYKES *et al.*, 2010). A queda é considerada um evento adverso que como tal é classificado como um dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta (WHO, 2009; ANVISA, 2015).

Quando são abordadas essas falhas é preciso lembrar que as lesões ou danos não intencionais que resultam em incapacidade ou disfunção de magnitude diversa, temporária ou permanente comprometem a segurança do paciente, e, nesse contexto, inserem-se as quedas, eventos não desejados que dependendo da sua gravidade podem contribuir ou levar a desfechos fatais (FALCÃO *et al.*, 2019). Para tanto, além de conhecer o perfil das quedas, no que diz respeito a sua caracterização e nas comorbidades dos pacientes (BARBOSA *et al.*, 2019; LUZIA *et al.*, 2019) é importante conhecer os desfechos que vão desde lacerações, fraturas, traumatismo cranioencefálico (TCE) até mesmo o óbito nas ocorrências com dano de moderado à grave (LUZIA *et al.*, 2019). A relevância desse evento é percebida pela amplitude de seu relato, sendo esse o terceiro evento mais reportado para o sistema NOTIVISA da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e tal evento pode repercutir na imagem da instituição e com grande chance de disparar a culpa nos trabalhadores inseridos em instituições que não focam de maneira sistêmica nos processos de trabalho e que não tem uma cultura de segurança adequadamente instituída (FALCÃO *et al.*, 2019).

A compreensão de um evento permeia não somente a necessidade de investir na educação e qualificação dos envolvidos, mas também em analisar os processos de trabalho e suas especificidades. Uma organização que reconhece sua suscetibilidade a erros é mais propensa a implementar processos de segurança para proteção, ao mesmo tempo em que apoia aqueles que se tornam instâncias de tal imperfeição (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014). Ao considerar que a equipe de enfermagem constitui um grande percentual dos trabalhadores dentro do hospital e que os processos executados não podem ser

robotizados, surge a necessidade de repensar formas de trabalho mais seguras, para melhorar a qualidade da assistência e promover um cuidado mais seguro, bem como adequar a maneira de abordar esse trabalhador diante do fenômeno denominado segunda vítima.

Embora em um evento adverso com desfecho grave e até mesmo o óbito traga o sofrimento do paciente e seus familiares, eles são a primeira vítima desse processo, mas não as únicas. Os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, também sofrem, sendo esses as segundas vítimas em potencial. O termo segunda vítima aparece pela primeira vez no ano 2000, em um editorial do *British Medical Journal* sobre o impacto nos profissionais de saúde envolvidos em um erro ou quando o profissional se sente responsável pelo desfecho do paciente (WU, 2000).

A motivação para a realização desta pesquisa advém da relevância da queda no contexto mundial da segurança do paciente, da lacuna do conhecimento e da perspectiva do trabalhador diante desse cenário, utilizando a modelagem de processo, sendo os dois últimos o diferencial dos estudos até então publicados. Ademais, dentro da pesquisa qualitativa, a experiência profissional da pesquisadora como enfermeira assistencial em unidade de internação cirúrgica e como membro da Comissão de Gerenciamento de Risco (GR) da instituição foco do estudo, na medida em que observa as consequências provenientes da queda, quer na interação direta com os pacientes e seus cuidadores, quer no recebimento das notificações na GR. Consequências estas que podem ser traduzidas como: as lesões propriamente ditas; o aumento do tempo de internação; o uso de recursos diagnósticos extras; o aporte de medicamentos; os cuidados adicionais na vigência de uma lacuna do processo educativo para pacientes e seu acompanhantes; e a repercussão para os profissionais envolvidos, devido à abordagem humano-dependente. Frente a isso, as questões que norteiam a presente pesquisa são: qual a variabilidade das atividades envolvidas na queda de pacientes adultos hospitalizados a partir da avaliação da modelagem de processo? Qual a perspectiva do trabalhador de enfermagem sobre os aspectos envolvidos na identificação de oportunidades de melhoria dos processos modelados e as possíveis repercussões sobre a segunda vítima?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as quedas de pacientes adultos hospitalizados por meio da modelagem de processo e da perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a ocorrência de notificações institucionais envolvendo a queda de pacientes adultos hospitalizados com dano moderado até óbito;
- b) Avaliar as quedas de pacientes adultos hospitalizados por meio da modelagem de processo;
- c) Compreender a queda na perspectiva do trabalhador de enfermagem e as possíveis repercussões sobre a segunda vítima.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A segurança do paciente e a queda

O termo segurança do paciente é definido como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários durante a assistência à saúde (WHO, 2009; ANVISA, 2015). Nesse contexto, inserem-se as quedas, eventos que comprometem a segurança do paciente, oneram não somente as instituições, como o próprio paciente, sua família e os profissionais.

Esse assunto ganhou repercussão mundial com as publicações do *Institute of Medicine* (IOM) e da OMS que trouxeram para a comunidade científica e população em geral dados alarmantes relativos aos cuidados de saúde. Desde as décadas de 60 e 70 as companhias de seguros vinham sentindo-se sobrecarregadas com pedidos de indenização por conta de danos decorrentes dos serviços de saúde. No entanto, somente na década de 90, com a publicação do relatório *Errar é Humano* pelo IOM, o problema ganhou a real importância. Desde então, a segurança do paciente começou a ser tratada com relevância e as instituições de saúde estão cada vez mais demonstrando preocupação com seus eventos e repensando formas de trabalhar os mesmos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

É fato que incidentes acontecem todos os dias dentro das instituições de saúde de todo o mundo, com situações que não chegam a envolver o paciente, denominadas *near miss*, até eventos catastróficos (WHO, 2009). Medir esses eventos e passar a ter ciência que existem, faz com que a instituição comece a dar-se conta da qualidade da sua assistência.

Estudos em hospitais norte-americanos apontam que em torno de 10% dos eventos poderiam ter sido evitados (WACHTER, 2010). No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino, no estado do Rio de Janeiro, através da análise de prontuários, evidenciou a incidência de 7,6% eventos adversos aos pacientes, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis (MENDES *et al.*, 2009). Diante disso, tentativas para reduzir esses números vêm sendo pensadas e colocadas em prática.

Dentre os eventos evitáveis, citam-se as quedas. No que diz respeito às quedas, não há uma distribuição uniforme, mas sabe-se que são mais frequentes em pacientes idosos, neurológicos e em serviços de reabilitação. Em ambientes hospitalares, as quedas são apontadas como eventos adversos relacionados à assistência à saúde, os quais rompem com a segurança do paciente (MOURA; MAGALHÃES, 2013). A magnitude do evento é mundial, dados dos anos de 1998 até 2010 mostraram um incremento de 8,1% nos Estados Unidos

(CAMARGOS *et al.*, 2010) corroborando com um aumento do número de notificações na Inglaterra (WATERHOUSE, 2005).

Estudos internacionais apontam uma ampla variação nas taxas de quedas de pacientes internados, com valores desde 0,51 até 4,37 por 1000 pacientes/dia (GALBRAITH *et al.*, 2011; WEINBERG *et al.*, 2011; OHDE *et al.*, 2012). No Brasil, estudos demonstraram uma incidência de quedas de 1,7 a 7,2 por 1000 pacientes internados (PRATES *et al.*, 2014; SOUSA, 2014). Outro estudo, realizado em hospitais de São Paulo, mostrou uma incidência de quedas de 4,6 até 13,8 por 1000 pacientes/dia (MELLEIRO *et al.*, 2015).

As quedas são consideradas importante fator de morbidade e acarretam danos de diferentes severidades aos pacientes, elevando o tempo de permanência nos hospitais e aumentando a demanda de cuidados a serem dedicados aos pacientes pelas equipes.

Com o objetivo de diminuir os riscos à segurança do paciente e melhorar a qualidade no atendimento, em 2007, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO) estabeleceu metas de segurança para pacientes internados em hospitais, visando aperfeiçoar a assistência prestada. As seis propostas foram: Meta 1 – Identificar os pacientes corretamente; Meta 2 – Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; Meta 3 – Melhorar a segurança das medicações de alta vigilância; Meta 4 – Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e Meta 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (JCI, 2018).

A denominação de evento adverso foi feita pela OMS diante de uma série de definições que vinham sendo utilizadas, assim surgiu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*) (Quadro 1). O Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente traduziu os conceitos chave do ICPS para a língua portuguesa (MAGALHÃES; DALL’AGNOL; MARCK, 2013).

Quadro 1 – Conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente
Circunstância notificável	Incidente com potencial dano ou lesão
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente

Fonte: WHO, 2009.

3.2 A organização hospitalar e a potencialidade da modelagem de processo

O ambiente hospitalar é o cenário de muitas práticas de saúde e tem uma gama de profissionais que se inter-relacionam nessas práticas. Chegar ao mesmo resultado, dessa maneira, pode constituir-se em um desafio, na medida em que as categorias e a construção do conhecimento têm enfoques e origens diferentes, respectivamente (SILVA, 2012).

Considerando o paciente como foco das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, cada profissional precisa ter em mente como fazer para atingir o resultado final através de suas práticas. No que diz respeito à enfermagem, o cuidado humano, e todas as suas teorias enfatizam a multidimensionalidade do ser humano e aceitam que nesse contexto é trabalhado com informações genéticas (hereditariedade), informações sociológicas (culturais), acontecimentos e aleatoriedades pontuais, potencialmente geradoras de conflitos (SILVA, 2012).

Os conflitos são gerados, diante da complexidade do ambiente hospitalar, devido ao grande número de processos e artefatos envolvidos para alcançar resultados, além da interação desses com seres humanos. Sob situação de pressão, os resultados podem apresentar variáveis que impactam no resultado final, levando a um evento. Surge então, a engenharia de resiliência (ER), que busca auxiliar as pessoas a lidarem com a complexidade sob pressão para atingir êxito (HOLLNAGEL; WOODS, 2005).

O hospital é visto como um sistema sociotécnico complexo (SSC) e isso se deve às características: não linear e dinâmico; agentes independentes que agem sem a compreensão do

todo do sistema; agentes adaptáveis com base em suas experiências; auto-organização dos sistemas, tornando mais provável influenciar o comportamento do sistema do que controlá-lo (LIPSITZ, 2012).

Para tanto, além de compreender a complexidade desse sistema, é preciso compreender os eventos retroativamente para que se possa propor alternativas de maneira proativa para os problemas. É fato que há uma falta de informação sobre a prevalência e etiologia dos erros, bem como o efeito desses, tornando-se impossível projetar sistemas inteligentes, protocolos ou processos para reduzir erros se não é sabido onde e por que os erros estão ocorrendo (WHO, 2008).

A fim de desenvolver ações de segurança, criar padrões de qualidade e buscar atos de conformidade preconizados por certificadoras nacionais ou internacionais, os hospitais possuem como foco serviços de saúde com qualidade, minimizando erros, trabalhando com padrões pré-determinados, os quais buscam no manual de padrões de acreditação internacional, medidas que subsidiem o alcance das metas internacionais de segurança do paciente (JCI, 2010). Para alcançar esses objetivos, a enfermagem tem buscado o auxílio da Engenharia de Produção, e essa tem contribuído para o alcance dessas práticas seguras com objetividade, proporcionando o delineamento dos processos de trabalho. O grande desafio do gerenciamento hospitalar é administrar esse sistema complexo que são os hospitais, na busca por melhores práticas.

Objetivando compreender a lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado, surge o *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM), uma ferramenta que possibilita analisar as variáveis de um processo de trabalho que podem interferir no desfecho de um evento. Com foco em compreender o impacto dessa variabilidade, essa ferramenta permite que se reconstruam os processos de trabalho, por meio de modelagem, comparando o trabalho planejado com o trabalho executado. Idealizado na Dinamarca, o FRAM tem aplicação retrospectiva e prospectiva, e representa os aspectos ou fatores que são considerados necessários e suficientes para explicar por que aconteceu algo, devendo ser possível vincular uma causa a uma parte conhecida ou função de um sistema (pessoas, componentes, procedimentos, etc.) (HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014).

Na área da saúde alguns estudos já foram realizados abordando a complexidade, trata-se do estudo de Wilson e Holt (2001), que comparam as diferenças do tratamento de um paciente agudo e crônico; o de Glouberman e Zimmerman (2002) que apresentam a compreensão de um sistema nacional de saúde como um sistema complexo; e o de Righi e

Saurin (2015), que apresentam o entendimento de um serviço de emergência hospitalar como um sistema complexo.

O FRAM é construído a partir da identificação das funções que compõe o sistema. Uma função consiste na descrição do que um agente precisa realizar para atingir um objetivo podendo ser técnica, humana ou social (HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014). Cada função é caracterizada por seis aspectos: entrada, saída, controle, pré-condição, tempo e recursos (Figura 1). É necessário que todas as funções possuam minimamente os aspectos referentes à entrada e à saída da função (ROSSO, 2016).

Figura 1 – Aspectos de uma função no FRAM



Fonte: ROSSO, 2016.

As funções estão relacionadas através de acoplamentos, que são representados no FRAM por linhas que ligam as funções, tendo como partida a saída de uma função e ligando-se a um dos aspectos de outra função. No momento em que se desenha o FRAM são estabelecidas algumas condições de cenário a serem analisadas, sendo essas condições o que determina os acoplamentos a serem identificados. Esse cenário é chamado de *instantiation*, descrevendo assim os potenciais acoplamentos que representam uma situação típica, mas não específica como um acidente (HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014). Nesse contexto, como um evento, mais precisamente, a queda.

As saídas das funções são classificadas de acordo com a sua variabilidade sendo analisada em relação à precisão e ao tempo. Quanto à precisão a saída pode ser precisa, aceitável ou imprecisa e em relação ao tempo pode ser demasiado cedo, a tempo, muito tarde.

O FRAM apresenta aplicabilidade na área da saúde, como demonstrado pelos estudos de Hollnagel, Hounsgaard e Colligan (2014), no qual foi realizada a análise de administração de medicamentos. Também no estudo de Clay-Williams, Hounsgaard e Hollnagel (2015), foi realizada a análise dos leitos críticos de um hospital usando o FRAM, o qual auxiliou na visualização do acoplamento entre disponibilidade de leitos de UTI e viabilidade de realização das cirurgias eletivas. Para isso, foi criada uma estrutura de gestão visual onde havia sinalizações para, se caso não existissem leitos de UTI, não fossem agendadas novas cirurgias eletivas. E, recentemente, o estudo de Rosso (2016) que avaliou o fluxo do paciente grave entre o serviços de Emergência e Terapia Intensiva e o de Wachs e Saurin (2018) sobre o uso de procedimentos operacionais padrão e habilidades de resiliência na preparação e administração de medicamentos intravenosos em um serviço de emergência.

A utilização do FRAM permite a identificação das variabilidades de um sistema e a resiliência deste torna-se um suporte tanto para a organização, quanto para os profissionais, com o objetivo de reduzir a variabilidade e apoiar o profissional quando da ocorrência de instanciacões (HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014).

3.3 O erro humano e a segunda vítima

Ao exercer atividade profissional na área da saúde tem-se a compreensão de que as falhas podem denotar um agravante na vida dos pacientes, quer individualmente, quer na sua inserção social. Além disso, os processos de trabalho realizados na saúde, em especial na enfermagem, são, na sua maior parte, humano dependentes, sendo assim, passíveis de falha. Somando-se a isso, sabe-se que estas nem sempre são possíveis de serem revertidas, levando a eventos com desfechos graves e, muitas vezes, fatais. Admitir a falibilidade é socialmente inaceitável em uma profissão com valores de perfeição, em que o erro é praticamente proibido (ROMERO *et al.*, 2018). Na busca pela evitabilidade de complicações desnecessárias à segurança dos pacientes, é preciso compreender que, provavelmente, as falhas sempre irão ocorrer devido ao componente humano implicado na falibilidade (OZEKE *et al.*, 2019).

Reason (1990) propôs um modelo teórico que busca explicar as dimensões implicadas nos acidentes que levam às complicações, sendo elas: fatores humanos, organizacionais e tecnológicos. Essas categorias constituem fatores ativos ou latentes dentro das instituições.

Em relação aos fatores ativos, estão diretamente relacionados com os sistemas sociotécnicos complexos, e, em relação aos fatores latentes (gestão, carga de trabalho, estrutura, ambiente), com o passar do tempo desencadeiam problemas e podem afetar os profissionais no atendimento aos pacientes, mudando sua classificação de latente para ativo, por isso a importância de identificar fatores latentes nas instituições.

O termo segunda vítima designa o profissional envolvido em um evento grave que causou dano ou, até mesmo, a morte de um paciente. Esse evento provoca um trauma no profissional, fato esse que faz com que o mesmo sinta-se culpado pelo desfecho do evento. Ainda que a classificação de dano tenha aplicação para os pacientes, o dano com repercussão psicológica poderia ser utilizado também para as repercussões envolvendo o sofrimento dos profissionais (WHO, 2009).

Independentemente do sexo, tipo profissional ou anos de experiência, tornar-se uma segunda vítima foi determinado como um evento que alterou a vida e deixou uma marca permanente na maioria dos indivíduos, mas menos de uma em cada três vítimas recebe apoio institucional para lidar com isso. A ausência desse apoio permite que os sentimentos da segunda vítima se mantenham por mais tempo, retardando as estratégias para enfrentamento (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014).

O impacto emocional provoca repercussão não somente na vida pessoal, mas afeta também o ambiente de trabalho, provocando perda da reputação profissional, desconfiança, falta de motivação para o trabalho, ainda mais quando a organização em que o profissional está inserido trata de maneira individual o erro, desconsiderando esse de maneira sistêmica. Além da abordagem organizacional como forma de tratar o erro, os colegas de trabalho são quem de fato tem a possibilidade de dar apoio mas, paradoxalmente, essa é a maneira menos frequente de se dar suporte (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014).

Na abordagem do gerenciamento do risco, pode-se selecionar a queda, que é um dos riscos no qual os pacientes estão expostos durante a internação, e gerenciar esse risco significa diminuir o impacto emocional, repensar estratégias e tratar. Gerenciar o risco não é somente buscar a melhor abordagem de tratamento, mas é, além de um pensamento pró-ativo, de uma busca pela mitigação do erro e de uma maneira efetiva de acolhimento ao profissional quando diante de todo esse esforço institucional, ainda assim, o desfecho indesejável acontece com repercussão negativa ao trabalhador (WU, 2000).

Equivocadamente, a estratégia de ação para prevenir e lidar com os erros foca na abordagem centrada nas pessoas, em culpar e punir (*Name, Blame & Shame*): identificar os culpados, apontá-los, treiná-los ou re-treiná-los e tomar medidas disciplinares (REASON,

2005). Em um evento adverso o profissional que está responsável pelo paciente pode experimentar vergonha, medo, sofrimento, assumindo o papel de culpado (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014). No caso da queda, o trabalhador de enfermagem pode experimentar sentimentos como esses.

A publicação do relatório *Errar é Humano*, em 1999, com a veiculação do número de eventos que acometiam pacientes no sistema de saúde norte americano e, quinze anos após, com o *Livre de Danos* (2015), a orientação sempre foi que o erro humano deveria ser visto como a execução não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo ou a execução inadequada de uma ação planejada, evitando o foco nas pessoas, a abordagem punitiva (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; NPSF, 2015). As instituições nem sempre conseguem, de fato, manter essa abordagem. Por vezes, ao implementar ações mais sistêmicas, desconsideram os profissionais e a repercussão de um evento na vida privada e profissional. Os profissionais também precisam ser contemplados nesse tratamento, pois constituem as segundas vítimas de processos que não ocorrem como o planejado ou são executados de maneira diferente (REASON, 1990; ROMERO *et al.*, 2018).

A segurança do paciente precisa estar embasada em princípios de confiança nas relações profissionais. O profissional de saúde, ante seu conhecimento formal, é quem tem a possibilidade de auxiliar, conduzir e indicar procedimentos em prol da saúde e bem estar dos pacientes, não esquecendo que aos pacientes cabe a autonomia. Princípios de transparência, responsabilidade e respeito promovem essa relação, tanto por parte dos profissionais quanto da instituição. Diante de preceitos como esses é que a instituição tem a obrigação de abordar e tratar os profissionais que se envolvem em eventos com repercussões para os pacientes, da mesma forma que aborda os pacientes e seus familiares (AJRI-KHAMESLOU; ABBASZADEH; BORHANI, 2017).

Se tornar segunda vítima, na enfermagem, pode ser reforçado pela característica da profissão que vê o erro como algo a ser punido. Abordar os profissionais é tão importante quanto os pacientes, pois é dessa forma que se amplia o conceito de segundas vítimas, podendo falar sobre o aumento da ansiedade, insatisfação emocional e depressão. A abordagem do erro, envolvendo enfermeiros, por meio da discussão e análise constitui uma forma de enfrentamento, na medida em que permitiu o aprendizado, melhorou a segurança do paciente e evitou efeitos destrutivos na carreira (AJRI-KHAMESLOU; ABBASZADEH; BORHANI, 2017; ROMERO *et al.*, 2018).

A segurança psicológica dos profissionais é primordial para a implementação da assistência, fato esse que já na Guerra da Criméia (1853-1856), Florence Nightingale,

enfermeira inglesa, observando as condições precárias em que os soldados se encontravam, priorizou a segurança dos soldados como fator fundamental para uma boa qualidade nos cuidados prestados. A segurança emocional dos profissionais proporciona relações de confiança entre pares, permite o auto relato dos erros e promove a transparência. Atitudes como essa fomentam a cultura de segurança organizacional (TRAVASSOS; CALDAS, 2013). Abordar os erros torna-se uma estratégia de enfrentamento, de igual forma a não abordagem promove a baixa autoconfiança e a baixa autoestima. O confronto do erro possibilita o aprimoramento de habilidades, estimula a atenção e traz a possibilidade não somente de capacitar colegas, mas também estimular familiares e pacientes no processo de educação. A importância de acolher os profissionais está na possibilidade de minimizar comportamentos de evitação, comum entre enfermeiros, como forma de se manter longe de situações de risco identificado, mas não tratado, fatores latentes nas instituições, levando a um comportamento negativo. O comportamento de evitação passa a ser utilizado, até mesmo porque trocar o local de trabalho pode constituir-se em uma dificuldade adicional quando se busca uma nova colocação no mercado de trabalho. Portanto, é providencial estratégias de enfrentamento individual, mas acima de tudo o apoio às vítimas por parte dos sistemas de saúde (AJRI-KHAMESLOU; ABBASZADEH; BORHANI, 2017).

Pesquisadores propuseram uma estratégia composta por seis etapas como forma de abordar o evento e mitigar o dano para segunda vítima, estimulando a recuperação (Quadro 2) (RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009).

Fundamentalmente, a cultura de segurança da organização aliada a uma resposta rápida e efetiva contribuem para a recuperação da segunda vítima. Esse caminho precisa considerar o acolhimento da segunda vítima; a oportunidade de aprendizado com evento adverso, sem o medo da punição; a discussão do evento, por meio da análise; a ênfase no bem estar do profissional e o foco sistêmico (ROBERTSON; LONG, 2018).

Quadro 2 – História natural do fenômeno da segunda vítima e os estágios do processo de recuperação

	Estágios da segunda vítima	História natural do fenômeno
*Estágio 1	Caos e resposta ao evento adverso	Compreensão da magnitude, experimentar conflitos internos
*Estágio 2	Reflexão introspectiva	Reviver o evento e ter sentimento de incompetência
*Estágio 3	Restauração da integridade pessoal	Busca de apoio de alguém mais experiente, colega, membro da família
Estágio 4	Suporte aos questionamentos	Enquanto aguarda a análise do evento sobrevém sentimentos de medo de perder emprego, com consequências financeiras, medo de ser rotulado como incompetente pelos colegas, sua família e a família do paciente, medo de perder a licença para trabalhar
Estágio 5	Obtenção de primeiros socorros emocionais	Suporte por pares, preocupação de saber em quem pode confiar; os pares, a gerência de risco desempenham papel fundamental na recuperação
Estágio 6	Seguir adiante	Existem algumas possibilidades: mudança de emprego ou de área de atuação, mudança de profissão, manutenção do trabalho com uma bagagem emocional significativa, casos extremos cometem suicídio, transformar a experiência em algo positivo

*Podem ocorrer concomitantemente.

Fonte: RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório, descritivo e sequencial, na perspectiva qualitativa. Essa abordagem visa explorar o fenômeno de interesse, de uma forma profunda e detalhada, envolvendo os participantes do cenário estudado, visando à descrição das variáveis de uma forma emergente. Na pesquisa qualitativa, tem-se o entendimento que a realidade é subjetiva e múltipla, que ela é construída de modo diferente por cada pessoa. Assim, o pesquisador deve interagir com o objeto e o sujeito pesquisado, a fim de dar voz a ele para construir uma teia de significados (CHUEKE; LIMA, 2012).

A pesquisa qualitativa utiliza um conjunto de técnicas de análise a fim de obter, por procedimentos sistemáticos o conteúdo das mensagens dos sujeitos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2011).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital público, geral e universitário, com capacidade de 843 leitos. Está integrado a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É considerado um centro de referência para a assistência, formação de profissionais e geração de conhecimentos (HCPA, 2018a). A instituição foi pioneira no Brasil e a terceira na América do Sul a possuir o selo de acreditação concedido pela *Joint Commission International* a hospitais que são também centros médicos acadêmicos. Em 2017, o hospital submeteu-se à nova avaliação e conquistou novamente a certificação, demonstrando práticas seguras e de qualidade assistencial em seus processos (HCPA, 2018b).

O estudo foi realizado por meio de duas etapas sequenciais descritas a seguir.

4.3 Primeira etapa do estudo

4.3.1 População e amostra

Na primeira etapa do estudo a população foi constituída pelos pacientes hospitalizados no HCPA entre julho de 2018 a julho de 2019. Para compor a amostra foram selecionados os pacientes adulto das unidades de internação clínica e cirúrgica que apresentaram queda dentro da instituição e que tiveram grau de dano compreendido na severidade de 2 a 4 (moderado até óbito). Foram excluídas as quedas sem dano ou com dano leve.

4.3.2 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada utilizando-se o banco de dados institucional através do sistema de Informações Gerenciais (IG-BSC)¹, sistema de Gestão Estratégica e Operacional – GEO² – *Performance Manager* e informações de prontuários.

4.3.3 Análise dos dados

Os dados foram organizados utilizando o Software *FRAM Model Visualiser*. Através dele é possível operacionalizar a modelagem da queda por meio de quatro etapas características do FRAM: (1) identificar e descrever as principais funções (e aspectos) do sistema; (2) caracterizar a variabilidade potencial de cada função; (3) agregar a variabilidade, considerando a esta de forma real em um dado cenário; (4) propor recomendações para monitorar e influenciar a variabilidade (HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014). Ainda há uma etapa preliminar, responsável por definir o objetivo da aplicação do FRAM. A descrição dessas variáveis e funções permitiu analisar os itens que demonstraram maior variabilidade para ocorrência do evento, sendo essa considerada uma instanciação.

¹ O IG-BSC é um ambiente que coleta, processa, armazena e disponibiliza informações dos indicadores de gestão para acompanhamento dos resultados.

² *Stategic Advisor* (SA) – módulo *Performance Manager*, sistema informatizado que agrega indicadores e disponibiliza-os em painéis de controle para acompanhamento do Planejamento Estratégico Institucional através da metodologia *Balanced Scorecard* (BSC).

4.4 Segunda etapa do estudo

4.4.1 População e amostra

A segunda etapa do estudo teve como população os profissionais da equipe de enfermagem que atuam em unidades de internação clínica e cirúrgica, onde pode ocorrer a queda. A amostra deu-se por sorteio aleatório simples, dentre os profissionais que estiveram em escala de trabalho os quais eram pertencentes aos turnos de trabalho onde as quedas ocorreram. O sorteio ocorreu na presença da chefia de enfermagem ou de algum outro enfermeiro. As unidades incluídas para participar do estudo foram as mesmas nas quais identificaram-se as quedas com dano moderado a grave no período do estudo. Foram considerados critérios de inclusão para participação na entrevista, além de estar trabalhando na data da entrevista, estar em exercício das funções definidas para técnico de enfermagem ou enfermeiro. Foram considerados critérios de exclusão profissionais que atuavam há menos de um ano na instituição, profissionais em gozo de férias ou licenças, além daqueles em contrato temporário, no período da coleta de dados.

4.4.2 Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista semiestruturada. A técnica de entrevista se propôs a investigar um tema em profundidade, oportunizando a escuta da percepção dos indivíduos acerca do tema estudado. A condução da entrevista foi elaborada através de um roteiro, entretanto as questões são sujeitas à alteração com o decorrer da entrevista (BARDIN, 2011).

Inicialmente foi realizada uma entrevista piloto com uma técnica de enfermagem escolhida por conveniência, pertencente a uma unidade de internação cirúrgica que não fazia parte da amostra, com objetivo de fazer uma calibragem da sequência de questionamentos. Após, foram feitas adequações no roteiro de entrevista.

A realização da entrevista ocorreu durante o turno de trabalho do participante, entre os meses de março e maio de 2020, em horário previamente combinado com o profissional sorteado, com duração média de 35 minutos, para responder acerca do evento em estudo. Para cada turno em que havia ocorrido uma queda, foram sorteados um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. As entrevistas foram encerradas quando ocorreu a saturação dos dados, sendo a amostra constituída por 21 profissionais de enfermagem.

O encontro foi planejado seguindo um modelo de questionário semiestruturado e, para subsidiá-lo, inicialmente o participante foi contextualizado sobre o tema, através da apresentação de um evento modelado, a variabilidade ocorrida e suas implicações na qualidade assistencial, na apresentação da modelagem a unidade em que a queda ocorreu foi descrita. Foi escolhida a queda 10 para subsidiar a entrevista. Durante a entrevista, foram apresentados ao participante os resultados da primeira etapa do estudo, no que diz respeito aos dados institucionais, informações sobre modelagem de processos e o uso da ferramenta de modelagem (FRAM). Essa sensibilização inicial teve por objetivo responder às seguintes questões: quais as principais falhas potenciais para que a queda ocorra? Como é possível minimizar a ocorrência do evento? Quais são as implicações para o profissional? Como é percebido pelo profissional o apoio institucional?

A condução da entrevista foi feita pela pesquisadora. O encontro foi realizado em uma sala dentro da unidade de trabalho do profissional, conforme sua preferência, em um ambiente privado, garantindo a privacidade do participante.

4.4.3 Análise dos dados

A análise das informações, resultantes das entrevistas, foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo, seguindo-se a sistemática das três fases: (1) pré-análise, (2) exploração do material, e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011). Os procedimentos de análise visam explorar o conteúdo manifesto das mensagens, para que seja possível identificar as unidades de registro, as quais foram codificadas e classificadas de acordo que possam responder às questões norteadoras suscitadas nas entrevistas.

Na etapa da pré-análise, quando os dados foram organizados, uma leitura flutuante foi feita como um primeiro contato, de maneira formal, e a partir daí a leitura foi se tornando mais precisa até que, de maneira exaustiva, o conjunto das entrevistas foi analisado para buscar a representatividade dos resultados, no intuito de proceder a amostra e permitir a adequação das informações, respondendo aos objetivos. A amostra escolhida permitiu a construção de categorias e subcategorias que pudessem referenciar a análise temática para registrar os dados a serem explicitados (BARDIN, 2011).

No que diz respeito à exploração do material, essa etapa, embora longa, permitiu o recorte das transcrições, divididas previamente por categorias. Esta etapa foi efetuada com auxílio parcial de arquivos de computador, mas de maneira geral, mecanicamente, onde as

falas previamente transcritas eram selecionadas, recortadas e agrupadas nas subcategorias criadas na pré-análise (BARDIN, 2011).

Em relação aos resultados obtidos, coadunando com a literatura e com os objetivos propostos, os resultados brutos foram tratados de maneira a ganharem sentido. Diante dos resultados significativos foi possível a busca de inferências e interpretações dos mesmos, e ainda, vislumbrando descobertas inesperadas. Nessa etapa foi possível refletir acerca dos resultados obtidos diante da técnica de entrevista empregada (BARDIN, 2011).

4.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa está aninhada ao projeto “Análise e aprimoramento dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente em instituições de saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob número de CAEE 35069714.7.0000.5327 (ANEXO A). O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão em Pesquisa (COMPESQ) da UFRGS (ANEXO B).

A pesquisadora se comprometeu em manter sigilo e confidencialidade das informações em todas as etapas, atendendo aos aspectos contemplados na Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012). Para utilização das bases de dados do hospital, foi preenchido o Termo de Compromisso para Uso de Dados Institucionais, assegurando o uso das informações coletadas para fins exclusivos de pesquisa (HCPA, 2018c). Aos participantes da entrevista foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

As falas foram gravadas em áudio digital, posteriormente transcritos e serão mantidos sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

A seguir são apresentados os achados acerca das quedas com dano de moderado à grave, na sequência, as suas respectivas análises pela modelagem de processo.

Por fim, os resultados abordam a perspectiva dos trabalhadores de enfermagem.

5.1 Ocorrência de quedas de pacientes com dano moderado a grave

Conforme identificado nas notificações institucionais, as quedas durante o período de 01 de julho de 2018 a 31 de julho de 2019 somaram 447 ocorrências e foram classificadas conforme o quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição das quedas segundo período de estudo

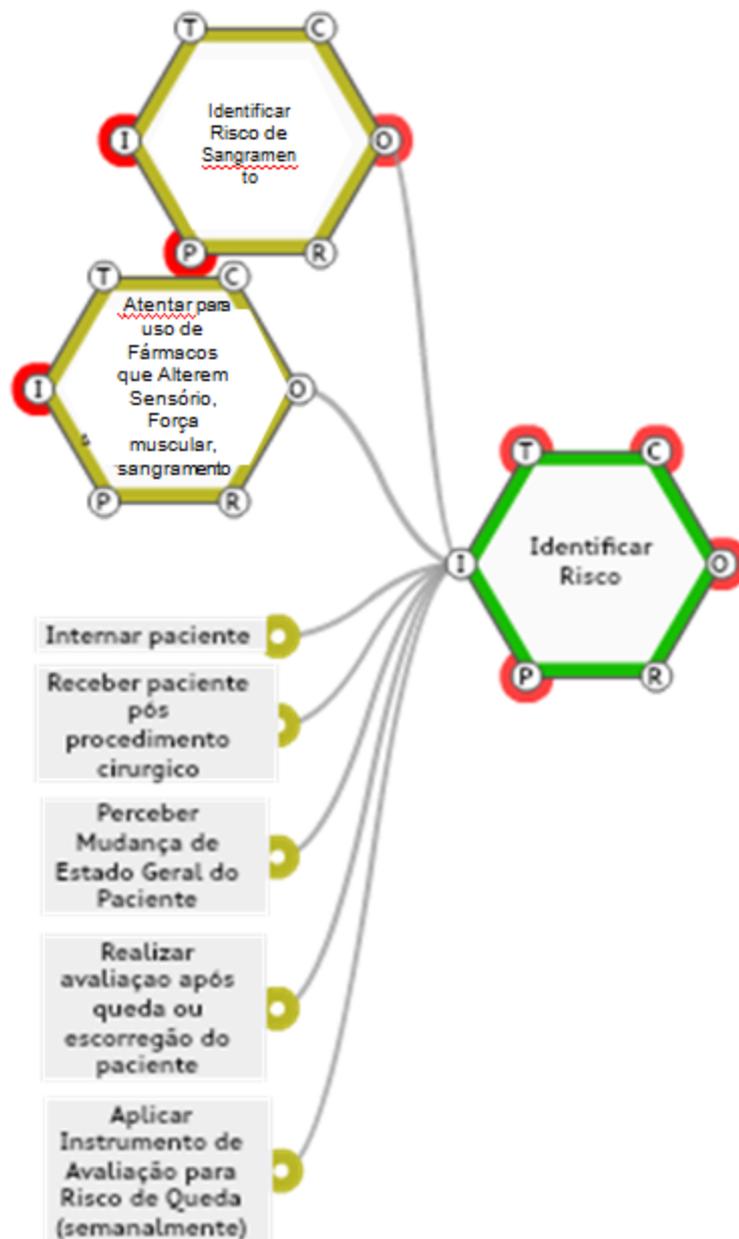
Número de quedas na instituição	447	100%
Quedas em Unidades de Internação Adulto	242	54,1%
Quedas com dano moderado a grave	12	2,7%

Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

5.2 Modelagem de processo em quedas de pacientes adultos hospitalizados

Inicialmente, modelou-se o processo prescrito e as funções que iniciam a modelagem e que dizem respeito aos momentos em que a escala de avaliação do risco de quedas é aplicada (Escala de Morse, adaptada da *Morse Fall Scale*, e a partir da segunda metade de 2019, Escala SAK – Severo, Almeida, Kuchenbecker). Quais sejam: no momento da internação; após procedimento cirúrgico; na mudança do estado geral do paciente; imediatamente após queda ou escorregão; em momentos preestabelecidos, semanalmente, na instituição para aplicação do instrumento e, ainda, em pacientes que fazem uso de fármacos que alteram sensório e força muscular, bem como em pacientes que utilizam anticoagulação oral. Conforme as funções listadas, a modelagem inicial é apresentada (Figura 2).

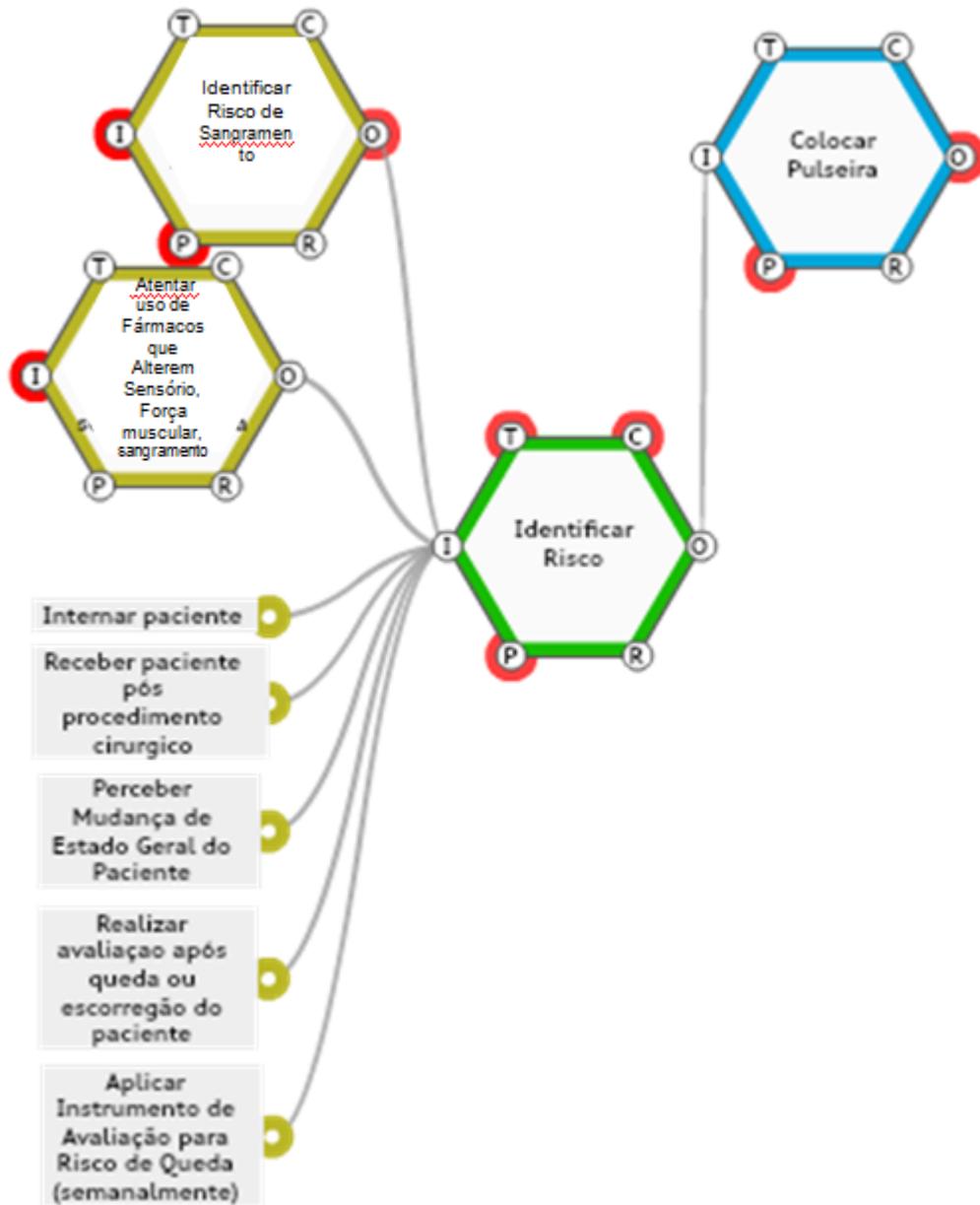
Figura 2 – Processo inicial prescrito para prevenção do risco de queda



I = Input; T = Tempo; C = Controle; P = Precondição; R = Recursos; O = Output.
 Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

Identificado o risco de queda, através de escore estratificado, essa função é de igual maneira modelada e o paciente passa a ser identificado por uma pulseira de cor amarela (Figura 3) que faz essa sinalização visual aos profissionais que atuam junto a esse paciente.

Figura 3 – Identificação do risco de queda e sinalização do paciente

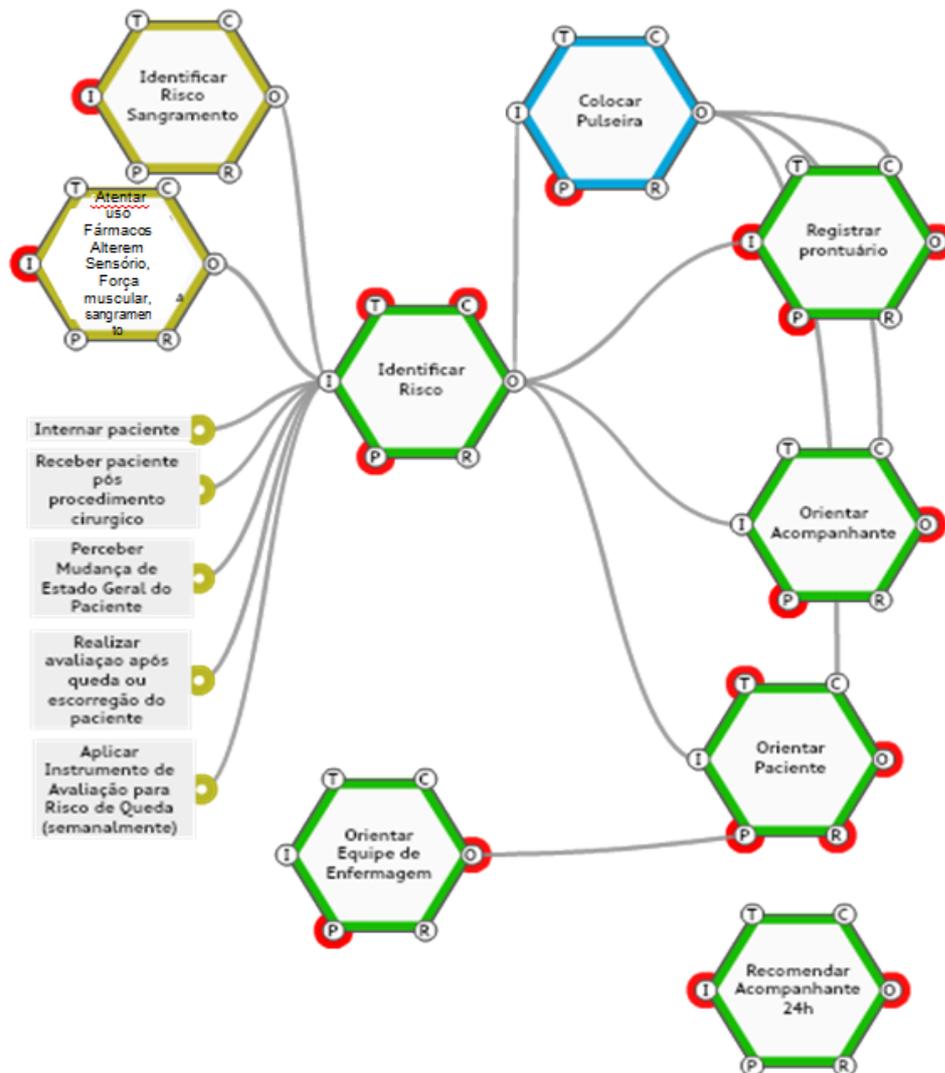


I = Input; T = Tempo; C = Controle; P = Precondição; R = Recursos; O = Output.

Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

A seguir são modeladas as funções que dizem respeito ao registro em prontuário e às orientações que são dadas à equipe de enfermagem (Figura 4), mais especificamente, ao técnico de enfermagem responsável pela implementação dos cuidados ao paciente naquele turno, ao paciente e seu cuidador ou acompanhante.

Figura 4 – Registro em prontuário e orientações



I = Input; T = Tempo; C = Controle; P = Precondição; R = Recursos; O = Output.
 Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

A sequência de modelagem também permite identificar os cuidados que são orientados (Figura 5), sendo eles: a recomendação de acompanhante em tempo integral; a manutenção de rodas da cama travadas; a manutenção da guarda da cama elevada; a garantia de deambulação acompanhada pela equipe de enfermagem ou por familiar/cuidador; a manutenção do ambiente iluminado à noite; a deambulação acompanhado; a manutenção de objetos pessoais próximos ao paciente; e a manutenção da cama rebaixada.

A adesão a todas essas orientações, tanto por parte da equipe de enfermagem, quanto do paciente, seu familiar ou cuidador, visam a não ocorrência da queda, sendo a modelagem a seguir o processo prescrito na sua versão completa (Figura 6).

Figura 6 – Modelagem de processo para identificação do risco de queda



I = Input; T = Tempo; C = Controle; P = Precondição; R = Recursos; O = Output.

Amarelo = momentos de aplicação do instrumento de avaliação do risco de queda; verde = orientações após identificação do risco; roxo = cuidados de enfermagem prescritos; vermelho = protocolo aderido.

Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

Com o processo modelado é possível evidenciar a ressonância funcional através do acoplamento entre as funções.

Após modelagem do processo prescrito, foram analisadas as 12 quedas com dano moderado a grave, sendo 9, à noite. Após análise pormenorizada de cada uma, elas foram agrupadas por variabilidade de função e, após isso, unidas por similaridades da variabilidade, compondo os casos analisados. A seguir são apresentadas as quedas (Quadro 4).

Quadro 4 – Quedas com dano moderado a grave

Queda	Variabilidade da função
1	<ul style="list-style-type: none"> - Atentar para uso de fármacos que alteram sensorio, força muscular - Perceber mudança de estado geral do paciente - Orientar acompanhante - Recomendar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
2	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber mudança de estado geral do paciente - Garantir deambulação acompanhado - Identificar o risco
3	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber mudança de estado geral do paciente - Garantir deambulação acompanhado - Identificar o risco
4	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
5	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
6	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
7	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
8	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
9	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
10	

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o risco - Identificar o risco de sangramento - Colocar pulseira - Atentar para uso de fármacos que alteram sensório, força muscular - Orientar acompanhante - Orientar paciente - Orientar equipe de enfermagem
11	<ul style="list-style-type: none"> - Atentar para uso de fármacos que alteram sensório, força muscular - Perceber mudança de estado geral do paciente - Orientar acompanhante - Recomendar acompanhante - Garantir deambulação acompanhado
12	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber mudança de estado geral do paciente - Garantir deambulação acompanhado - Identificar o risco

Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

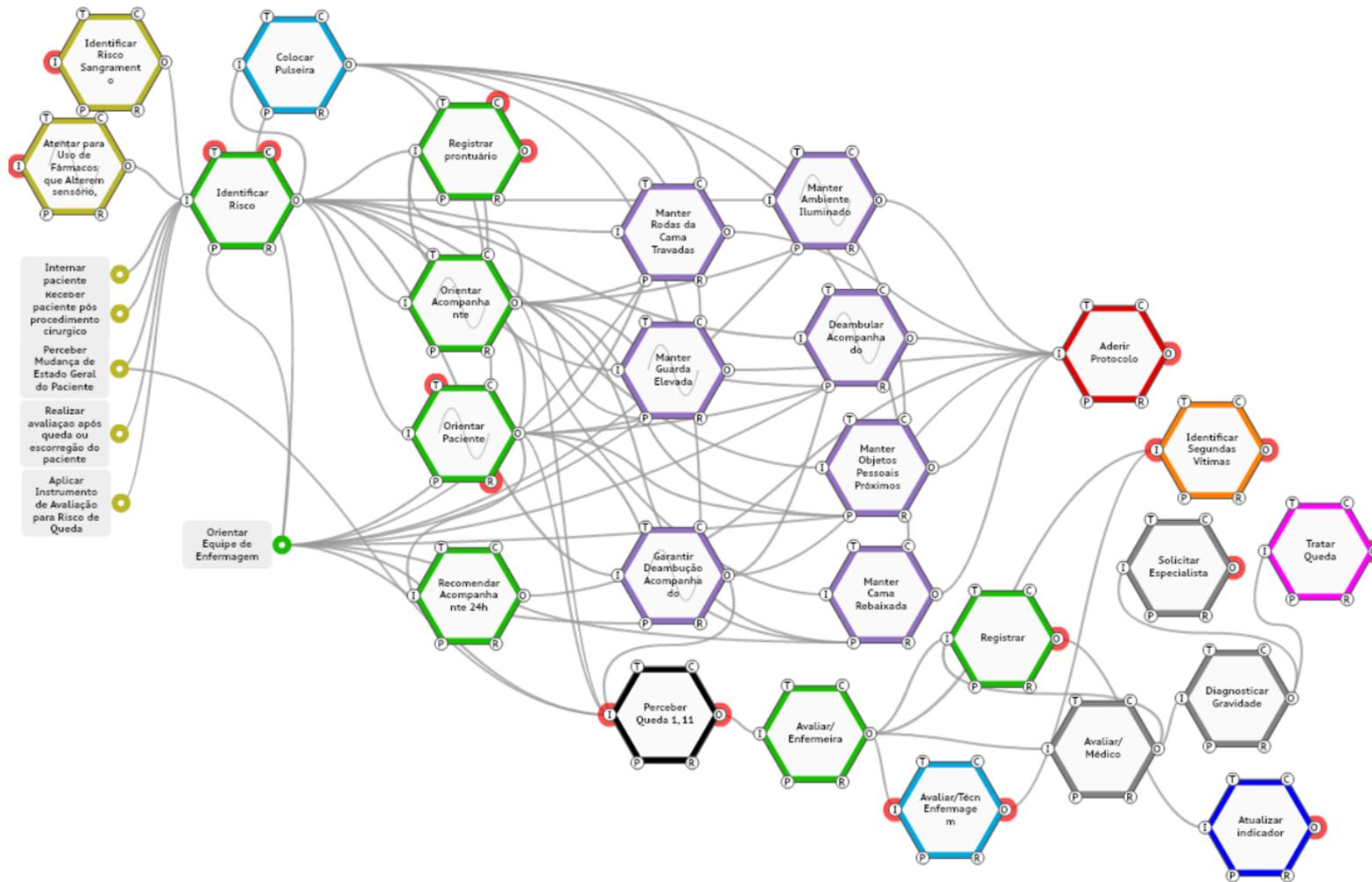
5.2.2 Agrupamento por casos

Baseado na variabilidade da função, os casos foram agrupados.

5.2.2.1 Caso A (Quedas 1 e 11 – Figura 7)

- Queda 1: paciente do sexo masculino de 41 anos, desacompanhado, em uso de ansiolítico, com alteração visual, risco de queda identificado, cuidados de enfermagem prescritos, apresentou queda da própria altura ao lado da cama às 00h47min. Dano: trauma crânio encefálico, fratura de seio maxilar à direita.
- Queda 11: paciente do sexo feminino, 33 anos, desacompanhada, em uso de ansiolítico, com risco de queda identificado, cuidados de enfermagem prescritos, apresentou queda da própria altura no banheiro às 04h43 min. Dano: hematoma, edema no dorso da mão e pé, necessitando de analgesia por dias.

Figura 7 – Modelagem do Caso A



5.2.2.2 Caso B (Quedas 2, 3 e 12 – Figura 8)

- Queda 2: paciente do sexo masculino, 56 anos, desacompanhado, com redução de força em membros inferiores, urgência evacuatória, sem risco de queda identificado, sem cuidados de enfermagem prescritos, mesmo após a queda, apresentou queda da própria altura ao se deslocar até o banheiro às 00h35min. Dano: desconexão do cateter venoso central, hematoma e escoriação do cotovelo, trauma crânio encefálico.
- Queda 3: paciente do sexo feminino, 63 anos, acompanhada, com rebaixamento de sensório, hemiplégica, sem risco de queda identificado, sem cuidados de enfermagem prescritos, mesmo após a queda, apresentou queda da própria altura ao sair do leito enquanto o acompanhante ausentou-se às 11h50min. Dano: trauma crânio encefálico, contusão e edema em hemiface esquerda.
- Queda 12: paciente do sexo masculino, 68 anos, sem registro da presença de acompanhante, hipotenso, investigando tontura, com risco identificado na semana anterior à ocorrência, na ocasião com baixo risco, sem cuidados de enfermagem prescritos, mesmo após a queda, queda da própria altura ao sair do leito às 04h30min. Dano: lesão no cotovelo à direita.

5.2.2.3 Caso C (Quedas 4, 5, 6, 7, 8 e 9 – Figura 9)

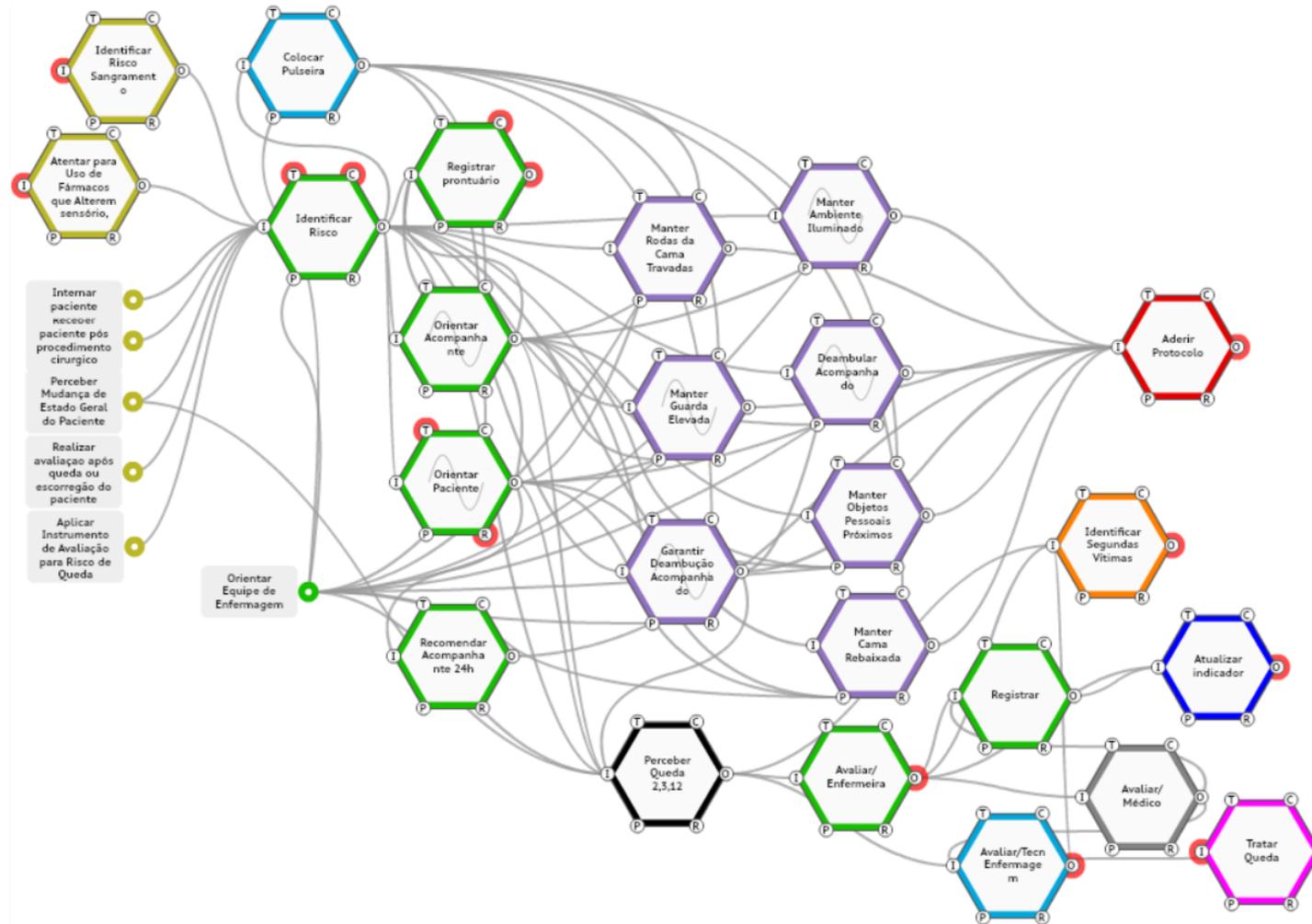
- Queda 4: paciente do sexo masculino, 57 anos, sem registro da presença de acompanhante, amaurótico à direita, com pouca percepção da luz à esquerda, com risco de queda identificado, cuidados de enfermagem prescritos, queda às 9h. Dano: trauma crânio encefálico.
- Queda 5: paciente do sexo masculino, 72 anos, desacompanhado, com risco de queda identificado, sem cuidados de enfermagem prescritos, mesmo após a queda, caiu no retorno do banheiro até o leito às 20h. Dano: hematoma, fratura de rádio, ulna e punho.
- Queda 6: paciente do sexo masculino, 64 anos, desacompanhado, com risco de queda identificado, com cuidados de enfermagem prescritos, caiu ao sair do leito às 00h31min. Dano: laceração do membro superior direito e sangramento, trauma crânio encefálico, necessidade de sutura.

- Queda 7: paciente do sexo masculino, 71anos, acompanhante dormindo, sem risco de queda identificado, sem cuidados de enfermagem prescritos, não foi refeita a avaliação do risco pós queda, caiu ao se deslocar até o banheiro por hipotensão postural às 03h50min. Dano: trauma crânio encefálico.
- Queda 8: paciente de sexo masculino, 76 anos, desacompanhando, hospitalizado por febre e *delirium*, com risco identificado, sem cuidados de enfermagem prescritos, sem identificação com pulseira sinalizadora, mesmo após a queda às 02h40min. Dano: sangramento nos membros superiores com hematoma, lesão em região occipital.
- Queda 9: paciente do sexo masculino, 69 anos, desacompanhando, contido, com risco identificado, cuidados de enfermagem prescritos, caiu ao se deslocar até o banheiro às 03h15 min. Dano: trauma crânio encefálico, hematoma subgaleal em região frontal.

5.2.2.4 Caso D (Queda 10 – Figura 10)

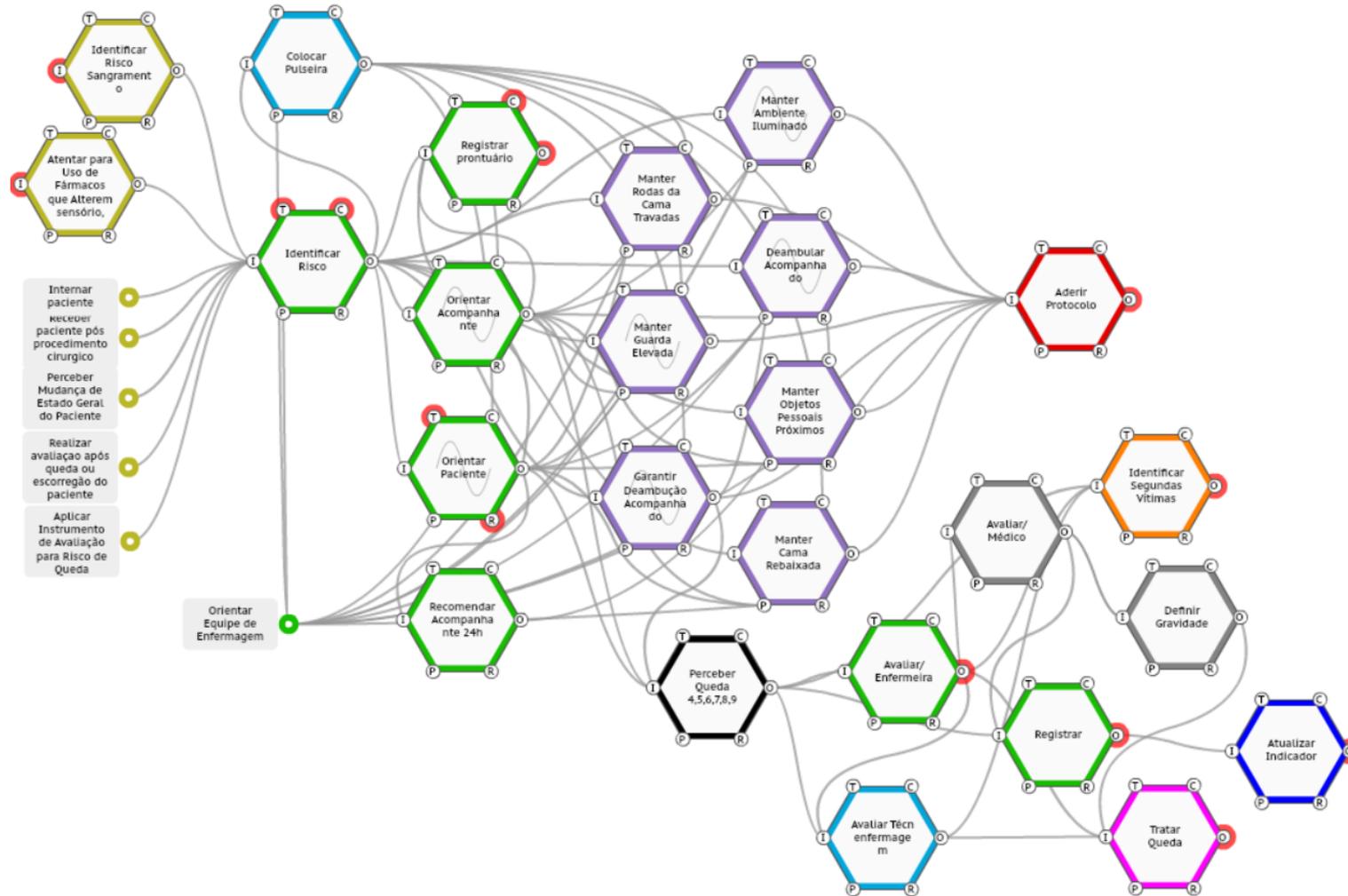
- Queda 10: paciente do sexo feminino, 37 anos, desacompanhada, anticoagulada, com previsão de alta para o dia seguinte, havia retornado há poucos minutos da sessão de hemodiálise, sem risco de queda e de sangramento identificados, caiu ao se deslocar até o banheiro às 12h50min. Dano: edema em hemiface e globo ocular, ambos à direita, sangramento abundante, fratura de órbita, trauma crânio encefálico grave, intervenção cirúrgica posterior em dois momentos, internação prolongada no Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

Figura 8 – Modelagem do Caso B



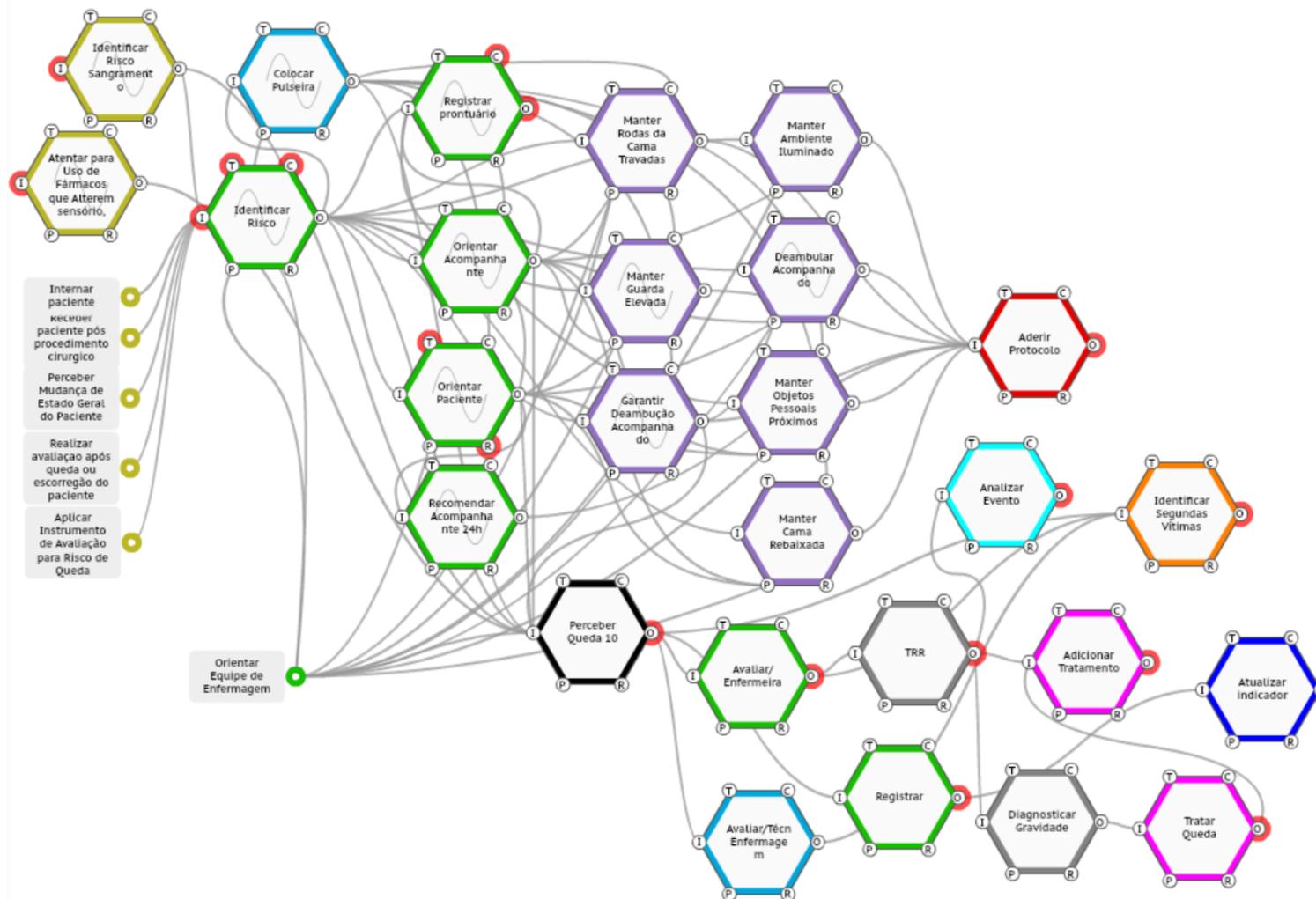
I = Input; T = Tempo; C = Controle; P = Precondição; R = Recursos; O = Output.
 Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

Figura 9 – Modelagem do Caso C



I = Input; T = Tempo; C = Controle; P = Precondição; R = Recursos; O = Output.
 Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

Figura 10 – Modelagem do Caso D



Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

5.3 As quedas na perspectiva do trabalhador de enfermagem

5.3.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo sete enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem das unidades que ocorreram as quedas, nos seus respectivos turnos. Dentre os enfermeiros, todos do sexo feminino, com idade variando entre 30 e 52 anos. No que diz respeito ao tempo em que trabalham na enfermagem: 8 – 27 anos (média 15,14 anos; $dp \pm 7,29$); tempo que trabalham na instituição: entre 7 – 20 anos (média 11,14 anos; $dp \pm 5,58$); tempo na unidade atual: 2 – 16 anos (média 8,43 anos; $dp \pm 4,63$).

Em relação aos técnicos de enfermagem foram 14, cinco (35,7%) do sexo masculino e nove (64,3%) do sexo feminino, com idade variando entre 36 – 65 anos. No que diz respeito ao tempo em que trabalham na enfermagem: 7 – 34 anos (média 23,29 anos; $dp \pm 7,91$); tempo que trabalham na instituição: 1 – 29 anos (média 16,36 anos; $dp \pm 9,25$); tempo na unidade atual: 1 – 27 anos (média 14,86 anos; $dp \pm 8,54$).

5.3.2 Perspectivas do trabalhador e as possíveis repercussões sobre a segunda vítima

A partir da análise dos resultados emergiram categorias que foram agrupadas conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
A complexidade dos cuidados para prevenir as quedas	- Um protocolo, muitos cuidados - Dimensão multiprofissional da queda
A centralidade da/na educação para a prevenção das quedas	- Orientação aos pacientes - Orientação aos acompanhantes e familiares - Qualificação da equipe de enfermagem
Sentimentos da segunda vítima	- Sofrimento e culpa - Preocupação que perdura - A responsabilização sobre o (im)possível - Banalização da queda
Apoio/Suporte	- Apoio individual - Apoio institucional
Oportunidades de melhoria	- Estrutura física - Gerenciamento nas unidades - Valorização dos profissionais na implementação do cuidado - Ocupação do tempo e da mente do paciente

Fonte: Dados da pesquisa, Quadros DV, Porto Alegre, 2020.

5.3.3 A complexidade dos cuidados para prevenir as quedas

A complexidade para prevenção das quedas é demonstrada no protocolo institucional, na multiplicidade de profissionais que interagem com o paciente, repercutindo em um desfecho, algumas vezes, diferente do esperado.

5.3.3.1 *Um protocolo, muitos cuidados*

O protocolo institucional para prevenção das quedas indica que os profissionais façam a orientação de pacientes e familiares, dentre outros cuidados dos quais a equipe de enfermagem demonstra apropriação.

[...]. Eu cuidei da grade, orientei os familiares que não era pra pegar o paciente, porque eu deixei tudo próximo que ele não precisa se esticar, são esses cuidados que eu todo tempo trabalhando na unidade, que eu consegui perceber que quanto mais facilitar pro paciente, quanto mais orientação, quanto mais informação pra quem tá

do lado do paciente, pros pacientes companheiros ali no quarto, mais respaldado e mais seguro vai ficar o paciente. (TE1)

[...] ali durante passagem de plantão, atenção [...] se certificar que ele tem uma pulseira, de que a cama está mais baixa, de que as grades estão erguidas. (TE3)

A gente vai lá e contém os braços, as pernas, tudo. Primeiro contém os braços se ele se agita muito se contém as pernas, se continua se agitando a gente faz uma torácica ou seja passa um lençol quadrado e amarra na beira da cama pra ele não ter aquele esforço de levantar. A gente não deixa de fazer esse procedimento porque não tem material improvisa com uma compressa duas compressas, fazer o que a gente sabe fazer. (TE10)

O ambiente hospitalar, dado a sua complexidade, requer planejamento e organização para que as atividades sejam executadas de maneira coordenada visando alcançar, dentre outros objetivos, a segurança dos pacientes. Entretanto, isso não é garantia de que o resultado será alcançado, pois ele depende de quem o executa, do meio e da interação entre esses e com o próprio paciente.

[...] Olha só não é pra levantar, se o senhor quer fazer xixi o senhor nos chama; deixava o papagaio do lado, fazia tudo e aquele paciente teimoso. Ele ia levantava às vezes quando tu via ele estava na porta te olhando querendo conversar contigo no corredor. (ENF4)

[...] peço para não sair da cama, sempre chamar a campainha sempre amarradinha na grade né. Todas as vezes que eu vou ao quarto que eu faço medicação, alguma coisa, eu sempre digo para não levantar sem chamar, me chama, eu estou aqui para isso, sempre isso sempre. Independente de ter caído ou não, sempre. Eu acho que isso é bem interessante até porque eles ficam mais confiantes em ti também, eles têm uma confiança maior. (TE9)

Quando chego no quarto e vejo que a cama está lá em cima eu baixo a cama, explico porque estou baixando a cama, reforço a questão de ter que estar com as grades levantadas, que é uma coisa que os pacientes têm bastante resistência, eles não gostam de estar com as grades levantadas, mesmo tendo risco de queda porque eu acredito que eles se sintam presos, com sua liberdade limitada. [...] Eu acho que muitas vezes nessas situações nós da enfermagem, a gente acaba cedendo, e daqui um pouco em vez de deixar as quatro grades levantadas a gente deixa só três ou só duas, [...], a gente acaba cedendo, favorecendo que o paciente acabe caindo também, já que eles têm resistência, às vezes a gente acaba dando uma flexibilizada que favorece uma queda. (ENF2)

Assim é possível perceber que o trabalho prescrito é relativizado pela condição humana presente nas interações do ambiente complexo que é o hospital.

5.3.3.2 Dimensão multiprofissional da queda

Na análise das entrevistas encontrou-se que há situações em que a prevenção da queda poderia ser vista na dimensão multiprofissional, como forma de um olhar compartilhado, sob

a perspectiva de diferentes profissionais que executam suas atividades com foco no paciente, que sempre tem o risco de cair.

Se todo mundo, a moça da higienização (poh não deixa no meio do corredor!) o cara que veio arrumar a lâmpada, mexeu nos móveis e deixou trancado ali. Porque olha só um exemplo: a moça limpeza deixou o lixo no corredor, o paciente chega ali e pensa que vai desviar e aí pelo cantinho do corredor, ficou mal, pisou no chinelo e caiu, a mas o xxx tava cuidando do paciente, ele não viu isso? E será que se a moça da limpeza juntasse o lixo não ia ajudar né, não ia ter um resultado melhor? Antes as gurias da copa botavam a dieta na cabeceira do paciente e puxavam a campainha, [...] hoje [...] elas só deixam a dieta ali então tu não vê a campainha ligada e vai fazer outra coisa até tu chegar no paciente ele deve ter tentado comer né então em questão assim da equipe multiprofissional, se tivesse um participação de toda equipe as coisas facilitariam. (TE1)

[...] acontece muitas vezes que vem fazer RX e eleva a cama e esquece e não viu que o RX entrou então vai que o paciente cai nesse momento. [...] a gente fica assim mais suscetível ao paciente cair do leito porque de noite a gente não consegue ficar dentro do quarto o tempo inteiro, [...] tu não tá toda hora no quarto como durante o dia que tem mais residentes, que tem mais multiprofissionais. (ENF1)

Com o propósito de um olhar multiprofissional, os entrevistados apontam que a queda precisa ser vista na perspectiva dos diferentes atores que interagem no cenário junto ao paciente. A prevenção da queda deve ser vista de maneira transversal e, mais do que isso, como uma demanda institucional, com vistas a fortalecer a multiprofissionalidade e a interprofissionalidade. De tal forma, os processos devem ser construídos conjuntamente, dialogando com as necessidades e expectativas do paciente.

[...] quando o paciente cai a responsabilidade é nossa, é da enfermagem então é recorrente acontecer de um paciente super confuso que fica contido ao leito, o médico ela tira todas as contenções, deixa o paciente sozinho sai. (ENF7)

Além dos técnicos a gente tinha que tentar também educar mais os fisioterapeutas porque eles são as principais, deixam as camas altas, deixam as grades abertas. Levam os pacientes pra caminhar no corredor e não orientam que não podem caminhar sozinhos, eles estimulam o paciente a caminhar e os pacientes saem caminhando sozinhos, cansam de cair no corredor por isso. Ou então orientam os pacientes que eles podem caminhar empurrando o suporte de soro e aí pesa, vira e o paciente cai, as vezes tem duas ou três bombas no suporte, eles também tem que ser educados para isso. Os médicos quando vão olhar os pacientes baixam as grades e não levantam, vão fazer algum procedimento e também deixam as camas altas. Pessoal da coleta.. eu acho que é uma coisa meio geral assim sabe. A gente chega a um quarto sai um outro profissional que não é nosso, a gente a primeira coisa tem que baixar a cama porque sempre deixam as camas elevadas, acho que é uma coisa meio institucional. (TE12)

Então assim, aí é aquela coisa que parece um cabo de guerra bom para a enfermagem contendo e a equipe manda descontar. A gente sabe que o paciente que o ideal é que ele esteja descontido para que ele realmente saia do *delirium*, mas também a gente não tem suporte para garantir que aquele paciente não vá cair então em que medida a gente não tá se ajudando em nada na verdade, entende. Está faltando uma avaliação multi desse paciente né interdisciplinar que a gente se dê

conta o que tem que fazer. [...] isso porque a gente vê assim um ciclo de desentendimentos e parece que quem está delirante é a equipe. (ENF6)

A prevenção da queda exige reconhecer a necessidade de engajamento de toda equipe multiprofissional.

5.3.4 A centralidade da/na educação para a prevenção das quedas

As entrevistas revelam a educação como dimensão central para a prevenção das quedas. A seguir são apresentados os aspectos envolvidos.

5.3.4.1 *Orientação aos pacientes*

A abordagem de um evento com repercussão para os pacientes predispõem a busca por melhorias nos processos de trabalho e o repensar das atividades. A reflexão acerca da queda permite um olhar em relação à maneira que o paciente é orientado.

Eu acho que essa questão da informação é fundamental porque assim, não é só colocar a pulseira e dizer que a pessoa tem risco de queda, é dizer olha o senhor não pode levantar, o senhor vai cair, ser mais clara na questão de informação porque às vezes coloca a pulseira e nem fala o que é aquela pulseira ou se fala risco de queda e o paciente nem entende bem o que é risco de queda sabe, de ficar claro... Coisas mais concretas, claras assim pro paciente. (ENF4)

Eu noto que às vezes as pessoas explicam muito tecnicamente, falam até em linguagem técnica e a pessoa não entende, tem que chegar e falar essa pulseirinha amarela porque o senhor tem risco de cair. Aí ele entende [...] pra nós pode ser cotidiano, mas eles não entendem. Falar simples com a pessoa. (TE7)

[...] às vezes não têm entendimento da orientação e acho que isso tem que estar bem mais presente com eles pra não deixar descuidado isso, acho que a atenção pra eles é muito válida, do que tu chegar e dizer não sai e depois não vir mais é a mesma coisa que dizer: levanta. (TE8)

O investimento na educação dos pacientes tem por objetivo envolver os pacientes no seu cuidado, dar sentido às orientações dos profissionais.

5.3.4.2 *Orientação aos acompanhantes e familiares*

A qualificação das orientações aos pacientes, embora importante, precisa considerar os acompanhantes (familiares e/ou cuidadores). Muitas vezes, o paciente não tem condições de compreender as informações, quer pela evolução da doença, quer pelo volume, pela ansiedade

predisposta com a mudança do ambiente, por isso a importância de educar também os acompanhantes como uma barreira adicional à ocorrência da queda.

Além de todas essas medidas de quedas seria incluir mais a participação do familiar no cuidado, isso eu acho que a gente não tá buscando ainda isso então acho que precisa mais. Acho que assim o familiar tem que estar engajado na doença do paciente ali, que tem esses pacientes que precisam né. Não dá pra fazer um bom trabalho sozinho. (ENF1)

É que agora as coisas são muito corridas, a vida é muito corrida. Mas nós tivemos uma enfermeira que quando ela fazia a admissão do paciente ela já dava uma aula de como familiar tinha que agir, orientava o familiar também, não só o paciente, se o pessoal conter não é pra judiar, é porque corre o risco de bater a cabeça, ela dava uma aula, quando fazia uma internação, fazia uma especificação pro familiar, eu achava muito bom aquilo ali. Agora não tem como fazer, não sei se mudou a programação, mas ela fazia, dava uma aula pro familiar. (TE4)

[...] reforço a educação com esse familiar e esse acompanhante. Quando chego no quarto e vejo que a cama está lá em cima eu baixo a cama, explico porque estou baixando a cama, reforço a questão de ter que estar com as grades levantadas, que é uma coisa que os pacientes têm bastante resistência, eles não gostam de estar com as grades levantadas, mesmo tendo risco de queda porque eu acredito que eles se sintam presos, com sua liberdade limitada. (ENF2)

A educação de familiares e acompanhantes consiste em uma estratégia efetiva para segurança do paciente. Embora, com uma demanda para a enfermagem, a educação deve ser vista como um investimento na mitigação do dano aos pacientes.

5.3.4.3 *Qualificação da equipe de enfermagem*

A qualificação da orientação ao paciente é importante e requer que os profissionais também estejam instrumentalizados para realizar essa educação e, mais do que isso, detectando as fragilidades do paciente para a aderência às informações, buscando identificar alternativas para subsidiar suas condutas.

Eu acho que muitas vezes falta de nós já observando que talvez eles (pacientes) não tenham tanta aderência aos cuidados, a gente reforçar todos os dias e todas as horas, talvez nossa falha como enfermeiro e como técnico e como membro da equipe da enfermagem, está reforçando toda vez já que eles não prestam atenção. (ENF2)

[...] antes a gente tinha antes era as rodadas de conversa na madrugada e aí a gente falava sobre vários assuntos e isso te deixa assim renovado no cuidado, renova, tu conversa e o colega te traz novidade e eu acho que isso é muito importante que voltasse que tem muitas coisas assim que se perderam. (TE1)

O investimento na qualificação da equipe de enfermagem proporciona um cuidado diferenciado aos pacientes, na medida em que se possibilita refletir acerca do fazer.

[...] pelo que eu aprendi na literatura, a partir dos 60 anos 30% dos pacientes caem né devido à problemas de glicose, neurológicos, problema de orientação no ambiente, tudo isso aí. Isso aí eu já dei uma lida pra saber porque que caiu né e depois dos 80 anos essa estatística passa para 50% dos pacientes, isso aí eu fui procurar o porquê que havia tanta queda assim né e também devido a questão da pessoa com senilidade, hidratação, daí vai aumentando as comorbidades que daí vai aumentar o número de casos devido a isso né... (TE4)

Treinar a equipe da melhor maneira de orientar um paciente acho que nunca é demais instrumentalizar as pessoas para isso de como orientar o paciente, como orientar a família e talvez orientar a equipe e capacitar sobre a maneira, a melhor maneira de explicar para pacientes e familiares. Até talvez se capacitar, fazer um treinamento acho que é legal. Mas eu acho que tem todas essas outras coisas que são bem importantes também. (ENF7)

A reflexão acerca da formação dos profissionais, das contradições das atividades permite a construção de um cuidado mais crítico, inserindo o profissional em relação a sua prática.

Os pacientes e seus familiares são as primeiras vítimas de eventos com dano, entretanto os profissionais que se envolvem em situações com repercussão para os pacientes são igualmente vítimas, mobilizando sentimentos que os afetam.

5.3.5 Sentimentos da segunda vítima

O sofrimento pelo paciente e a culpa pelo desfecho são os sentimentos que mais mobilizam os profissionais.

5.3.5.1 *Sofrimento e culpa*

Diante de uma situação de queda com dano ao paciente alguns sentimentos repercutem nos trabalhadores. A enfermagem, como profissão, se baseia em premissas de certo/errado. Entretanto, a multidimensionalidade do risco de quedas não permite apenas a resposta sempre exitosa, sendo assim é importante um olhar com foco nas oportunidades de melhorias acerca dos processos, sem culpabilizar as pessoas.

[...] parece que tu não cuidou o suficiente. Quando eu li aquilo assim queda na enfermaria nossa... parece que tu deixou de fazer alguma coisa que deveria ter feito... (ENF4)

[...] uma angústia, um medo, um terror porque é óbvio que a gente não quer que aconteça né. Um temor em relação a várias coisas assim, ao paciente em si, a vida da pessoa, mas também em relação a nossa vida profissional, quanto isso repercute né para a visão das pessoas sobre a nossa capacidade técnica enfim... Eu não sei profissionalmente se isso não representaria para mim o fim da minha atividade

profissional porque eu acho que eu não ia ter recursos para lidar com esse tipo de situação... frustração em primeiro lugar... muitas vezes a gente fez, executou a prescrição, mas o resultado final foi outro... eu ficaria bastante frustrada eu acho que essa sensação que a gente tem assim do quanto tudo isso repercute. Esse sentimento, na verdade, é de certa forma até de culpa assim, embora a gente saiba que executou as coisas não tem como não se sentir corresponsável por uma situação que demandou, que gerou tanto, tanto transtorno. (ENF6)

A gente fica super mal, pô todo cuidado que eu fiz a noite toda não valeu, eu não cuidei direito dele, poderia ter vindo mais no quarto ou podia ter contido ele. E a gente fica... se cobrando. Será que eu não deveria ter contido, ter passado mais vezes aqui, ter chamado os familiares Me deixa mal como enfermeira e como responsável pelo grupo e percebo o técnico também se sente muito mal e o familiar não estava aqui pra ajudar e eles reclamam que não estão com um paciente e sim com 9 pacientes e não que justifique, mas o familiar cobra. (ENF1)

A gente se acalma, respira, chora e passa, vai indo, mas passa teu dia meio ruim assim né. Sensação de susto assim na hora e vem de incompetência, que é o que tu te sente né. A gente se sente muito incompetente. (TE12)

Eu me sinto mal parece que eu não fiz o meu trabalho, mas na verdade também não foi culpa minha que ela caiu, mas eu vejo como uma culpa minha. Eu me sinto mal com isso. Uma coisa que era possível ser evitada, talvez se tivesse um familiar ali do lado dela. Muito mal... É que nem aquela coisa né que tu trabalha uma noite inteira e na hora de passar o plantão passa um coisinha só, que parece que tu não fez nada. Isso tudo estraga teu dia. (TE9)

Fica quieto e calado e aí se queixa com um colega que caiu lá e podia ter visto a situação, se eu tivesse feito tal coisa, mudado ou se tivesse dado medicação antes e ter acompanhado, mesmo que um familiar tivesse acompanhado, esse tipo de coisa ou se o paciente... fica se culpando, dando mil e uma razões se tivesse feito isso e aquilo, às vezes vai ver na prática não tinha o que fazer, a gente se abate muito... Fica dias falando nisso, chora pelo paciente, por medo que a chefia vai cobrar ele né, se bem que nunca vi demissão de colega por queda de paciente né, não me recordo né, mas ele se culpa, chora pelo paciente né diz. (TE7)

As situações vivenciadas no ambiente de trabalho repercutem no ambiente doméstico. A unidade de trabalho que poderia propiciar a reflexão acerca do ocorrido não consegue absorver essa ocorrência dadas as demandas. É em casa que essa reflexão introspectiva, algumas vezes, acontece.

Se for no início do plantão do dia até o final de plantão não vai influenciar porque eu vou ter que fazer o que me ocupar. Isso vai influenciar no momento em que eu descer tomar o meu banho e sair do portão para lá, eu vou dizer puxa... eu vou embora e o paciente está lá na UTI, bah será que vai a óbito porque ela caiu se eu estava tão bem cinco horas da manhã verifiquei sinais, seis horas eu mediquei ela, conversei com ela. Me deu bom dia, bom descanso. Aí eu vou para casa pensando naquilo [...], durmo e dou uma ligada pra enfermeira do plantão pra saber do paciente e de tarde eu vou ligar de novo e de noite também porque aquilo vai ficar na minha mente. (TE10)

Fico às vezes até em casa depois que eu saio daqui, [...] que eu tô sentada lá assim pensando será que foi pra UTI, será que ficou na unidade, porque às vezes fica aguardando. Assim culpada eu não sei, mas eu sinto assim uma dor de poxa vida e agora, às vezes só faltava uma coisa pra ele poder ir embora. (TE4)

A incipiência da abordagem dos sentimentos suscitados nos profissionais repercute no ambiente familiar. A interação da enfermagem com os pacientes desloca o objeto do cuidado e demonstra a simbiose entre o paciente e o profissional.

5.3.5.2 *Preocupação que perdura*

Em alguns momentos os trabalhadores questionam se de certa forma eles também não são vítimas dos processos de trabalho por eles executados e do valor que o paciente atribui às informações que esses profissionais lançam mão como forma de qualificar a assistência e minimizar os riscos:

Eu acredito que o técnico de enfermagem é vítima também e muitas vezes ele pode ser bem mais prejudicado que o paciente porque eu já vi também paciente resvalar e família querer pegar dinheiro em cima disso, pressionar a chefia para demitir, uma humilhação pra gente sair da escala, então não deixa de ser vítima [...]. Eu chego em casa e não consigo dormir [...]. Eu tenho essa autocrítica, eu sei que eu não sou um cara perfeito né que posso errar por falta de conhecimento [...] mas a mim, machuca muito porque eu me preocupo com isso. (TE1)

[...] teve um, ele esteve aqui no leito xxx. Não lembro o nome dele, mas a gente orientou que não podia sair, não pode ir no banheiro, o senhor chama, usa o papagaio e ele de noite levantou tropeçou, bateu a cabeça na pia e abriu um corte bem grande fez um TCE também, ficou com hematomas no rosto. No outro dia ele levantou de novo, caiu de novo. (TE11)

É uma coisa injusta né, um sentimento de injustiça assim porque na verdade. Claro a gente fica mal com toda a situação tudo mas eu não tive culpa a família também não apesar de não estar ali né nem a paciente não teve culpa na verdade. Aconteceu, ninguém teve culpa assim, simplesmente aconteceu, só que daí fica todas as partes ruins né. (TE9)

As entrevistas revelam que há um julgamento pelo trabalho realizado, muito mais de si do que em relação ao outro. Torna-se difícil buscar empatia com o paciente quando há sentimentos envolvidos, quando tem-se a percepção de uma desvalorização ao realizar o cuidado para com o outro. O cuidado que se tem com o outro não se tem com o profissional.

Ela caiu e o familiar não falou nada e eu vi que a respiração dela não estava adequada e foi aí que a gente questionou o que tinha acontecido e aí ele falou que ela tinha caído, mas que ele tinha trazido pra cama então poderia ter sido uma coisa pior [...] isso é muito ruim, muito triste pra gente. É como se o trabalho todo, porque a gente está aqui pro cuidado, que é um trabalho bom, fosse tudo por água abaixo [...] desanimador né. (TE8)

[...] ano passado ou retrasado não me lembro, a senhora pediu pra gente trocar o paciente da cama pra cadeira e aí fomos eu e a colega e eu disse pra ela: eu vou tirar as meias e vou colocar um lençol no chão porque com a meia ele vai deslizar com essa meia de lã. E ela: NÃO, não é pra tirar e não sei o que. Eu: senhora ele vai

deslizar. Não deu outra né... Parece que eles não confiam no que a gente fala, eles acham que a gente quer amarrar o paciente para não dar trabalho pra gente, não é que vai dar trabalho pra gente, a gente tá protegendo o paciente. (TE4)

É um sentimento de culpa. Ao mesmo tempo sentimento um pouco de injustiça. De poxa se as pessoas estivessem aqui vendo, iam ver que tem coisas que fogem do nosso controle. [...] então é esse sentimento meio misto mesmo de faltar esse olhar um pouco de... é difícil. Não tenho uma palavra que explique isso assim, é um sentimento ambíguo de responsabilização e de ao mesmo tempo que falta um pouco também das pessoas estarem aqui pra esse olhar, porque às vezes as coisas acontecem. (ENF7)

Falar sobre seus eventos adversos demonstra transparência e maturidade da instituição. Ainda que com foco não punitivo, a análise de um evento adverso suscita o desconforto e leva a uma sensação de julgamento. Analisar um evento requer foco nos processos de trabalho, na empatia para com o outro e na busca de melhorias internas. Entretanto, é necessário habilidade na condução de uma análise, pois reviver um evento traz a chance de predispor segundas vítimas. E, na realidade, as pessoas são vítimas de processos de trabalho mal desenhados.

Acho que talvez esses casos precisassem ser vistos com um pouquinho mais de atenção em relação ao trabalhador, porque o que acontece embora o hospital não tenha uma cultura punitiva, de erro no geral porque na verdade é um evento adverso. Ultimamente quando a gente tem eventos adversos importantes a gente vem sendo chamado na gerência de risco para conversar sobre isso. Mas tudo isso gera uma atenção. Tudo isso gera um desconforto. Daqui a pouco é desconfortável pra ti ir lá na gerência de risco e conversar, é importante, é uma reflexão válida e super pertinente, mas também é desconfortável né porque a gente fica revivendo aquela situação. A gente precisa ver onde errou, mas então a gente vai ter que falar sobre isso de novo, se expor. Várias pessoas vão consultar aquele prontuário para fazer a avaliação desse evento. Eventualmente tu não vai ter registrado alguma coisa ou alguma coisa não vai estar adequada e tu também vai ser cobrado. (ENF6)

A análise de um evento adverso requer não somente um olhar para o paciente, para as oportunidades de melhoria, mas igualmente para seus profissionais, como forma de compreender as dificuldades do trabalho prescrito, os sentimentos envolvidos. De tal forma, que a análise do evento e o acolhimento ao profissional ocorram em paralelo. As instituições precisam repensar a execução da análise de um evento adverso, a mudança precisa exaltar as práticas que dão certo, como forma de valorizar as pessoas.

Os profissionais também imputam a si a responsabilidade sobre algo que não conseguem ter o controle.

5.3.5.3 A responsabilidade sobre o (im)possível

Sentimentos são projetados nos pacientes em decorrência dessa falta de valorização que os trabalhadores referem sentir. Esse sentimento atua, de certa forma, como um mecanismo de defesa e pode comprometer a relação entre o profissional e o paciente.

Tu sabe que quando o paciente está aqui dentro ele é nossa responsabilidade, não do familiar [...]. Independente de qualquer coisa se ele cair, é minha responsabilidade, ele estava sobre os meus cuidados. Mas o sistema não me permite eu ficar ali do lado dele né. Pela demanda por tudo né. Então é um jogo de empurra. Então eu fico ali, eu tenho que dar conta. Eu tenho que fazer tudo para que o meu olhar não saia dele, então é difícil lidar. A gente tem que aprender com os erros também se aconteceu vamos cuidar mais daquele... Vamos estudar, vamos ver o que foi o erro e vamos cuidar para que aquilo ali não se repita. (TE13)

Era paciente assim literalmente teimoso. Por fim a gente chegou a conter o paciente porque toda noite ele caía e nesse caso específico assim que a equipe já estava assim com raiva do paciente, tu dizia "Olha só não é pra levantar, se o senhor quer fazer xixi o senhor nos chama" deixava o papagaio do lado, fazia tudo e aquele paciente teimoso. Ele ia levantava [...] e às vezes ele nutre aquele sentimento de que chamar é incomodar e com esse tipo de paciente tu fica com raiva do paciente, é um cuidado a mais que tu quer ter com ele sabe. Então cada paciente desperta [...]. (ENF4)

Os sentimentos que o paciente desperta na equipe refletem em uma nova configuração que precisa ser feita, às pressas, para acomodar as demandas, repercutem em uma maior carga de trabalho e, até mesmo, nas relações de confiança previamente estabelecidas entre as equipes, mas que precisam atender às exigências de alguns familiares.

Ele não tem uma preocupação com ele mesmo. Pra ele cair "pois é, mais uma quedinha". Ele não falava a palavra quedinha era "a mais uma vez né" como se não tivesse uma importância. Apesar da gente dizer "olha só o senhor poderia ter batido a cabeça, pode quebrar, pode né enfim". Ele não dava essa importância. (ENF4)

Ela tinha todos os dispositivos pendurados e a sonda vesical de demora tinha virado um estilingue, a NPT estava pingando no chão, cateter central tinha ido né e ela me dizia que só queria pegar os óculos que estavam em cima da mesa. Eu me lembro de ter ficado tão furiosa, que eu quase disse que estava indo embora e agora tinha um monte de demanda pra resolver e eu não posso fechar a porta e dizer pra minha colega agora fica com os 34 e mais esse pepino pra resolver, tem que pegar paciente, chamar plantão, tinha risco de fazer uma hipoglicemia severa, sabe é uma série de coisas que tu tem pra resolver [...]. É um misto de sentimentos de tu pensar assim. Agora tem que dar conta de todas essas outras coisas e a paciente está aí machucada e ela também vai ter que dar conta desse resultado. (ENF6)

Precisei por exigência do familiar pedir pra trocar por conta de um cuidado que não foi adequado e tenho que falar pro técnico que estou trocando, porque o familiar me disse isso, isso e isso. (ENF1)

A responsabilidade sobre algo que é impossível acaba recaindo sobre o paciente, onde ele também pode não ter tido toda a compreensão necessária para aderir aos cuidados que lhe é orientado. De certa forma, essa interação entre a orientação dada pela equipe de enfermagem e a não adesão do paciente pode levar à banalização da relevância dos cuidados orientados.

5.3.5.4 *Banalização da queda*

Por vezes, os sentimentos em relação à queda dos pacientes podem ser minimizados, ou tratados como algo sem importância. O sentimento de banalização diante da queda pode se fazer presente, até mesmo devido à percepção de pouca valorização em relação aos cuidados que são orientados, portanto não seguidos.

A gente fica muito preocupado, tenta rever o nosso processo e acaba ali, então eu acho que o profissional é segunda vítima se o paciente tem dano de moderado à grave porque aí sim essa tua preocupação se estende e esse teu sentimento de culpa se estende porque caso contrário eu acredito que é só no momento assim. (ENF2)

Acho que em outras vezes a gente sabe que a demanda e a dinâmica do nosso trabalho é tão corrida que sim, eu acho que por parte da equipe, às vezes, essa atenção para algumas medidas de queda... perdem um pouco de atenção às vezes pra isso, apesar de já até achar que o pessoal aqui é bem cuidadoso nessa questão de ter a pulseira, eles ficam atentos achando se é risco de queda, eles vêm nos perguntar em função da escala, as grades das camas, deixar as camas mais baixas, eles evitam deixar o paciente sentado sozinho. Mas às vezes isso passa. (ENF7)

Acho que o dimensionamento de pessoal né já que nós não temos funcionários pra acompanhar todos pacientes com risco de quedas, as vezes em uma escala com 6 pacientes, 4 tem risco de quedas assim, a maioria dos pacientes acaba tendo risco de quedas. (ENF5)

A reflexão acerca da etiologia da queda, do olhar individualizado auxilia na identificação do risco e, conseqüentemente, em barreiras e na proposição do tratamento sistêmico. A automatização tanto do cuidado prescrito, quanto do cuidado realizado predispõe sentimento de indiferença.

O técnico ele faz a mesma função várias vezes. Às vezes aconteceu uma queda com outro colega e isso vai entrando na memória e só sabe... Aí depois só se for uma coisa diferente sabe. Mas o que me marca muito é o após as quedas sabe porque a enfermeira passou caiu um paciente no leito tal e no outro dia eu noto o colega abatido. Mas a descrição da queda a gente não entra em como caiu. (TE7)

A prescrição de enfermagem tem alguns dados repetitivos né e isso no meu ponto de visto, é meio que desestímulo ao técnico de ler tudo aquilo que está ali prescrito/recomendado. Mas embora eu acho assim que muitas coisas que estão

prescritas já fazem parte do automático do cuidado que o técnico faz né se tem um paciente com risco ele sabe, na cabeça dele já tá discriminado quais cuidados que tem né. (ENF3)

A banalização acontece também quando o apoio que a instituição deveria fornecer não acontece de maneira efetiva. Situações a exemplo dessa propiciam a desvalorização da repercussão do evento e dos próprios sentimentos.

Tem tantas outras atribuições que eles não vão querer dar apoio psicológico pra gente por causa de uma queda, eu não vejo isso. (TE11)

A rotina de trabalho, por vezes, tão corrida e tão repetitiva que não se tem por hábito parar e analisar, em pequenos grupos, o que contribuiu para que o paciente caísse. A perpetuação de situações como essas acaba minimizando o dano, propiciando que os profissionais não deem importância para a sua prática diária. Por isso, a importância de repensar o trabalho de maneira a envolver os trabalhadores na reflexão e na repercussão do cuidado dispensado aos pacientes.

Dano grave eu não lembro, só escoriações simples, de chamar o plantão pra fazer sutura sim, de cair bater com a cabeça, um paciente até da minha colega masculino caiu e cortou o supercílio assim [...] teve que ser suturado, a gente chamou o plantão e o plantão veio e suturou aí a gente deixou ele na cama, mas ele tentou sair da cama mesmo com as grades elevadas. [...] ir na comadre na cadeira e escorregou também, isso já houve várias vezes. (ENF1)

[...] paciente estava de alta e foi fazer uma eco e na hora do transporte deixaram cair no chão e fraturou não lembro se foi o fêmur o que foi exatamente. Isso aí, foi só o exame pra fechar diagnóstico, não tinha nada grave, era bem tranquilo e ela acabou ficando mais um monte de tempo aí. [...] eu não me senti culpado porque não era comigo. [...] como não era meu, eu não sei te dizer, eu não acompanhei o desenrolar da queda mas eu ajudei a colocar de volta na cama, e aí a enfermeira pediu um médico e chamaram o raio-x pra fazer no leito, mas não teve assim sangramento nada assim que aparentemente mostrasse um dano. (TE2)

A rotina diária, por vezes, não é discutida, de tal maneira que a gravidade do desfecho dos pacientes, a repercussão para os profissionais acaba sendo relativizada e, com isso, o envolvimento dos profissionais de igual forma. A abordagem de situações com repercussão para pacientes e profissionais requerem um apoio formal por parte da instituição tanto no momento imediato, por algum colega que consiga abordar de maneira empática o profissional, como também por parte da instituição pelo período de tempo que for necessário.

5.3.6 Apoio/Suporte

A estratégia de apoio/suporte aos profissionais precisa ser estruturada com um apoio individual, por pares, de imediato.

5.3.6.1 Apoio individual

De certa forma a experiência de se tornar segunda vítima de uma queda traz a necessidade premente de um suporte tanto no momento imediato ao ocorrido, por um par, alguém próximo, quanto por um acompanhamento, um olhar sistêmico da instituição, longitudinalmente.

Com meus colegas... só conversando assim já é um desabafo. Que seja lá tomar um café ou quando tu tá sentado no computador digitando, já é um desabafo, já consegue botar para fora e parece que aquilo já te dá um alívio na situação. (TE9)

[...] eu acredito que eu tenho apoio dos colegas primeiro porque eles passam pelas mesmas circunstâncias porque tem a situação da enfermeira imediata né mas a enfermeira ela já vê a coisa de uma maneira mais administrativa, o técnico é mais prático né. (TE1)

Aqui no caso a gente fala pra chefia imediata né, mas a gente não tem um apoio. (ENF1)

Só que aí a gente chega mais perto do colega né, apoia ele porque tu vê que ele fica meio abalado né, como eu disse para a senhora "mas como que fulano caiu se estava bem agora há pouco" mas aí diz assim "acontece, tu vê, não tem como tu fazer nada". (TE10)

Ainda que desejável receber o apoio imediato por parte dos colegas nem sempre acontece. Ora porque o vínculo familiar consegue suprir essa demanda de maneira mais acolhedora, ora porque o ambiente de trabalho, por vezes, não permite esse momento de escuta, perpetuando um fazer desconectado da reflexão.

Eu acho que mais da minha família, das pessoas que eu tenho afeto fora daqui, que eu vou relatar que aconteceu uma situação ruim com um paciente. Eu acho que das pessoas mais de fora do que daqui de dentro. (ENF7)

[...] é muito difícil porque a própria unidade não te dá esse espaço. Ela não te dá esse tempo, tu esse tempo hábil, tu já chega trabalhando. Tu já chega perguntando [...]. Então não tem como dizer que quer sentar pra conversar com a enfermeira uns 10 minutos. Ela não vai ter esse tempo hábil de conversar comigo porque ela tem cinco, seis auxiliares, seis técnicos pra ela coordenar e mais 15, 16 pacientes até uma da manhã, depois ela tem uns 32. Então ela não vai ter esse tempo pra sentar e conversar comigo. Até pode querer, mas ela está conversando comigo e vem outro. (TE10)

O apoio imediato de um colega preparado com o qual exista laços de afinidade promove um acolhimento efetivo e reduz a sensação de julgamento.

A estruturação formal de um apoio precisa ser pensada de maneira clara, visível e organizada, pois essa abordagem sinaliza para o profissional as etapas dessa condução, minimizando a ansiedade pelo desconhecido.

5.3.6.2 Apoio institucional

O amparo institucional fortalece a cultura de segurança e sinaliza para os trabalhadores que mesmo quando diante de todo o empenho, se uma queda vier a ocorrer, cabe à instituição um olhar para aquele profissional como forma de buscar alternativas de melhoria dos processos de trabalho, mas, mais do que isso, auxiliar na retomada das atividades, como forma de estimular a autoconfiança. Para atender essa premissa, o suporte, por parte da instituição, precisa estar claro para os trabalhadores.

Não tem apoio assim, acho que é muito da cabeça da gente, [...] outro dia eu tava com a acadêmica [...] até chorou e se sentiu responsável por isso. Mas eu acho que apoio não tem. A gente faz os encaminhamentos práticos e racionais e continuo trabalhando porque a demanda é muito grande e gente não consegue parar para pensar. (ENF5)

Totalmente perturbado... totalmente. Bem... para baixo. Isso seria o caso de... esse tipo de acompanhamento que nós teríamos que ter com alguém que não fosse da unidade. (TE10)

[...] um apoio mas assim pro sentimento, ninguém. Eu procurei um apoio para descobrir o que aconteceu e aí a gente descobriu depois, mas pro sentimento não. (ENF4)

O suporte para os trabalhadores, ainda que elencado como algo existente, mas de maneira não eficiente, precisa ocorrer de forma proativa. A segurança dos profissionais, tanto do ponto de vista corporativo, quanto da saúde mental precisa ser um compromisso institucional buscando o investimento nas pessoas.

Eu acho que se eu me sentisse assim de uma maneira tão ruim, que me impedisse enfim de fazer minha atividade, e eu buscasse ajuda, eu acho que eu teria. Tipo buscar o SMO, pedir um atendimento, relatar que passei por uma situação X eu me senti assim, acho que receberia o atendimento adequado. Mas eu teria que buscar isso né [...] teria que ter uma iniciativa porque não tem como saber o que está acontecendo aqui, se aconteceu uma situação tão específica comigo, a não ser que fosse um programa constante ou um acompanhamento. (ENF7)

Eu acredito que tenha mas não é culturalmente utilizado. Eu entendo que o SMO tenha disponível psicólogo do trabalho, não sei se tem uma agenda aberta. [...]

alguns de nós se tratam fora enfim, essas coisas acabam aparecendo nas nossas próprias terapias. Eu acho que o hospital dispõe, a gente culturalmente não adere ou talvez isso também não chegue dessa forma assim, tão explícito que esse recurso existe pra ser usado nesse contexto, entende? Porque se tu for pensar no aspecto gerencial da coisa o que chega para nós é a demanda é o indicador, é a resposta de que tem problema. (ENF6)

Hoje... seria esse acompanhamento com psicólogo, essa orientação com o médico ou sei lá com alguém que venha conversar conosco. Sem que a gente pedisse, aconteceu e automaticamente porque quando a gente erra alguma coisa com a medicação automaticamente tu é chamado, tu é cobrado. [...] isso é uma coisa da noite pro dia, não tem nem conversa fiada, é automático. [...] não, isso ninguém nos disse nós ficamos sabendo depois porque a gente se interessa por aquilo que aconteceu quando na realidade deveria haver interesse da instituição de nos dizer. (TE10)

A experiência prévia com o serviço de medicina ocupacional não permite aos profissionais experiências positivas, quer pela falha no acolhimento, quer pela dificuldade individual, demonstrando que programas estruturados precisam ser pensados como forma de melhorar a abordagem com os profissionais.

Eu acho que em primeiro lugar a instituição deveria me dar um respaldo dentro do serviço da medicina ocupacional, psicologia, da medicina ocupacional poderia me oferecer esse apoio e oferecer um acompanhamento e acho que também fica muito a critério da pessoa porque às vezes o funcionário não se sente à vontade em relatar alguma coisa dentro do próprio ambiente né da psicologia da medicina ocupacional, eu vejo que muitas pessoas procuram. (ENF3)

[...] eu não cheguei a procurar porque achei que não seria eficaz porque a gente demora tanto pra ser atendido lá embaixo que eu nem tentei sabe. Porque outras vezes que a gente precisou por doenças, por coisas mais graves, tu fica horas lá esperando e às vezes não valorizam aquilo. Já cheguei lá chorando, passando mal e fiquei esperando, mandaram pra emergência, e a emergência pro SMO e o SMO pra emergência e acabei sendo atendida fora daqui. Então eu acho que um caso desses eles não vão nem valorizar. Acho, sinceramente, que o SMO não nos dá acolhimento como deveria [...] fica esperando, esperando, esperando. Não tenho tempo para esperar. A gente não tem amparo pra isso. (TE12)

Há a identificação da necessidade de um amparo institucional, que vem sendo contemplada de maneira não satisfatória propicia que situações menos relevantes não sejam valorizadas, não demonstrando fazer sentido essa busca dos profissionais. A consolidação de um espaço voltado para o acolhimento dos trabalhadores requer profissionais dedicados a este fim.

Eu há anos há dez anos quando colocaram GMR aqui, disseram que iam arrumar, que iam fazer e acontecer e até hoje não aconteceu nada. Os funcionários aqui são muito dedicados, eu acho que o pessoal trabalha muito precisa de um cuidado maior. A gente precisa desse cuidado tanto quanto eles do lado quanto a gente né para que ele seja bem atendido a gente tem que ser bem cuidado pela instituição. (TE11)

[...] não sei se todos aceitariam um acompanhamento, querer conversar, se abrir com a psicóloga, né. Não sei se todos, eu vou te ser bem sincera, se acontecer uma coisa assim, porque eu já tive noção de conversar com psicóloga em outras coisas e não me ajudou em nada, não resolveu em nada. (TE6)

Quando há a sinalização do apoio institucional, ele é relatado como algo não tão objetivo, por um número pouco expressivo de profissionais, sem o conhecimento do trâmite institucional.

A instituição fornece [...] por a gente estar envolvido com uma situação dessas, [...]. O hospital fornece sim apoio psicológico. (TE14)

Sim, tem o xxx, tem o psicólogo, tem apoio lá. Nunca precisei, graças a Deus, mas sei que tem. (TE9)

A efetiva abordagem institucional em relação ao tratamento dado aos trabalhadores que se envolvem como segunda vítima de eventos adversos representa uma maneira de valorizar os profissionais e investir em relações de confiança.

5.3.7 Oportunidades de melhoria

O tratamento das quedas é multimodal, dessa maneira, diversas alternativas podem auxiliar na prevenção das quedas. A importância da valorização das pessoas implica em profissionais engajados, com sentimento de pertencimento em relação aos processos de trabalho executados, comprometidos na busca de um melhor resultado final.

Oportunidades de melhoria no ambiente foram sinalizadas nas entrevistas.

5.3.7.1 Estrutura física

O ambiente físico apresenta melhorias a serem oportunizadas.

Eu me lembro assim [...] de ter visto uma tecnologia de sinalização do paciente saindo do leito, tipo infravermelho entre as grades da cama. E esse tipo de ferramenta eu achei super interessante porque é uma coisa que se sinalizada e a gente conseguiria talvez agir mais rápido porque de noite a situação é bastante preocupante. [...] daqui a pouco tem umas outras coisas assim que fogem da nossa realidade. Mas luminosidade baixa né, tipo luz pelo caminho assim que são ativadas por movimento. Tem uma série de outras tecnologias que a gente não dispõe hoje. (ENF6)

Adaptação né, dos banheiros principalmente, nos quartos talvez barras de segurança. Nos box dos banhos e alguma coisa na porta, eles travam a porta ali, a pessoa se

afirma na porta pra não cair e a porta ela anda né, deveria ter umas travas ali. E no quarto, devia ter poucos móveis nos quartos. (TE7)

Os trabalhadores que utilizam o ambiente e o mobiliário apresentam um olhar qualificado para identificar as oportunidades em relação à estrutura física e patrimonial.

5.3.7.2 Gerenciamento nas unidades

A implementação, por parte dos trabalhadores, de práticas que qualificam a assistência repercute na motivação dos profissionais e no desenvolvimento de autonomia.

As campanhas um pouco mais próximas dos pacientes porque alguns pacientes que não ficam com acompanhantes a campanha fica um pouquinho longe, mas a gente sempre tenta orientar o paciente, deixar a campanha mais próxima e ter um familiar presente, é importante ficar o tempo todo com esse paciente que já tem indicação de risco de queda e acompanhá-lo né em todas as atividades que eles fazem aqui dentro do hospital. (TE14)

[...] mas talvez colocassem os pacientes mais idosos mais perto do posto, que no posto tem mais circulação porque aqui nas alas norte os corredores são muito grandes. A gente tem dificuldade de chegar nos lugares rápido e a gente podia tentar concentrar eles mais perto de nós. Sempre tem mais gente no posto, pelo menos sempre tem um enfermeiro, um secretário e a gente consegue fazer as coisas mais rápidas, como faz com pacientes mais graves. A gente consegue dar mais atenção. (TE12)

A primeira visita na beira leito, tu ter como se fosse um protocolo para seguir. (TE13)

[...] faziam um *round* com os familiares explicando o que era o GMR, como é que era transmitido, como é que eram os cuidados e fazer reuniões de esclarecimento porque muitas vezes as pessoas não têm muito conhecimento do que pode e não pode né. Eu acho que integrar mais esse familiar com os funcionários ver a nossa realidade porque aqui nós somos pessoas muito sobrecarregadas de serviço. [...] a gente tenta, mas não consegue fazer milagre. Eu acho que tinha que existir alguma coisa que pudesse, alguém nesse trabalho, eu acho. (TE11)

A prescrição do cuidado deve permitir pequenas flexibilizações para que os profissionais consigam refletir sobre a prática, inserir-se no cuidado e qualificar a assistência, comprometidos com o resultado final.

5.3.7.3 Valorização dos profissionais na implementação do cuidado

A valorização dos profissionais permite a expansão das oportunidades para qualificar o cuidado.

Tentar tranquilizar ele né ainda mais se ele está só, principalmente durante a noite, ver as grades elevadas, isso é o principal, o leito também né, não deixar a cama elevada. Outra coisa que eu observo bastante é o tipo de calçado dos pacientes porque às vezes não é adequado né e isso proporciona a queda também e eu acho também que o banheiro da unidade isso também influencia [...]. (TE8)

Eu procuro fazer o que eu chamo de protetor de berço, que pegar os dois transfer do paciente e colocar um em cada lado da cama, que aí dificulta mais a queda, além de conter que a gente costuma conter a gente coloca como o protetor de berço na cama para dificultar a passagem dele naquele vão da cama e resolve, grande parte até que alguns colegas já estão aderindo à minha ideia porque as camas são confortáveis mas são inapropriadas com aqueles vão ali muito muito aberto né. (TE11)

Os profissionais precisam ter um espaço para criar alternativas em prol da segurança dos pacientes e atitudes como as descritas acima precisam ser valorizadas. Além disso, outras sugestões são trazidas pelos profissionais como forma de distração dos pacientes e de alternativas para promover a educação dos pacientes, como forma de estruturar mecanismos de disseminação de boas práticas.

5.3.7.4 Ocupação do tempo e da mente

O aproveitamento do tempo do paciente dentro do hospital pode ser útil para promover a recuperação.

Assim uma coisa que quando tem alguma coisa de distração pra eles no quarto, muitas vezes eles ficam sozinhos no quarto. Não têm uma televisão, não têm alguma atividade para fazer. Além de internação acho que eles precisam ter alguma atividade para trabalhar porque ficam só pensando na doença só focalizar no tratamento. Só naquele mundinho que fica ali [...] não faz nada ele fica só deitado, não trabalha a mente dele, não tem perspectiva de nada entendeu então as vezes vai entrar com um quarto sem televisão não pode ver uma novela. Vê um noticiário. Eu acho que isso ajuda também a saber o tempo e a hora das coisas. Eles perdem muita noção de tempo e espaço na internação. Eu acho que tem que ver uma atividade uma coisa sem que eles pudessem exercer. (TE11)

[...] também além de um filmezinho, um folderzinho, porque se ele não entender, olhar lá, [...] mas é uma coisinha que algumas cenas se ele olhar aquele filme ou ler aquilo ali, alguma coisa ele vai gravar [...]. Passar ali ó, o risco de queda, como tem aqueles cartaz ali, como lavar as mãos [...], um folderzinho nem sei se tem do risco de queda, tem? Não me lembro. [...] explicando quais são riscos de queda e tal, o que ele deveria fazer para evitar [...]. (TE6)

O conhecimento do profissional precisa ser valorizado e estimulado, visto que a abordagem da queda requer um investimento multimodal. A identificação de oportunidades visa qualificar a assistência e aproximar o trabalho prescrito do trabalho real.

6 DISCUSSÃO

O ambiente hospitalar apresenta um grande número de processos de trabalho, inúmeras rotinas definidas através de POP's (Procedimento Operacional Padrão) e diferentes níveis hierárquicos que se inter-relacionam, no entanto esses procedimentos prescritos são humano-dependentes, podendo ser adaptáveis e, portanto, apresentando variabilidade com repercussão no resultado final. Dadas as possibilidades de dúvidas, durante a tomada de decisão, e por características individuais, a ocorrência de incidentes pode se fazer presente. Esse conjunto de características confere ao hospital complexidade, embora de difícil definição, essas características interagindo de maneira dinâmica entre pessoas e equipamentos permitem ainda que esse sistema seja classificado, mais especificamente, como um sistema sociotécnico complexo (CILLIERS, 1998; SAURIN; GONZALEZ, 2013; SAURIN; ROOKE; KOSKELA, 2013).

A adesão aos protocolos e rotinas prescritas, de certa forma, acaba tendo uma interferência adicional, que são as situações de pressão enfrentadas pelos profissionais, quer pela resistência de pacientes e de cuidadores que não aderem às orientações e, em algum momento os profissionais flexibilizam essas orientações, quer pela multiplicidade de cuidados na tentativa de mitigar um dano que, por vezes, ocorre. É sob essa perspectiva que se faz necessário o uso de ferramentas como o FRAM, que possibilita, por meio da modelagem, analisar e projetar variáveis, e compreender a repercussão da variabilidade nos processos de trabalho, não somente por sua aplicação retrospectiva, mas também por sua aplicação prospectiva (HOLLNAGEL; WOODS, 2005; WHO, 2008; HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014).

A análise das quedas modeladas permitiu a identificação da variabilidade das funções representadas pela ausência do acompanhante/familiar, em pacientes sob efeito de medicamento indutor do sono, hipotensor ou que provocam alteração na força muscular. Além disso, na vigência de mudança no estado geral do paciente, pela impossibilidade da equipe de enfermagem de acompanhar o paciente durante seus deslocamentos, bem como por uma necessidade de investimento, quer no paciente e seu familiar, quer nas equipes que gerenciam os cuidados e a condução desse paciente. Fatos estes evidenciados na fala dos profissionais quando identificam a importância do acompanhante, a necessidade de qualificação das equipes, de educação dos pacientes e acompanhantes. É sob essa perspectiva que se faz necessário sistemas resilientes como forma de reduzir esta variabilidade e propiciar

um maior suporte aos profissionais (HOLLNAGEL; HOUNSGAARD; COLLIGAN, 2014; WACHS; SAURIN, 2018).

A multiplicidade de cuidados é identificada por um grande número de ações como a orientação sobre a colocação de grades, a manutenção de pertences próximos ao paciente, orientação sobre o uso da campainha e, de certa forma, enfatizando com os paciente ao refletir como deve ser difícil para eles, o que além de considerar a multiplicidade de cuidados prescritos em prol de um objetivo maior que é evitar a queda, por vezes ainda refletir acerca do prescrito quando amarram a campainha na grade como forma de evitar maiores esforços ao paciente. Essa flexibilização, que busca aproximar o prescrito do real, por vezes, acaba sendo objeto de culpabilização, na medida em que o paciente acaba apresentando queda.

Corroborando com a dificuldade de contemplar essa multiplicidade de cuidados está a identificação de uma prescrição de enfermagem com dados repetitivos, gerando um desestímulo no técnico de enfermagem, bem como na fala do técnico que por executar a mesma função várias vezes acaba não dando a real importância para a queda. O cuidado prescrito precisa refletir não somente as necessidades dos pacientes, mas também permitir a sua implementação. Para tanto, há de se considerar esse distanciamento com repercussão na variabilidade para a ocorrência da queda. Não se trata de prescrever um processo de trabalho sem folgas, mas sim reduzir essas a ponto dos profissionais conseguirem administrar os cuidados levando em consideração as variáveis do dia a dia, sendo a reflexão acerca da prescrição algo bastante relevante. A prescrição do paciente precisa envolver todos os atores que, de fato, cuidam desse paciente, garantindo um maior imbricamento, considerando o paciente e a inter-relação dele com todas as partes, ao invés de uma prescrição segmentada, prescrita por uns, administrada por outros (LEMOS *et al.*, 2018).

No que diz respeito ao horário em que as quedas ocorreram, o noturno foi preferencialmente o turno que mais apresentou a ocorrência, corroborando com o estudo de Barbosa *et al.* (2019) em que foram caracterizadas as quedas de pacientes adultos hospitalizados. Há uma redução no número de profissionais durante o turno da noite e uma menor circulação de pessoas no ambiente hospitalar, podendo estar relacionado com uma menor capacidade de vigilância e uma redução na frequência de abordagens com os pacientes, até mesmo, para não interferir no sono. Fatores como esses podem contribuir para um maior número de quedas no noturno. Além da negativa de alguns acompanhantes e familiares permanecerem junto ao paciente, ou ainda, quando da permanência, esta não acontece de forma vigilante. Outro ponto importante é a escuridão do quarto que pode contribuir com as quedas,

fato esse que é contemplado na prescrição de enfermagem ao orientar a manutenção de ambiente iluminado (CARLESI *et al.*, 2017).

O hospital, diante da inter-relação de processos envolvendo pessoas e equipamentos, requer cada vez mais soluções complexas para resolução de suas demandas. Ainda que envolvendo recursos tecnológicos e gerenciais para solução de problemas, estes, por si só, não conseguem resguardar todas as combinações possíveis de respostas, dada a teia envolvida nessas soluções. E, de certa maneira, em algum momento, considerando-se um maior valor para as respostas tecnológicas, em detrimento das humanas. A historicidade dos eventos nos mostra que as soluções precisam ser utilizadas conjuntamente. É importante, nesse sentido, ponderar o peso dessas interações, haja vista que o impacto sobre os recursos humano e gerencial tende a se esgotar, enquanto o recurso tecnológico pode ser reciclado/reparado. As soluções para problemas complexos demandam não somente uma estrutura diversificada de apoio, como também um olhar diferenciado para o recurso humano buscando-se soluções colaborativas.

A forma como o trabalho vem sendo realizado não incide em uma prática de cuidados centrados no paciente, de tal maneira que a multidisciplinaridade se apresenta por meio de várias pessoas de diferentes profissões cuidando do mesmo paciente, mas, de fato, essas práticas não geram sinergia. Muito além da multiprofissionalidade, é preciso construir um processo dialógico entre os diferentes atores que cuidam do paciente. Dessa forma, o trabalho em equipe, embora permeado por diferentes práticas, precisa de um discurso único, precisa estar embasado na educação e na construção de uma identidade de equipe. De tal maneira que esse trabalho, ainda que construído em um ambiente complexo e dinâmico, promova através da prática, um trabalho colaborativo, coadunando com a assistência, a gestão e a tecnologia (BLEAKLEY, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2017).

A implementação de práticas colaborativas qualifica os serviços de saúde na medida em que há compreensão da dimensão do fazer ora envolvido, resultando em melhores desfechos, na segurança dos pacientes, além de promover relações de confiança entre os profissionais. Nesse contexto, essa prática colaborativa deve refletir a construção conjunta e, para tanto, é preciso repensar acerca da atividade realizada, para além de criticar e agir, mas pensar, planejar e replanejar o trabalho com foco no cuidado que será oferecido ao paciente. Embora, enquanto profissão há uma necessidade de seguir regras e POP's, esses devem ser de construção conjunta, haja vista que diante de situações inesperadas, as quais o POP não consegue contemplar, as soluções precisam emanar das equipes (BLEAKLEY, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2017).

As práticas colaborativas precisam ser pensadas não somente no momento da execução mas, primordialmente, na criação de protocolos institucionais, transversais. Um plano de cuidados para um determinado paciente deve ser construído conjuntamente com os profissionais que irão planejar, cuidar, ou seja, interagir acerca do paciente e do ecossistema a sua volta, seja ele o familiar e/ou seu cuidador e, sobremaneira, pelos outros profissionais envolvidos indiretamente no cuidado. A importância de ações como essa se faz representada na multiprofissionalidade da queda, conforme identificado nas falas dos entrevistados.

De maneira dissociativa, o protocolo para prevenção de quedas na instituição pesquisada, encontra-se em uma aba de protocolos pertencentes ao Grupo de Enfermagem, a equipe a ser orientada quando da identificação do risco de queda é a de enfermagem, a escala é aplicada pelo enfermeiro, entretanto vários outros profissionais que não só a enfermagem orbitam ao redor desse paciente e, mais do que isso, chega-se a comparar que o paciente fica no centro de uma discussão, tal como um cabo de guerra, em um ciclo de desentendimentos entre os profissionais, em que o relato traz de que delirante são as equipes e não a resposta do paciente em relação a doença. Demonstração clara e elucidativa de falta de coesão entre os profissionais, entre a prescrição e os profissionais, expondo estes e a instituição.

Essa é uma forte inferência que se faz acerca do sentimento de culpa, angústia, impotência, de não ter cuidado o suficiente, de desvalorização pela falta de adesão do paciente e seu familiar/cuidador. Embora a complexidade trate de diferentes seres que orbitam ao redor do paciente, com diferentes intensidade de atuação, inclusive acrescentando tecnologia ao cuidado, a prescrição para evitar a queda é para a enfermagem cumprir, logo quando algo não sai como o esperado, entende-se que é devido à ineficácia, pois enquanto categoria profissional tem-se a grande dificuldade de aceitar a falibilidade da profissão. As falas dos entrevistados demonstraram o sentimento pela tarefa impossível ao assumir sozinha uma responsabilidade que envolve uma gama de aspectos que transcendem a vigilância da enfermagem.

A dificuldade de aceitar a falibilidade na enfermagem está atrelada não somente aos valores de perfeição da profissão, mas também pela característica do trabalho entregue, sua intangibilidade, que precisa se reforçar em normas e padrões a fim de apresentar um produto final. Nesse contexto, a busca incessante dos profissionais de enfermagem pela perfeição é vista quase como uma obrigação ou como algo inerente à profissão (MENDES *et al.*, 2010; ROMERO *et al.*, 2018). Sentimentos expressados pela sensação de ter feito tudo e não ter sido suficiente, de tentar rever o que poderia ter sido feito diferente ou ainda de pensar que se

tivesse feito isso ou aquilo, colocando em si a responsabilidade traduzem essa dificuldade de aceitar o desfecho.

Ainda que o sentimento de estar próximo de um paciente que sofreu dano grave seja algo mobilizador, como trazido pelos profissionais de ficar se culpando, de chorar pelo paciente, de ir para casa e ficar pensando no que aconteceu e, até mesmo, no julgamento, de ser rotulado como incompetente, outros sentimentos são suscitados, como a banalização. Em alguns momentos a relativização individual do dano, ainda que, de fato existam níveis de dano diferentes, é dada pela repercussão imediata, desconsiderando o dano tardio e a imagem da instituição, conforme visto nas falas. A literatura ainda que na sua definição de dano faça alusão ao paciente, é possível se apropriar do conceito e aplicá-lo a segunda vítima quando inclui a repercussão sobre sofrimento, podendo ter repercussão social ou psicológica (WHO, 2009).

No que diz respeito à banalização, ou melhor, conforme classificado na literatura, banalização do mal, ela não vem de grandes planos ou estratégias, mas da ausência de consciência ou de reflexão sobre a ação que é tomada dentro de um contexto e é entendido como natural, sendo reproduzido e aceito pelas pessoas (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013). Embora essa expressão tenha surgido na década de 60, Dejours, em 1998, revisitou esse conceito à luz do contexto da psicodinâmica do trabalho e trouxe ainda que um sistema no qual se produz e se intensifica as adversidades e as injustiças nos laços dessa rede, abrandando a consciência moral diante do sofrimento, permitindo a tolerância do mal. Nesse sentido, a busca pela racionalidade se propõe a não permitir um olhar para o sentimento, fomentando que não é necessário olhar as injustiças, pois as falhas humanas são decorrentes de incompetência, de incapacidade.

Além disso, diante do contexto analisado, no qual o número de eventos com dano de moderado à grave representa 2,7% das ocorrências, tem-se a falsa sensação de que esse percentual é pouco expressivo, no entanto ele reflete que um extrato muito grande de eventos sem dano e com dano leve ocorrem da mesma maneira que os moderados e graves, mas não são tratados, permitindo, de tal forma, uma pouca valorização, ou até mesmo a banalização de situações com desfechos desfavoráveis.

É dessa maneira que estratégias coletivas devem ser estimuladas, pois um grande número de quedas ocorre independente de ter dano ou não para o paciente, mas os profissionais sempre estão envolvidos. Fato este que foi possível de ser identificado na perspectiva proativa do processo modelado com o FRAM. Há, indubitavelmente, julgamento da incompetência, da incapacidade e da falha humana, levando à privação do reconhecimento

profissional e o distanciamento de estratégias coletivas de defesa, como a solidariedade para com o colega, corroborando com o estágio 2 da história natural do fenômeno da segunda vítima (RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009). A falta de um estímulo para a solidariedade advém do individualismo e de práticas competitivas, um desestímulo à construção positiva de identidades grupais (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

De certa forma, na fala dos entrevistados, é estratificada a necessidade de atendimento para o sentimento baseado na resposta pela situação vivida, à luz de uma explicação racional, quando relaciona às dificuldades experienciadas o atendimento de sintomas físicos. Mesmo que, por alguns profissionais, esse atendimento é relatado como existente, ele não se mostra claro, visível, ágil e de maneira proativa, sendo essa uma importante estratégia institucional para mitigar os sentimentos da segunda vítima (SCOTT *et al.*, 2010; EDREES *et al.*, 2016; MIRA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, dentro das estratégia de enfrentamento, falar do ocorrido, além de oportunizar o aprendizado, constitui um método de auxiliar o profissional a retomar seu trabalho de maneira mais exitosa. Além disso, propicia que os profissionais reflitam acerca da assistência prestada. A forma que é abordada uma situação no grupo de trabalho permite um momento de escuta, aproxima os profissionais e predispõe, que em situações análogas, um acolhimento mais efetivo e de maneira imediata seja contemplado. Essa constitui uma maneira solidária de qualificar pessoas na pronta resposta, por isso a importância de estruturar o apoio.

Nesse cenário, o tratamento das quedas envolve educação, quer dos pacientes e acompanhantes, quer das equipes demandadas direta ou indiretamente no cuidado. A identificação, pelos trabalhadores de enfermagem, de oportunidades para qualificar essa orientação, contextualizando que um paciente e um acompanhante orientados em relação aos riscos de queda poderiam melhorar a adesão aos protocolos institucionais foi evidenciada. A identificação dessa oportunidade inicia no momento em que o processo de cuidados prescrito modelado é comparado com uma queda modelada.

A variabilidade, presente no dia a dia, repercute não somente no paciente e no seu familiar/cuidador, mas também nos profissionais, permite a reflexão destes acerca do fazer e do desafio de inserir pacientes e cuidadores no cuidado, quer por uma demanda individual, quer por uma necessidade de compartilhamento do cuidado, gerenciado pela enfermagem, incidindo em uma relação equivocada de posse, da enfermagem, em relação aos cuidados dos pacientes.

Ainda que vistos por muitos profissionais que o familiar tem a obrigação de permanecer com o paciente, é preciso fazer uma ressalva em relação a isso. Com uma rotina diária cada vez mais demandante, com um custo de vida elevado, muitos pacientes não dispõem de familiares para permanecer consigo, nem tampouco tem recursos financeiros para custear um acompanhante. De maneira análoga, as instituições de saúde não tem recursos humanos suficientes para as demandas cada vez maiores, devido à complexidade dos pacientes, ainda que essa seja uma obrigação das instituições de saúde.

É preciso repensar a forma de contemplar a segurança dos pacientes e a manutenção da estrutura de aporte financeiro das famílias, pois, em grande parte dos casos, é esse suporte familiar que vai garantir a continuidade dos cuidados domiciliares. Para tanto, uma alternativa a ser discutida é agregar voluntários e estudantes nesse cuidado, instrumentalizando-os nessa prática, buscando oportunizar um aprendizado aos voluntários e estudantes e um auxílio para esses pacientes, nos chamados, nos deslocamentos, na alimentação e como uma companhia, principalmente à noite.

As oportunidades de educação surgem na perspectiva do paciente e de seus cuidadores/familiares, bem como da necessidade de qualificar os profissionais que cuidam desse paciente, tanto buscando a adequação da linguagem, quanto oferecendo dados mais reais em relação aos riscos dos pacientes. A educação de pacientes e de seus acompanhantes/familiares deve partir do universo vocabular deles para que se possa significar as situações vivenciadas, dessa forma não existe uma educação padronizada de pacientes e familiares, ela parte das experiências vividas, é sensível ao contexto. Fato esse que pode ser elucidado na fala dos participantes, os quais identificam a necessidade de utilizar uma linguagem acessível para comunicação com o interlocutor. E, em relação ao educador, nesse caso os profissionais de enfermagem, só é possível ensinar quando se entende que ainda é possível aprender, quando se tem vontade de buscar o novo todos os dias, essa é uma relação de troca onde há o desafio das equipes de educar e do paciente de conseguir aprender aquilo que, de fato, nele repercute (FREIRE, 1987).

A presença do acompanhante constitui uma estratégia para mitigação do dano, entretanto esse acompanhante precisa ser orientado para o cuidado para que ele consiga identificar os riscos de um ambiente adverso, como o hospital. Para tanto, é demandado à equipe de enfermagem que, através de uma escuta qualificada desse acompanhante, possa ser identificado maneiras mais efetivas de proporcionar a educação e que se tenha, neste acompanhante ou familiar, não apenas uma extensão da enfermagem, mas também uma barreira para evitar o dano decorrente da queda. Por vezes, o acompanhante, na percepção dos

profissionais, acaba não cumprindo sua função. Ainda que, sinalizado pelos profissionais, não seja esperado dos acompanhantes fazer o trabalho privativo da enfermagem, a enfermagem espera receber ajuda para garantir a demanda da escala de trabalho, por vezes solicitando auxílio para pacientes que estão desacompanhados na enfermaria.

A busca de informações para os pacientes e familiares precisa fazer sentido, ir ao encontro das necessidades, por isso que, além de uma abordagem que se aproxime de pacientes, seus familiares e acompanhantes, há de se pensar em metodologias ativas que tenha significado para eles, conforme trazido nas falas e previsto na função modelada pelo FRAM. O desafio na educação de adultos, diante da tríade, pacientes, familiares e acompanhantes, bem como pelos profissionais envolvidos precisa estar amparado no conhecimento e, além disso, permitir que as experiências prévias balizem as situações de aprendizado, como apontado nas entrevistas. A identificação da necessidade de qualificação no trabalho foi demanda pelos profissionais e encontra respaldo nesta busca (FREIRE, 1987).

Algo importante em relação ao familiar/acompanhante, mais do que pensar que ele deve contemplar o que a equipe de enfermagem não consegue atender, é pensar na qualificação. Um familiar/acompanhante atento, conhecedor do paciente, além de auxiliar na assistência permite a interação no processo de saúde-doença. O estímulo ao conhecimento é repercutido no paciente através de uma maior autonomia pelos seus cuidados, quando possível. Dessa forma, o conhecimento pode deixar de orbitar na volta deste paciente e do seu acompanhante, mas permear essa relação. Essa deve ser uma oportunidade identificada pelos profissionais como uma abordagem educativa, diferindo de um discurso em que o acompanhante não pode se apropriar desse cuidado. Por isso, a importância de capacitar os profissionais para que eles identifiquem oportunidades de aprendizado ainda que, em certas ocasiões, o acompanhante não tenha a disponibilidade para esse aprendizado (LEMOS *et.al.*, 2018).

A oportunidade de aprendizado com os fatos vivenciados, pelo exemplos que deram certo e que deram errado, são importantes nessa construção. Ao educar um familiar e justificar a ele que determinados procedimentos são necessários, por mais que pareça agressivo, desmistifica a ideia pregressa que alguns familiares têm sobre determinadas situações, como no exemplo de uma contenção física. Os profissionais que possuem experiência com a hospitalização de algum membro da sua família conseguem, de tal maneira, ter a percepção em relação aos sentimentos dos familiares, ora por já terem ocupado esse lugar, ora por terem se permitido ouvir os familiares/acompanhantes. Para tanto, o profissional precisa evidenciar que a busca por qualificação se propõe instrumentalizar seu

trabalho e dar sentido às suas práticas, como nos discursos em que se valoriza práticas passadas, em que o processo de trabalho era discutido em rodas de conversa.

A capacitação da equipe de enfermagem, sinalizada como algo importante para o cuidar, transcende a dimensão da prática. O investimento na educação dos profissionais requer habilidades interacionais, conhecimento sobre maneiras diferentes de buscar a adesão dos interlocutores, leigos ou não, por essas informações. As alternativas devem passar pelo uso de metodologias ativas no processo de educação, pelo investimento na educação de adultos, pela empatia com outro, por incidir sobre o valor humano. O reconhecimento desses investimentos promove atitudes seguras e reforço positivo para os profissionais, mesmo quando diante de todo empenho não se atinge o êxito.

Pensar na evitabilidade da queda requer diretivas que façam sentido e que promovam a autonomia desses atores. Mais do que isso, esse processo de qualificação do cuidado fica evidenciado na medida em que a própria equipe de enfermagem entende que, para cuidar com qualidade é preciso que os profissionais orbitem ao redor do paciente, entendendo a perspectiva multimodal da queda e a necessidade de uma implicação coletiva na maneira de pensar novas práticas. Situações trazidas pela importância de capacitar o profissional da higienização, manutenção, além de dar sentido para os profissionais que já fazem esse cuidado.

O impacto psicológico de se tornar uma segunda vítima está diretamente relacionado com a gravidade de um evento. Um estudo com 93 hospitais na Bélgica, com médicos, enfermeiros e parteiras mostrou que o impacto de um óbito é maior entre enfermeiros, já, com dano grave, é entre os profissionais médicos. A justificativa está na natureza da profissão e na responsabilidade final em relação ao paciente. E, entre os profissionais do sexo feminino, com maior repercussão negativa (VAN GERVEN *et al.*, 2016).

Em contrapartida, a enfermagem é uma profissão fortemente arraigada no resultado final do êxito, desconsiderando a falibilidade daquilo que é executado, incrementado pela complexidade, e tem um forte senso de responsabilidade, característica esta que, juntamente com a redução do dano, influenciam no impacto da ocorrência (VAN GERVEN *et al.*, 2016; ROMERO *et al.*, 2018). Dentre os sentimentos, a culpa pelo desfecho do paciente, o medo pela perda da reputação, a angústia pela situação não abordada fazem parte das vivências da segunda vítima, etapa compreendida no estágio 4 do fenômeno natural da segunda vítima (BURLISON *et al.*, 2016; VAN GERVEN *et al.*, 2016; RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009).

A enfermagem planeja, implementa e avalia o cuidado dos pacientes. Para que essa tríade ocorra, de maneira satisfatória, vale-se de conhecimentos técnicos, mas também de habilidades que estimulam essa cooperação entre pacientes, familiares e acompanhante, em prol da aderência a esses cuidados. Para atingir o êxito, tão objetivado pela profissão, o envolvimento relacional demandado é cada vez maior, fazendo com que, em um evento com dano grave, o profissional tenha repercussões nessa relação previamente construída, ecoando na relação com o colega, com a instituição, como o paciente/acompanhante/familiar e consigo mesmo (TORIJANO-CASALENGUA; ASTIER-PEÑA; MIRA-SOLVES, 2016). A repercussão de um evento transcende o ambiente de trabalho na medida em que o profissional vai para casa, pensa em momentos vividos e confiados a ele, por esses pacientes, liga para o trabalho na busca de informações, como forma de acalantar os sentimentos relatados de medo, frustração, impotência, terror. Sentir-se abatido, ficar calado e chorar são a exteriorização dos sentimentos vivenciados pela segunda vítima.

O que de fato melhor auxilia a redução desse impacto psicológico são as estratégias ativas e planejadas, muito mais do que qualquer capacidade individual de resiliência e da busca por auxílio, embora importantes. A resiliência, ainda que primordial, não está relacionada com a experiência profissional. O apoio prestado e uma cultura organizacional com caminhos claros permite que sentimentos como esses possam ser aliviados (VAN GERVEN *et al.*, 2016).

A relação entre o sofrimento da segunda vítima e os resultados evidenciados permeiam uma cultura de suporte organizacional capaz de planejar pontos de apoio, evitar a rotatividade e o absenteísmo. Aspectos estes que afetam o bem estar profissional, a segurança do paciente, a disseminação de uma cultura organizacional, ratificando que os investimentos nessa área dizem respeito às estratégias com as pessoas e com a identificação de fatores que predis põe às falhas (BURLISON *et al.*, 2016).

Os sentimentos da segunda vítima proporcionam reações negativas. Dentre os sentimentos relatados, a culpa, o estresse pela preocupação com o paciente, o medo do julgamento e do desfecho para o paciente elucidam o que também é trazido na literatura internacional (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014; AJRI-KHAMESLOU; ABBASZADEH; BORHANI, 2017; MIRA *et al.*, 2017). Esses são sentimentos comuns diante do erro, uma vez que ele demonstra a falibilidade humana e o impacto emocional por consequência (ROMERO *et al.*, 2018).

Entretanto, o erro também traz uma oportunidade de aprendizado, ao identificar oportunidades de adequações, de envolvimento dos familiares, cuidadores e do próprio

paciente, consistindo em uma estratégia de enfrentamento, de tal forma que o erro consegue ser ressignificado (AJRI-KHAMESLOU; ABBASZADEH; BORHANI, 2017). Por isso, a importância de capacitação não somente dos profissionais. Essa é uma oportunidade de elaborar episódios traumáticos, reduzindo o dano ao profissional, pois permite o compartilhamento de situações vivenciadas e coloca os envolvidos, em um episódio de segunda vítima, como protagonista desta ação.

De igual maneira, reações de evitação podem tornar-se comuns por parte de enfermeiros, relato esse trazido na fala da enfermeira que aceita trocar o técnico de enfermagem da escala para não confrontar a demanda de um paciente. Permitindo um ambiente de insatisfação entre os membros da equipe, desconstruindo relações de confiança (AJRI-KHAMESLOU; ABBASZADEH; BORHANI, 2017). Nesse sentido, o apoio institucional, tanto para dar ao trabalhador o protagonismo por essa ação, quanto por respaldá-lo, constituem-se na chave para essas ações (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014; CHAN; KHONG; WANG, 2017).

Situações como essas ocorrem quando não há apoio institucional formal, denotando desrespeito e desvalorização dos trabalhadores, permitindo a manutenção dos sentimentos da segunda vítima, o que poderia ter sido evitado, corroborando com a banalização do mal (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013). A estratégia de evitação, embora tenha papel positivo, pois evita a dor e o sofrimento do profissional, impede que se busque alternativas mais eficazes para o enfrentamento de situações geradoras de sofrimentos psíquicos (MENDES *et al.*, 2010).

O fenômeno da segunda vítima ocorre de maneira ampla nas instituições de saúde, mas de forma mais intensa em locais com pacientes que demandam mais cuidados e com ocorrência de óbito, fato esse que demonstra a importância da estruturação de programas que amparam segundas vítimas. Não é incomum que, em circunstâncias em que o dano ao paciente se sobressai, os profissionais de saúde precisam lidar, individualmente, com as repercussões emocionais do evento. Uma cultura de segurança para os pacientes é efetiva no momento em que se pensa na segurança emocional dos profissionais.

Dentre as estratégias sistêmicas seria importante a capacitação de pessoas dentro das unidades de trabalho que pudessem fazer esse primeiro acolhimento de maneira empática até que um atendimento mais estruturado pudesse iniciar. Para tanto, é preciso identificar e capacitar pessoas com um perfil acolhedor, estratégia essa que mantém consonância com o estágio 5 da história natural do fenômeno da segunda vítima (RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009). Iniciativa como essa foi implementada no Johns Hopkins Hospital

através de um programa de apoio às segundas vítimas denominado RISE (*Resilience in Stressful*). Os resultados da implementação do RISE demonstram que foi benéfico ter um programa organizacional, de apoio a colegas, bem estruturado para os membros da equipe após um evento estressante relacionado ao paciente.

Com propósito semelhante foi implantado online o *Mitigating Impact in Second Victims* (MISE), de maneira proativa o programa se propõe capacitar profissionais da linha de frente e gestores a auxiliar profissionais envolvidos em eventos com repercussão para segundas vítima. Nessa linha, o programa YOU, da Universidade de Missouri, apresentou um estudo que 10% dos profissionais caracterizados como segundas vítimas demandam suporte especializado em saúde mental. A experiência destes programas demonstraram ser benéfico na perspectiva do apoio emocional (SCOTT *et al.*, 2010; EDREES *et al.*, 2016; MERANDI *et al.*, 2017; MIRA *et al.*, 2017).

A ocorrência de situações indesejadas na assistência à saúde predispõe os pacientes ser considerados vítimas e, por muito tempo, isso foi tratado como algo unidirecional. Todavia, os profissionais que assistem ao paciente e que estão presentes ou que participaram de um evento com repercussão grave constituem-se como segundas vítimas. Os sentimentos de culpa, frustração e impotência permeiam a fala dos profissionais. O empenho profissional da enfermagem corrobora com sentimentos de culpabilização, não permitindo que situações adversas sejam contornadas. Adicionalmente a isso, os meios de comunicação, sem conhecimento da dimensão do problema, julgam e condenam esses profissionais.

A reflexão acerca da segunda vítima permite identificar duas grandes categorias: os sentimentos deflagrados e as oportunidades de aprendizado com o evento (estágio 2 e 6, respectivamente, da história natural do fenômeno da segunda vítima (RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009). A repercussão de tornar-se segunda vítima pode ser comparada a síndromes pós-traumáticas com longo tempo de duração, dado os sentimentos envolvidos, sendo que por volta de 50% dos profissionais de saúde já experimentaram sentimentos geradores de dúvida sobre sua capacidade profissional e uma profunda responsabilidade em relação à repercussão negativa para vida futura do paciente, fatos esses evidenciados nas falas dos entrevistados. Ficar dias pensando no ocorrido, chorar pelo paciente, sofrer com a família constituem a experiência dos profissionais e que, de certa forma, são corroboradas com o julgamento da chefia quando troca um profissional de escala a pedido de um familiar ou quando não recebe apoio dos colegas, dado o volume de trabalho que segue sendo demandado e pela falta de um apoio estruturado (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014; AJRI-KHAMESLOU; ABBASZADEH; BORHANI, 2017).

Etapas estas que estão alinhadas com a história natural do fenômeno da segunda vítima, representados pela necessidade de compreender a magnitude do ocorrido, experimentar conflitos internos/estágio 1; reviver o evento e experimentar o sentimento de incompetências/estágio 2; buscar um apoio de alguém próximo/estágio 3. Por isso, a necessidade da organização pensar em oferecer um apoio por pares, de maneira proativa, ágil e visível, como forma de mitigar os sentimentos da segunda vítima, contando com a imparcialidade da gerência de risco/estágio 5 (RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009).

Ao serem questionados sobre a forma de receber apoio, os trabalhadores da enfermagem se amparam nos pares, que vivenciam situações semelhantes e que pertencem a um mesmo grupo há vários anos, na grande maioria das vezes. Sendo essa uma das justificativas pelas quais se alicerçam no grupo de trabalho constituído. Mas, também relatam que recebem essa ajuda de familiares ou pessoas próximas, em ambiente externo, estando esta etapa ancorada no estágio 3 do fenômeno da segunda vítima (RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009). O apoio às segundas vítimas de eventos com dano aos pacientes são valiosas para o enfrentamento e elas vão desde a participação em grupos de análise de eventos, como forma de um olhar sistêmico dos processos, até mesmo, o incentivo de compartilhamento de experiências como segunda vítima, constituindo uma justiça restaurativa. E, como forma de trabalhar fomentando uma cultura justa é importante que os trabalhadores sejam incentivados a reconhecer a possível contribuição no dano ao paciente, reforçadas as medidas de tratamentos tanto das primeiras, quanto das segundas vítimas (EDREES *et al.*, 2016; DEKKER; BREakey, 2016; CHAN; KHONG; WANG, 2017; RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009).

A oportunidade de aprendizado se evidencia em momentos em que a possibilidade de uma justiça restaurativa, com profissionais envolvidos em situações com danos aos pacientes, é permitida pela instituição. Essa é, sem dúvida, a busca de sentido para o profissional que consegue, de maneira empática, ocupar o lugar do paciente. Outra oportunidade de aprendizado, considerando a educação de adultos, é a utilização do conhecimento adquirido por um membro da equipe, implementado na assistência como qualificador do seu trabalho, transformando a experiência em algo positivo – último estágio da história natural do fenômeno da segunda vítima (RASSIN; KANTI; SILNER, 2005; SCOTT *et al.*, 2009).

Utilizar abordagens centradas nos atores do cuidado e estimular que eles sejam o veículo dessas informações ganha, através do caráter formal, a perspectiva formativa, além de valorizar momentos como esse e estimular essa prática. O importante é valorizar o

investimento feito pelos profissionais, quando em suas falas demonstram a importância de buscar novos aprendizados e de discutir sobre situações em que se identificam (EDREES *et al.*, 2016).

A matriz de capacitação institucional deve prever as necessidades do microgrupo como estratégia de qualidade, além de buscar valorizar outras alternativas, genuinamente propostas pelos profissionais, como sugeridas e, até mesmo, colocadas em prática. A valorização das estratégias emanadas do grupo além de qualificar o cuidado permite a implicação do profissional na sua prática diária e promove atitudes proativas na assistência.

Entretanto, quando abordados em relação ao apoio institucional, embora haja o relato de um atendimento, esse precisa ser requisitado pelo trabalhador, dividido com outras demandas institucionais para saúde mental, o caminho não parece estar claro para os trabalhadores. Além disso, quando sinalizado que há um acolhimento, ou os profissionais nunca utilizaram o serviço, ou usufruíram em outras situações que se mostraram satisfatórias. Fato elucidativo diz respeito à demanda pelo apoio emocional que recebe um valor menor, na perspectiva do entrevistado, quando comparadas a outras demandas as quais não são absorvidas pelo setor. Características como o tempo na instituição, o tempo na profissão e o apoio do microgrupo podem interferir nessa resposta satisfatória, ainda que de maneira pouco expressiva, no entanto entre enfermeiros esse amparo institucional não é percebido.

O apoio da organização é essencial para mitigar o impacto da experiência sob a segunda vítima. Posto isto, as instituições devem garantir o acesso a um apoio de forma clara, visível, ágil, proativa e as lideranças devem estimular a busca por esse apoio. Além disso, uma resposta imediata também deve fazer parte das estratégias das instituições como forma de acolher esses profissionais. A compreensão, mesmo que retroativa de um evento adverso permite que as pessoas desenvolvam estratégias individuais de enfrentamento e consigam se instrumentalizar para apoiar outros colegas em situações semelhantes. As organizações de saúde devem garantir que as vias de apoio sejam visíveis, disponíveis e acessíveis para segundas vítimas, como forma de reconhecer a presença dos serviços de apoio institucional (SANTOMAURO; KALKMAN; DEKKER, 2014; CHAN; KHONG; WANG, 2017).

Algumas vezes, um programa de apoio encontra dificuldades para ser implementado, dado o tempo de investimento necessário em educação, a necessidade de sensibilização da segunda vítima, o que pode ser útil para explicar o tempo que a administração hospitalar demora pra iniciar um programa de abordagem com segunda vítima (MERANDI *et al.*, 2017).

No que diz respeito aos enfermeiros seria importante um olhar ainda na academia para fomentar a prática de abordagens de enfrentamento, mas um programa institucional de apoio

emocional de maneira contínua às segundas vítimas deve ser pensado. Os líderes da área da saúde devem facilitar e incentivar o uso de apoio formal às segundas vítimas, bem como aos profissionais de saúde em geral. A importância de capacitar profissionais tanto assistenciais quanto gerenciais está na perspectiva de ambos melhorarem a abordagem com seus pares, uma vez que a maioria dos profissionais nos primeiros momentos após um incidente precisa conversar com um colega, ser dispensado da escala de trabalho na ocasião, sentir respeito e empatia dos outros e sentir-se apoiado por sua instituição, fatos esses que uma liderança atenta consegue promover (SCOTT *et al.*, 2010; CHAN; KHONG; WANG, 2017). A estruturação de um apoio por quem já passou por situações semelhantes costuma ser algo positivo, desempenhando papel de ouvinte, mas ainda a divulgação para o paciente e família constitui uma excelente estratégia restaurativa para todos os profissionais envolvidos (EDREES *et al.*, 2016; ISMP CANADA, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a ocorrência de 447 eventos envolvendo queda de pacientes adultos hospitalizados no período de julho de 2018 a julho de 2019, sendo que desses, 12 eventos com dano de moderado a grave, correspondendo à 2,7% das notificações com esse perfil. A variabilidade do evento ocorreu na ausência do acompanhante/familiar, em pacientes sob efeito de medicamento indutor do sono, hipotensor ou que provocam alteração na força muscular e, principalmente, no noturno. Além disso, na vigência de mudança no estado geral do paciente, pela impossibilidade da equipe de enfermagem de acompanhar o paciente durante seus deslocamentos, bem como por uma necessidade de investimento, quer no paciente e seu familiar, quer nas equipes que gerenciam os cuidados e a condução desse paciente.

A compreensão da multimodalidade das quedas foi possível através das falas dos profissionais de enfermagem quando identificaram, através das quedas modeladas, situações que comprometem a qualidade assistencial e que, de alguma maneira, se sentem envolvidos e experimentam sentimentos de culpa, medo, angústia, impotência e, até mesmo, de banalização diante de eventos com repercussão para os trabalhadores. Eles ainda ressaltaram a incipiência do apoio institucional e a necessidade de conversar abertamente sobre as situações vividas, ainda que com receio das repercussões.

No que diz respeito à utilização do FRAM na modelagem, essa ferramenta, embora tenha sido utilizada anteriormente para modelar processos de trabalho na área da saúde, tendo as quedas como objeto de estudo, foi a primeira vez. A ferramenta permitiu a identificação da variabilidade, as oportunidades para reduzir essa variabilidade e suas repercussões, inclusive quando não ocorre o desfecho negativo. Em adição a isso, a perspectiva do profissional pode ser incorporada possibilitando as reflexões acerca da identificação dos cenários da prática já vivenciados e do contexto em que estavam inseridos pacientes, seus acompanhantes/familiares e os profissionais. O uso da modelagem com o FRAM possibilitou que fosse incitado a discussão, análise e reflexão dos incidentes ocorridos, identificando repercussões na perspectiva da segunda vítima identificando oportunidade de melhoria na organização.

Por tratar-se de um estudo em pequena escala, os resultados são sensíveis ao contexto empregado, no entanto essa metodologia pode ser replicada, permitindo que sejam identificadas oportunidades de investimento, como no caso de abordagens formativas para profissionais e educativas para pacientes, acompanhantes e familiares, buscando dar sentido

ao trabalho executado. A identificação desta variabilidade, seu estudo e análise, permite ações proativas da instituição.

Ainda que com forte contribuição do ponto de vista educacional, a identificação de processos de trabalho construídos multiprofissionalmente é, sem dúvida, uma importante contribuição do estudo. A abordagem das quedas necessita de um olhar sistêmico, de mão dupla, ou seja, pensar no contexto estrutural, protocolar, mas não de maneira engessada que desconsidere o contexto social, a vivência de pacientes e seus acompanhantes, dos profissionais e o conhecimento a partir de experiências prévias.

A valorização dos atores que efetuam a assistência está no aval dado a eles para que possam refletir acerca do trabalho de tal maneira que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado não comprometa a qualidade assistencial, mas possibilite a criação de laços de confiança, bem como de estratégias autônomas para garantia do cuidado. Em relação à organização, cabe a ela estimular essa construção coletiva para garantia de um cuidado individualizado, centrado no paciente, e acima de tudo com a segurança psicológica de seus profissionais, mesmo diante de desfechos diferente do esperado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Plano integrado para gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde:** monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente. Brasília: ANVISA, 2015.

AJRI-KHAMESLOU, M.; ABBASZADEH, A.; BORHANI, F. Emergency nurses as second victims of error: a qualitative study. **Advanced Emergency Nursing Journal**, Filadélfia, v. 39, n. 1, p. 68-76, Jan./Mar. 2017.

ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BARBOSA, A. S. *et al.* Caracterização dos incidentes de quedas de pacientes adultos internados em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp., p. e20180303, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v40nspe/1983-1447-rngen-40-spe-e20180303.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições70, 2011.

BLEAKLEY, A. Working in “teams” in an era of “liquid” healthcare: what is the use of theory? **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 27, n. 1, p. 18-26, Jan. 2013.

BOUSHON, B. *et al.* **How-to guide:** reducing patient injuries from falls. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 out. 2018.

BURLISON, J. D. *et al.* The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. **Journal of Patient Safety**, Filadélfia, Nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5413437/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

CAMARGOS, F. F. O. *et al.* Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale – International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL).

Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 237-243, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n3/10.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CANNON-BOWERS, J.; BOWERS, C.; PROCCHI, K. Optimizing learning in surgical simulations: guidelines from the science of learning and human performance. **The Surgical Clinics of North America**, Filadélfia, v. 90, n. 3, p. 583-603, June 2010.

CARLESI, K. C. *et al.* Patient safety incidents and nursing workload. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2841, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2841.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.

CHAN, S. T.; KHONG, P. C. B.; WANG, W. Psychological responses, coping, and supporting needs of healthcare professionals as second victims. **International Nursing Review**, Oxford, v. 64, n. 2, p. 242-262, June 2017.

CHUEKE, G. V.; LIMA, M. C. Pesquisa qualitativa: evolução e critérios. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 11, n. 128, p. 63-69, jan. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/12974/8511>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CILLIERS, P. **Complexity and postmodernism: understanding complex systems**. Londres: Routledge, 1998.

CLAY-WILLIAMS, R.; HOUNSGAARD, J.; HOLLNAGEL, E. Where the rubber meets the road: using FRAM to align work-as-imagined with work-as-done when implementing clinical guidelines. **Implementation Science**, Londres, v. 10, n. 125, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0317-y>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CURRAN, C. R.; TOTTEN, M. K. Governing for improved quality and patient safety. **Nursing Economic\$**, Nova Jersey, v. 29, n. 1, p. 38-41, Jan./Feb. 2011.

DEKKER, S. W. A.; BREakey, H. Just culture: improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. **Safety Science**, Nova Iorque, v. 85, p. 187-193, June 2016.

DYKES, P. C. *et al.* Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. **JAMA**, Chicago, v. 304, n. 17, p. 1912-1918, Nov. 2010. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/186836>. Acesso em: 11 nov. 2020.

EDREES, H. *et al.* Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. **BMJ Open**, Londres, v. 6, n. 9, p. 011708, Sept. 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e011708.long>. Acesso em: 11 nov. 2020.

FALCÃO, R. M. M. *et al.* Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp., p. e20180266, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v40nspe/1983-1447-rngen-40-spe-e20180266.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GALBRAITH, J. G. *et al.* Cost analysis of a falls-prevention program in an orthopaedic setting. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, Nova Iorque, v. 469, n. 12, p. 3462-3468, Dec. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210263/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. Capítulo 3 - A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p. 29-40.

GLOUBERMAN, S.; ZIMMERMAN, B. **Complicated and complex systems: what would successful reform of Medicare look like?** Saskatoon: Privy Council, 2002.

HOLLNAGEL, E.; HOUNSGAARD, J.; COLLIGAN, L. **FRAM – The Functional Resonance Analysis Method – a handbook for the practical use of the method**. Middelfart: Centre for Quality, 2014.

HOLLNAGEL, E.; WOODS, D. D. **Joint cognitive systems: foundations of cognitive systems engineering**. Boca Raton: CRC Press, 2005.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA. Início, Institucional, Apresentação, **Características**. Porto Alegre, 2018a. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-caracteristicas>. Acesso em: 15 out. 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA. Início, Institucional, **Acreditação Internacional**. Porto Alegre, 2018b. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-acreditacao-internacional>. Acesso em: 15 out. 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA. Início, Pesquisa, Área do pesquisador, Normas, **Norma para utilização de dados de prontuário**. Porto Alegre, 2018c. Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/pesquisa_area_do_pesq_normas/norma_para_utilizac%C3%A7%C3%A3o_de_dados_de_prontu%C3%A1rios.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA – ISMP CANADA. The second victim: sharing the journey toward healing. **ISMP Canada**, Toronto, v. 17, n. 9, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/2017/ISMPCSB2017-10-SecondVictim.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL – JCI. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL – JCI. Home, Improvement with JCI, **International Patient Safety Goals**. Oak Brook, 2018. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Acesso em: 16 out. 2018.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academy Press, 2000.

LEMOS, G. C. *et al.* A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 8, p. e2600, 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600>. Acesso em: 05 mar. 2021.

LIPSITZ, L. A. Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. **JAMA**, Chicago, v. 308, n. 3, p. 243-244, July 2012.

LUZIA, M. F. *et al.* Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp., p. e20180307, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180307.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 146-154, jan./fev. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

MELLEIRO, M. M. *et al.* Indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. esp. 2, p. 55-59, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0055.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MENDES, A. M. *et al.* (org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2010.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em 10 jul. 2019.

MERANDI, J. *et al.* Deployment of a second victim peer support program: a replication study. **Pediatric Quality & Safety**, Filadélfia, v. 2, n. 4, p. e031, June 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6132481/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MIRA, J. J. *et al.* The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. **Journal of Medical Internet Research**, Toronto, v. 19, n. 6, p. e203, June 2017. Disponível em: <https://www.jmir.org/2017/6/e203/>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MORELLO, R. T. *et al.* In-hospital falls and fall-related injuries: a protocol for a cost of fall study. **Injury Prevention**, Londres, v. 19, n. 5, p. 363-368, Oct. 2013.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. Capítulo 6 - Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013. p. 65-78.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION – NPSF. **Livres de danos**: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois de *To Err is Human*. Boston: NPSF, 2015.

NEEDLEMAN, J. *et al.* Nurse staffing and inpatient hospital mortality. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 364, n. 11, p. 1037-1045, Mar. 2011. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1001025>. Acesso em: 10 jul. 2019.

OHDE, S. *et al.* The effectiveness of a multidisciplinary QI activity for accidental fall prevention: staff compliance is critical. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 12, n. 197, p. 1-7, 2012. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-197>. Acesso em: 10 jul. 2019.

OZEKE, O. *et al.* Second victims in health care: current perspectives. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, v. 10, p. 593-603, Aug. 2019. Disponível em: <https://www.dovepress.com/second-victims-in-health-care-current-perspectives-peer-reviewed-fulltext-article-AMEP>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PRATES, C. G. *et al.* Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 74-81, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20728/pdf_115. Acesso em: 10 jul. 2019.

RASSIN, M.; KANTI, T.; SILNER, D. Chronology of medication errors by nurses: accumulation of stress and PTSD symptoms. **Issues in Mental Health Nursing**, Londres, v. 26, n. 8, p. 873-886, Oct. 2005.

REASON, J. **Human error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

REASON, J. Safety in the operating theatre – Part 2: human error and organisational failure. **BMJ Quality & Safety**, Londres, v. 14, n. 1, p. 56-60, Feb. 2005. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/1/56>. Acesso em: 10 jul. 2019.

RIGHI, A. W.; SAURIN, T. A. Complex socio-technical systems: characterization and management guidelines. **Applied Ergonomics**, Oxford, v. 50, p. 19-30, Sept. 2015.

ROBERTSON, J. J.; LONG, B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers. **The Journal of Emergency Medicine**, Nova Iorque, v. 54, n. 4, p. 402-409, Apr. 2018.

ROMERO, M. P. *et al.* A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 333-342, jul./set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n3/1983-8042-bioet-26-03-0333.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ROSSO, C. B. **Melhorias de processos**: integrando princípios da produção enxuta e dos sistemas complexos em um hospital. 2016. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SANTOMAURO, C. M.; KALKMAN, C. J.; DEKKER, S. W. A. Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration. **Journal of Hospital Administration**, Toronto, v. 3, n. 5, p. 95-103, 2014. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/view/4328/2721>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SAURIN, T. A.; GONZALEZ, S. S. Assessing the compatibility of the management of standardized procedures with the complexity of a sociotechnical system: case study of a control room in an oil refinery. **Applied Ergonomics**, Oxford, v. 44, n. 5, p. 811-823, Sept. 2013.

SAURIN, T. A.; ROOKE, J.; KOSKELA, L. A complex systems theory perspective of lean production. **International Journal of Production Research**, Abingdon, v. 51, n. 19, p. 5824-5838, 2013.

SCOTT, S. D. *et al.* The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, v. 18, n. 5, p. 325-330, Oct. 2009.

SCOTT, S. D. *et al.* Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid team. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Amsterdam, v. 36, n. 5, p. 233-240, May 2010.

SILVA, M. J. P. Ciência da Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1-2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/01.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SOUSA, K. A. S. **Quedas de pacientes adultos em um Hospital Público de Ensino**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

THUNGJAROENKUL, P.; CUMMINGS, G. G.; EMBLETON, A. The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: a systematic review. **Nursing Economic\$, Nova Jersey**, v. 25, n. 5, p. 255-265, Sept./Oct. 2007.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. Capítulo 2 - A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013. p. 19-27.

TORIJANO-CASALENGUA, M. L.; ASTIER-PEÑA, P.; MIRA-SOLVES, J. J. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. **Atención Primaria**, Madrid, v. 48, n. 3, p. 143-146, 2016. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716300105>. Acesso em: 05 mar. 2021.

VAN GERVEN, E. *et al.* Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. **BMJ Open**, Londres, v. 6, n. 8, p. 011403, Sept. 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e011403>. Acesso em: 11 nov. 2020.

VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

WACHS, P.; SAURIN, T. A. Modelling interactions between procedures and resilience skills. **Applied Ergonomics**, Oxford, v. 68, p. 328-337, Apr. 2018.

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

WATERHOUSE, C. The Glasgow Coma Scale and other neurological observations. **Nursing Standard**, Londres, v. 19, n. 33, p. 55-64, 2005.

WEINBERG, J. *et al.* An inpatient fall prevention initiative in a tertiary care hospital. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Amsterdam, v. 37, n. 7, p. 317-325, July 2011.

WILSON, T.; HOLT, T. Complexity and clinical care. **BMJ**, Londres, v. 323, n. 7314, p. 685-688, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Patient safety: rapid assessment methods for estimating hazards**. Genebra: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Genebra: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Genebra: WHO, 2009.

WU, A. W. Medical error: the second victim - the doctor who makes the mistake needs help too. **BMJ**, Londres, v. 320, n. 7237, p. 726-727, Mar. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117748/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise e aprimoramento dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente em instituições de saúde

Pesquisador: Ana Maria Müller de Magalhães

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 35069714.7.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.554.758

Apresentação do Projeto:

Em 12/03/2018 os pesquisadores apresentaram emenda ao projeto com a seguinte justificativa:

- a) Trata-se de inclusão de um aluno pesquisador, enfermeiro contratado do HCPA, vinculado ao Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE), Deise Vacario de Quadros. Bem como a inclusão da pesquisadora, professora, vinculada Programa de Pós- Graduação em Engenharia da Produção, Dra. Priscila Wachs. Ambas desenvolvendo e ampliando objetivos previstos no projeto.
- b) Neste projeto aninhado foi adequado o objetivo específico: Avaliar o evento queda em pacientes internados e o custo financeiro adicional envolvido, utilizando modelagem de processo para sistemas sócio técnicos complexos;
- c) Para atualizar os membros do estudo, está sendo acrescido o Formulário de delegação de funções, com as respectivas assinaturas.
- d) Além disso, foi necessário a readequação do cronograma para execução do projeto.

Todas as alterações e inclusões no projeto estão destacadas em verde no corpo do texto para facilitar aos revisores. Desde já colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.554.758

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar os resultados dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente e as ações de melhoria nos processos de atendimento em instituições de saúde, bem como investigar as interações entre estas melhorias e seus efeitos.

Objetivos específicos

- a) Avaliar a adesão dos profissionais à verificação da pulseira de identificação do paciente antes da prestação dos cuidados;
- b) Monitorar a taxa de quedas dos pacientes internados;
- c) Avaliar a incidência de úlceras por pressão de pacientes internados;
- d) Avaliar a adesão dos profissionais à lista de verificação da cirurgia segura nas áreas cirúrgicas;
- e) Acompanhar a taxa de adesão dos profissionais à higienização das mãos nas diversas áreas do hospital;
- f) Revisar os protocolos institucionais e seu alinhamento com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- g) Descrever os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos aos pacientes internados;
- h) Avaliar o clima de segurança;
- i) Identificar pontos críticos nos processos assistenciais relacionados com os indicadores acompanhados;
- j) Analisar e documentar as ações de melhorias nos processos, resultantes da gestão dos indicadores;
- k) Realizar análises comparativas entre os resultados dos indicadores do hospital em estudo com os resultados divulgados dos indicadores de outras instituições semelhantes;
- l) Avaliar as interações entre as variáveis que compõem diferentes frentes de melhorias, no processo de preparo e administração de medicamentos, nas unidades de internação;
- m) Propor framework para planejar e operacionalizar projetos Kaizen em instituições de saúde por meio de uma visão sistêmica, uma vez que estes podem interagir de formas inesperadas ou não planejadas;
- n) Avaliar o evento queda em pacientes internados e o custo financeiro adicional envolvido, utilizando modelagem de processo para sistemas sócio técnicos complexos;

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.554.758

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A emenda não altera a avaliação anterior do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Alterações da emenda:

- a) Trata-se de inclusão de um aluno pesquisador, enfermeiro contratado do HCPA, vinculado ao Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE), Deise Vacario de Quadros. Bem como a inclusão da pesquisadora, professora, vinculada Programa de Pós- Graduação em Engenharia da Produção, Dra. Priscila Wachs. Ambas desenvolvendo e ampliando objetivos previstos no projeto.
- b) Neste projeto aninhado foi adequado o objetivo específico: Avaliar o evento queda em pacientes internados e o custo financeiro adicional envolvido, utilizando modelagem de processo para sistemas sócio técnicos complexos;
- c) Para atualizar os membros do estudo, está sendo acrescido o Formulário de delegação de funções, com as respectivas assinaturas.
- d) Além disso, foi necessário a readequação do cronograma para execução do projeto.

Todas as alterações e inclusões no projeto estão destacadas em verde no corpo do texto para facilitar aos revisores. Desde já colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda 4 aprovada.

Versão projeto aprovada 06/03/2018.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.554.758

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1088203_E4.pdf	12/03/2018 20:06:08		Aceito
Outros	carta_justificativa_deise.doc	06/03/2018 09:07:53	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo.pdf	06/03/2018 09:06:08	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Declaração de Pesquisadores	formulario.pdf	06/03/2018 09:05:38	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_indicadores_qualidade_emenda_Deise.doc	06/03/2018 09:05:13	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Outros	digitalizar0001.jpg	21/02/2017 19:59:13	AMANDA DA SILVEIRA BARBOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	digitalizar0002.jpg	21/02/2017 19:58:24	AMANDA DA SILVEIRA BARBOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	20170220_110222.jpg	21/02/2017 19:57:48	AMANDA DA SILVEIRA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_indicadores_qualidade_GPPG_20fev.doc	21/02/2017 11:21:44	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Outros	carta_justificativa_amanda.docx	21/02/2017 11:19:34	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_TCLE.docx	15/12/2016 08:11:22	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_emenda_Corrigido_TCLE.pdf	09/12/2016 09:23:22	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista1.pdf	09/12/2016 09:11:15	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta_TCLE.pdf	09/12/2016 09:08:53	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	17/11/2016 11:49:17	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Outros	carta_justificativa_dayane.docx	16/11/2016 17:54:06	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista.pdf	16/11/2016 17:52:01	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Outros	delegacao_pesquisa.pdf	16/11/2016 17:49:49	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.554.758

Outros	TCUD.pdf	16/11/2016 17:49:00	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_indicadores_qualidade_emenda_Dayane.pdf	16/11/2016 17:47:59	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Outros	carta_justificativa.docx	24/08/2015 16:52:22	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Outros	ADENDO.pdf	19/08/2015 17:24:43	Ana Maria Müller de Magalhães	Aceito
Outros	TCUDI_2.pdf	15/09/2014 13:34:50		Aceito
Outros	TCUDI_1.pdf	15/09/2014 13:34:32		Aceito
Outros	TCUDI_3.PDF	15/09/2014 12:24:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APÊNDICE A_ TCLEs_reformulados.pdf	15/09/2014 11:14:06		Aceito
Outros	declarações_3.PDF	15/09/2014 11:12:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_indicadores_qualidade_e_sem orçamento_GPPG12set.pdf	15/09/2014 11:11:51		Aceito
Outros	CARTA GPPG.pdf	15/09/2014 11:11:31		Aceito
Outros	TCUD2.pdf	21/08/2014 12:15:20		Aceito
Outros	formulario declaração 2.PDF	15/08/2014 12:01:26		Aceito
Outros	formulario declaração.PDF	15/08/2014 12:00:58		Aceito
Outros	folha 28_assinaturas.pdf	23/07/2014 16:40:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	23/07/2014 16:40:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	(Microsoft Word - Projeto_indicadores_qualidade_e_sem or_347amento_GPPG24julho.doc).pdf	23/07/2014 16:39:34		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.554.758

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Março de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

PROJETO: MESTRADO (X)

PROJETO: DOUTORADO ()

Título do projeto: “Modelagem de processo na análise da queda de pacientes adultos hospitalizados e a perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima”

Pós-graduando autor do projeto: Deise Vacario de Quadros

Professor orientador: Daiane Dal Pai

Professor coorientador: Ana Maria Muller de Magalhães

Pesquisador responsável: Daiane Dal Pai

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Instituição de origem: Escola de Enfermagem da UFRGS, PPGENF/UFRGS

Local de realização: Porto Alegre, RS

DESCRIÇÃO DO PROJETO

Trata-se de projeto de Mestrado em Enfermagem. Estudo com metodologia qualitativa, cujo objetivo é analisar eventos de quedas de pacientes hospitalizados por meio da modelagem de processo e da perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima.

Título: adequado após sugestão da banca de qualificação para inserir o perfil dos pacientes (adultos) e trocar a nomenclatura internados por hospitalizados.

Introdução: pertinente ao objetivo do estudo, caracterizando e contextualizando o tema em estudo. Descreve aspectos importantes à construção do projeto de dissertação, atualizando o que a literatura aborda sobre a temática, apresentando a originalidade e importância do trabalho para o campo da saúde. Inserido a explicação sobre a modelagem de processo.

Revisão de literatura: apresenta-se adequada aos objetivos propostos pelo estudo, fundamentada para compreensão do tema.

Objetivos: Adequados aos propósitos do estudo.

Metodologia

- **Caracterização da pesquisa:** trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, descritiva, sequencial. O estudo será realizado em dois momentos, inicialmente os dados coletados em prontuário serão modelados utilizando uma

ferramenta instalada em um software e após será feita uma validação do processo de trabalho envolvendo o evento queda com a utilização da técnica de grupo focal, onde a pesquisadora conduzirá o grupo com a presença de um observador.

- **Local de realização do estudo:** o estudo será realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, contando com três encontros que serão realizados em sala de aula envolvendo os trabalhadores da enfermagem compreendidos pelo Serviço de Enfermagem Clínica e Cirúrgica.
- **Participantes do estudo:** os participantes do estudos serão selecionados utilizando a técnica da "bola de neve" Esses trabalhadores pertencem, necessariamente às unidade de internação adulto clínica e cirúrgica, das quais os pacientes têm potencial para apresentar queda.
- **Procedimento e coleta de dados:** os dados serão coletados por meio do uso do banco de dados institucional através do sistema de Informações Gerenciais, sistema de Gestão Estratégica e Operacional. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora conforme cronograma pré-definido. Os eventos analisados, serão registrados em um diário de campo e transcritos para no computador. As conversas no grupos focais serão gravadas em áudio e transcritas posteriormente.
- **Análise de dados:** o conteúdo transcrito das entrevistas e os registros da observação, uma vez organizados, serão analisados com base no referencial proposto para análise de conteúdo temática. Este estudo, terá como referência os pressupostos de Minayo (2010).
- **Aspectos éticos:** este estudo respeitará a Resolução nº 466/2012. O estudo está aninhado ao projeto "Análise e aprimoramento dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente em instituições de saúde" que tem como pesquisadora principal a coorientadora desse projeto de pesquisa. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob número de CAEE 35069714.7.0000.5327, cadastrado na Plataforma Brasil. O projeto será submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa. Será garantido aos participantes, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o anonimato e o direito de desistência a qualquer momento.

Cronograma: adequado, deixando claras as etapas do projeto e cumprindo os requisitos necessários.

Orçamento: adequado.

Referências: adequadas, atualizadas e normatizadas.

Apêndices: não se aplica.

PARECER E/OU COMENTÁRIOS DOS AVALIADORES (BANCA/SEMINÁRIO)

É original na sua proposta, inédito no método por agregar a análise da modelagem de processos das quedas em pacientes adultos hospitalizados e da perspectiva dos trabalhadores de enfermagem como segunda vítima. O projeto apresenta coerência entre as etapas, a mestrandia apresentou domínio na apresentação oral. A banca examinadora sugeriu aprofundar conceitos, deixar mais clara a escrita da modelagem de processo e de como o FRAM será utilizado.

O Projeto foi aprovado em 22 de julho de 2019 conforme registro em Ata da Sessão de Exame de Qualificação do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFRGS, presidida pela Orientadora Profa. Dra. Daiane Dal Pai. As reformulações sugeridas pela Banca Examinadora foram incorporadas na versão submetida à Comissão de Pesquisa em Enfermagem e que será encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do CAAE – 35069714.7.0000.5327

Título do Projeto: Modelagem de processo na análise das quedas de pacientes adultos hospitalizados e a perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima.

Você está sendo convidado a participar de um estudo, cujo objetivo é analisar as quedas de pacientes adultos hospitalizados por meio da modelagem de processo e da perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A modelagem de processo já foi realizada na primeira etapa do estudo por meio da utilização de uma ferramenta da engenharia de resiliência.

Se você aceitar participar da pesquisa, o procedimento envolvido em sua participação trata-se de uma entrevista semiestruturada sobre a perspectiva do trabalhador de enfermagem como a problemática das quedas de pacientes adultos hospitalizados. A entrevista poderá ocorrer no horário e local de sua preferência e terá duração aproximada de 30 minutos e será gravada em áudio para ser transcrita posteriormente.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém, poderá haver algum desconforto associado ao tempo de resposta à entrevista e ao teor das perguntas relacionadas ao sentimento relacionado a situações profissionais vividas, as quais podem envolver questões pessoais ou relacionais.

Você não terá benefícios diretos ao participar da pesquisa, contudo, os resultados podem contribuir para oportunizar o desenvolvimento de estratégias de melhorias com foco na qualidade e segurança do paciente bem como na maneira de auxiliar o trabalhador de enfermagem frente a uma situação de queda.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional ou ao seu processo de trabalho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente e somente para fins dessa pesquisa.

Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, será mantido o anonimato na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Ana Maria Muller de Magalhães, pelo telefone 3308-5081, e Profa. Daiane Dal Pai, pelo telefone 3359-8597, ou com a Pesquisadora Enfa. Deise Vacario de Quadros, pelo telefone 3359-7798, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____