

Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à Enfermagem como segunda vítima*

Deise Vacario de Quadros¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>

Ana Maria Müller de Magalhães²

 <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

Priscila Wachs³

 <https://orcid.org/0000-0001-6580-8826>

Isis Marques Severo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9288-0708>

Juliana Petri Tavares²

 <https://orcid.org/0000-0003-4121-645X>

Daiane Dal Pai²

 <https://orcid.org/0000-0002-6761-0415>

Destaques: (1) A ausência do acompanhante representa uma variabilidade para a ocorrência da queda. (2) A prevenção das quedas envolve o paciente, a família e a equipe multiprofissional. (3) Os profissionais de Enfermagem envolvidos nas quedas são as segundas vítimas. (4) Medo, culpa, angústia e impotência são sentimentos experienciados pela segunda vítima. (5) Modelagem de processo é uma estratégia eficaz no planejamento a prevenção de queda.

Objetivo: analisar as quedas de pacientes adultos hospitalizados e suas repercussões no trabalhador de Enfermagem como segunda vítima. **Método:** estudo exploratório, descritivo e qualitativo realizado em duas etapas – identificação das quedas com dano moderado ao grave e a modelagem das quedas com uso do *software Functional Resonance Analysis Method* e análise das repercussões no trabalhador como segunda vítima por meio de entrevistas semiestruturadas submetidas à Análise de Conteúdo, com 21 trabalhadores de Enfermagem. **Resultados:** identificadas 447 quedas de pacientes adultos, sendo 12 com dano moderado ao grave, ocorridas na ausência do acompanhante, no uso de medicamentos indutores do sono, hipotensores ou que alteram a força muscular. A modelagem identificou 22 funções relacionadas ao Procedimento Operacional Padrão, ao protocolo de prevenção de quedas e às ações pós-evento. Dessas, oito apresentaram variabilidade em sua execução. Na segunda etapa, emergiram as categorias “A complexidade dos cuidados para prevenir as quedas” e “Sentimentos da segunda vítima”. **Conclusão:** as quedas são fenômenos complexos e a prevenção exige envolvimento do paciente, família e equipe multiprofissional. Os profissionais envolvidos são segundas vítimas e experimentam sentimentos de culpa, medo, angústia e impotência. Este estudo pode contribuir com a multiprofissionalidade e na abordagem precoce às segundas vítimas.

Descritores: Enfermagem; Acidentes por Quedas; Evento Adverso; Saúde do Trabalhador; Modelagem do Processo; Segurança do Paciente.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado “Modelagem de processo em quedas de pacientes adultos hospitalizados e a perspectiva do trabalhador de Enfermagem como segunda vítima”, apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Quadros DV, Magalhães AMM, Wachs P, Severo IM, Tavares JP, Dal Pai D. Modeling of adult patient falls and the repercussions to Nursing as a second victim. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3618.

[Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3618>

month day year

URL

Introdução

A identificação do aumento do número de Eventos Adversos (EA), 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, propondo metodologias para reduzir os riscos e oferecer um cuidado com qualidade⁽¹⁾. Dentre os eventos que comprometem a segurança do paciente estão as quedas, que apresentam até 70% de lesões associadas e aumento do tempo de internação, repercutindo em 10% dos óbitos⁽²⁾.

A implantação de protocolos e a reformulação de processos de trabalho para tratar e prevenir as quedas são um desafio dentro de hospitais, ambientes dinâmicos, considerados Sistemas Sociotécnicos Complexos (SSC)⁽³⁾. Em contextos como estes, a Engenharia de Resiliência busca melhorias que possam implicar no resultado final e utiliza a modelagem de processo para enfatizar a segurança e compreender o trabalho prescrito (aquele determinado previamente, sequência de ações descritas em protocolos) e o trabalho real (as ações efetivamente realizadas, em interação entre as pessoas e com o ambiente)⁽⁴⁻⁶⁾.

O *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM) foi proposto sob a ótica da Engenharia de Resiliência e é utilizado para a modelagem de SSC⁽⁴⁻⁶⁾. O FRAM apresenta, visualmente, suas funções e a interação entre as mesmas, evidenciando, assim, a complexidade com os diferentes elementos que interagem de forma não linear^(4,6). O FRAM considera, como função, o que precisa ser realizado para atingir determinado objetivo ou processo em análise. Cada função pode ser descrita considerando seu *input* (o que ativa a função), *output* (o resultado da função), tempo (aspectos temporais para que a função seja executada), controle (supervisiona ou regula a função), condição (condição necessária para a execução da função) e recursos (necessários ou consumidos durante a função)⁽⁴⁾. A modelagem por meio do FRAM pode ter um olhar retrospectivo, obtendo *insights* e reflexões sobre eventos já ocorridos como incidentes ou acidentes, ou prospectivo, para identificar e gerenciar riscos ou entender o comportamento do sistema⁽⁵⁾.

Além de conhecer o perfil das quedas, no que diz respeito à sua caracterização e às comorbidades dos pacientes⁽⁷⁻⁸⁾, é importante conhecer os desfechos nas ocorrências com dano de moderado ao grave⁽⁸⁾. A relevância desse evento é percebida pela amplitude de seu relato à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, podendo repercutir na imagem da instituição, com grande chance de disparar a culpa nos trabalhadores que, por isso, podem ser caracterizados como segundas vítimas em EA⁽⁹⁾.

Embora um EA com desfecho grave e até mesmo com o óbito traga sofrimento ao paciente e seus familiares, eles são

as primeiras vítimas desse processo, mas não as únicas. Os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, também sofrem, sendo identificados como segundas vítimas, em potencial, especialmente quando não há ênfase institucional no bem-estar e foco sistêmico⁽¹⁰⁻¹²⁾. Sentimentos como o medo e a culpa pelo desfecho do paciente fazem parte dos relatos da segunda vítima⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Estudos internacionais^(12,14,16) já sinalizaram as repercussões dos EA sobre as segundas vítimas; no entanto, o contexto brasileiro precisa ser explorado quanto a esta problemática. Este estudo está ancorado na relevância da queda no contexto mundial da segurança do paciente, na lacuna do conhecimento sobre a perspectiva do trabalhador diante desse cenário, utilizando a modelagem de processo, sendo esses dois últimos o diferencial dos estudos até então publicados. O estudo teve por objetivo analisar as quedas de pacientes adultos hospitalizados e suas repercussões no trabalhador de Enfermagem como segunda vítima.

Método

Tipo do estudo

Estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, sustentada pela Análise de Conteúdo. A realização do estudo ocorreu em duas etapas sequenciais a fim de atingir o objetivo proposto e a sua apresentação seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Primeira etapa do estudo

Local

O estudo foi desenvolvido em hospital geral universitário, referência para alta complexidade, com capacidade para 843 leitos, na região do Sul do Brasil.

Período

A coleta de dados foi realizada no período de agosto e setembro de 2019.

População

Pacientes adultos, hospitalizados entre julho de 2018 e julho de 2019, que apresentaram queda (N= 447), nas unidades de internação adulto (N=242).

Crítérios de seleção

Pacientes adultos internados em unidades de internação clínica e cirúrgica que apresentaram queda dentro da instituição e que tiveram grau de dano compreendido na severidade de dois a quatro (moderado até óbito). Em relação à classificação da severidade do dano^(8,17-18), a instituição do estudo classifica como: (zero) sem danos; (um) dano leve, aquele que envolve

repercussão mínima ou moderada, mas com duração rápida, requerendo poucas intervenções; (dois) dano moderado, com necessidade mínima de intervenção, aumento do tempo de internação, dano ou perda de função em um longo prazo; (três) dano grave, aquele que possui sintomas graves, com necessidade de intervenção para suporte da vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, perda de função permanente ou em longo prazo e (quatro) óbito.

Foram considerados critérios de exclusão os pacientes com quedas sem danos ou com danos leves (por se considerar que essas são de menor repercussão para o trabalhador).

Amostra

A amostra foi composta por 12 quedas, as quais consistem no total de quedas com dano moderado a grave, registradas entre julho de 2018 e julho de 2019.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em banco de dados institucional por meio do Sistema de Informações Gerenciais (quedas notificadas no sistema informatizado), Sistema de Gestão Estratégica e Operacional (Procedimento Operacional Padrão - POP e Protocolo de Prevenção de Quedas em Adultos) e informações de prontuários.

Análise dos dados

Os dados foram digitados no *Software FRAM Model Visualiser** e a sua análise ocorreu em duas etapas: inicialmente, os dados referentes ao processo prescrito (POP e Protocolo de Prevenção de Quedas em Adultos) e, após, os dados referentes ao trabalho real (informações gerenciais e prontuários relacionados às quedas). O *software* utilizado modelou (desenhou) cada processo (prescrito e real) apresentando, como resultado, uma ilustração gráfica.

Segunda etapa do estudo

Período

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2020.

População

A população foi constituída de enfermeiros e técnicos de Enfermagem que atuavam em unidades de internação clínica e cirúrgica, os quais consistem em um total de 265 profissionais.

Crítérios de seleção

Foram incluídos enfermeiros e técnicos de Enfermagem alocados em uma das unidades de internação onde as quedas com severidade de dano de moderado ao óbito ocorreram (conforme resultados da primeira etapa do estudo). Foram considerados critérios de exclusão: profissionais que atuavam há menos de um ano na instituição, profissionais em gozo de férias ou licenças de qualquer natureza, além daqueles em regime de trabalho com contrato temporário, no período da coleta de dados.

Amostra

A amostra foi definida por sorteio aleatório simples. Foram sorteados um enfermeiro e dois técnicos de Enfermagem para cada um dos turnos nas unidades onde as quedas ocorreram. Estabeleceram-se 21 profissionais, seguindo o critério de saturação dos dados, sendo considerada a distribuição proporcional às cinco unidades de internação selecionadas na primeira etapa do estudo e ao número de profissionais de cada categoria (enfermeiros e técnicos de Enfermagem). Dentre os sorteados, um profissional negou o convite e outro, por intercorrências na unidade, foi impossibilitado de participar.

Coleta de dados

Realizou-se entrevista semiestruturada, conduzida com roteiro elaborado com base no objetivo do estudo e nos resultados da primeira etapa. As entrevistas ocorreram durante o turno de trabalho do participante, com duração média de 35 minutos, foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

O roteiro de entrevista foi elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura. Em um primeiro momento, foi realizada entrevista piloto com uma profissional que não pertencia às unidades incluídas no estudo como forma de realizar a calibragem dos dados e adequações no roteiro de entrevista. As questões que nortearam as entrevistas foram: como você recebe informações acerca das quedas que ocorrem na sua unidade? No seu entendimento, por que os pacientes caem? Ao considerar os resultados institucionais (apresentados na modelagem do FRAM no processo real de trabalho), o que você acha que poderia ser feito para otimizar a prevenção de quedas? Quando ocorre uma queda com dano ao paciente, você acredita que haja repercussões aos profissionais envolvidos? Fale sobre alguma queda vivenciada por algum paciente sob sua responsabilidade ou de algum colega do setor, a repercussão para o paciente e para o trabalhador, bem como a abordagem realizada com o profissional envolvido.

* *Functional Resonance Analysis Method (FRAM)*, *software* que possibilita operacionalizar a modelagem da queda em quatro etapas características do FRAM: (i) identificar e descrever as principais funções (e aspectos) do sistema; (ii) caracterizar a variabilidade potencial de cada função; (iii) agregar a variabilidade, considerando esta de forma real em um dado cenário; (iv) propor recomendações para monitorar e influenciar a variabilidade⁽⁹⁾. A descrição dessas variáveis e funções permitiu analisar os itens que demonstraram maior variabilidade para a ocorrência do evento, sendo essa considerada uma instanciação. Com o processo modelado, é possível evidenciar a ressonância funcional por meio do acoplamento entre as funções.

As entrevistas foram conduzidas pela mestranda, proponente do estudo, a qual é enfermeira e possui experiência na condução de entrevistas semiestruturadas e, periodicamente, participava de reuniões com a equipe de pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente, em turno e horário de preferência do participante. As entrevistas ocorreram dentro da unidade de trabalho do profissional, em local reservado.

Aos profissionais que aceitaram participar das entrevistas, foram aportadas informações acerca dos dados institucionais e da temática do estudo*.

Análise de dados

Foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo conforme Bardin⁽¹⁹⁾, seguindo-se a sistemática das três etapas: (i) pré-análise, (ii) exploração do material e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira etapa consistiu na organização do material, leitura flutuante e leitura exaustiva das entrevistas que compuseram o *corpus* da pesquisa. Na segunda etapa, foram escolhidas as unidades de codificação e formaram-se as categorias por classificação e agregação. Na terceira etapa, foram feitas inferências e interpretações a fim de tornar os dados significativos e válidos.

Aspectos éticos

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de projeto vinculado a uma investigação previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual o estudo foi realizado sob número 2.554.758.

Para a utilização das bases de dados do hospital, foi preenchido o Termo de Compromisso para Uso de Dados Institucionais e, aos participantes da entrevista, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação dos trabalhadores no estudo deu-se de forma voluntária, sendo garantida a não implicação sobre o vínculo empregatício e as relações de trabalho. A fim de manter o anonimato dos participantes, as falas dos

trabalhadores receberam os códigos TE para técnicos de Enfermagem e ENF para enfermeiros, seguidos da numeração referente à ordem da coleta dos dados.

Resultados

Relacionados à primeira etapa do estudo

Ocorrência de quedas de pacientes com dano moderado ao grave

As quedas durante o período de primeiro de julho de 2018 a 31 de julho de 2019 somaram 447 ocorrências, sendo as quedas em unidades de internação adulto, 242 (54,1%) e 12 (2,7%), representam as quedas com dano moderado ao grave ocorridas em cinco unidades de internação clínica e cirúrgica.

Modelagem de processo em quedas de pacientes adultos hospitalizados

As funções (representadas por um hexágono) foram modeladas nos momentos preconizados para a aplicação da escala de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas em Adultos, em que o risco é identificado por meio de escore estratificado. O paciente identificado com risco de queda recebe uma pulseira de cor amarela, que faz a sinalização visual aos profissionais. A seguir, foram modeladas as funções que dizem respeito ao registro em prontuário e às orientações que são dadas à equipe de Enfermagem, mais especificamente, ao técnico de Enfermagem responsável pela implementação dos cuidados ao paciente (e seu cuidador ou acompanhante) naquele turno.

A sequência de modelagem também permitiu identificar os cuidados que são orientados e a adesão a todas essas orientações, tanto por parte da equipe de Enfermagem, quanto do paciente, seu familiar ou cuidador, visando à não ocorrência da queda. As funções listadas para o trabalho prescrito estão apresentadas na Figura 1.

*Todas as quedas que compuseram a amostra da primeira etapa foram modeladas. A queda 10 foi escolhida para subsidiar a entrevista, pois esta foi a queda com maior repercussão para o paciente. Durante a entrevista, foram apresentados ao participante os resultados da primeira etapa do estudo.

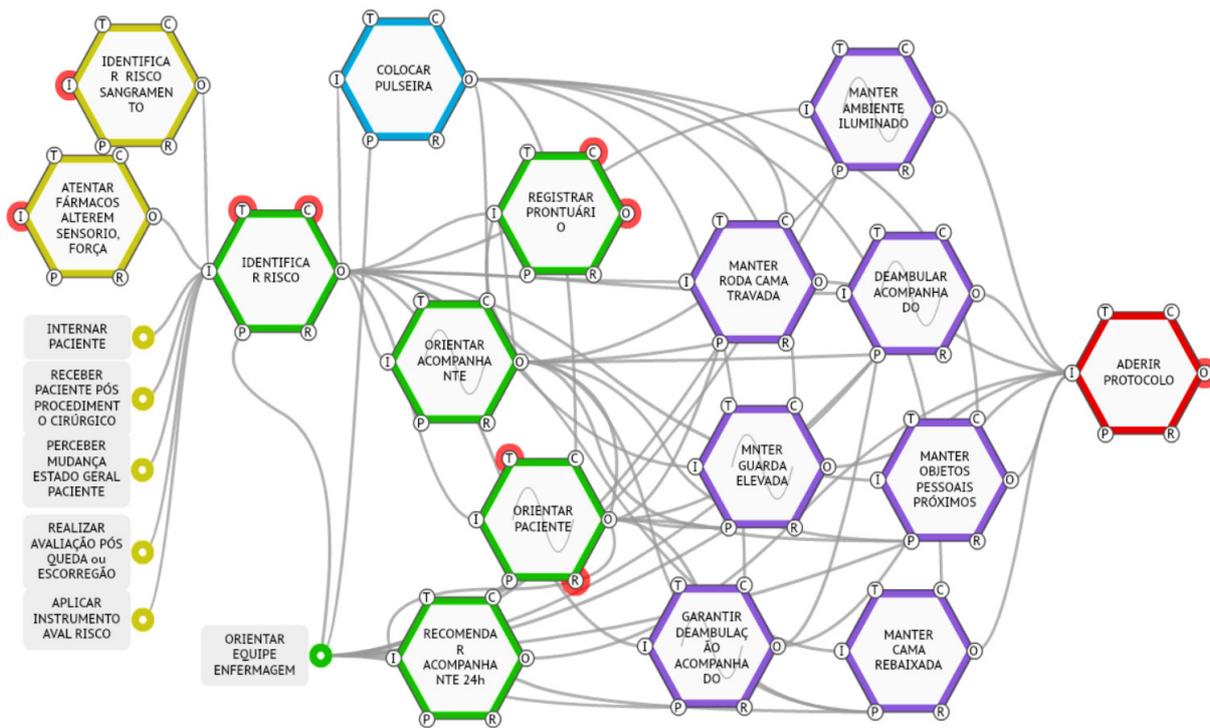


Figura 1 – Ilustração gráfica da modelagem de processo prescrito para a prevenção de quedas de pacientes hospitalizados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Nos vértices dos hexágonos (funções), as letras I, P, R, T, C e O significam: *Input*, *Precondição*, *Recursos*, *Tempo*, *Controle* e *Output*, respectivamente.

Após a modelagem do processo prescrito, foram analisadas as 12 quedas com dano moderado a grave,

sendo nove ocorridas no turno da noite. A análise pormenorizada de cada uma oportunizou o agrupamento por variabilidade de função e, após isso, a união por similaridade da variabilidade, compondo os casos analisados apresentados na Figura 2.

Caso	Variabilidade
A (Quedas 1 e 11)	Atentar para o uso de fármacos que alteram sensorio, força muscular Perceber mudança de estado geral do paciente Orientar acompanhante Recomendar acompanhante Garantir deambulação acompanhado
B (Quedas 2, 3 e 12)	Perceber mudança de estado geral do paciente Garantir deambulação acompanhado Identificar o risco
C (Quedas 4,5,6,7,8 e 9)	Orientar acompanhante Garantir deambulação acompanhado
D (Queda 10)	Identificar o risco Identificar o risco de sangramento Colocar pulseira Atentar para o uso de fármacos que alteram sensorio, força muscular Orientar acompanhante Orientar paciente Orientar equipe de Enfermagem

Figura 2 – Agrupamento das quedas por similaridade da variabilidade, compondo os casos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

A queda 10 modelada foi utilizada para subsidiar a entrevista na segunda etapa do estudo (Figura 3).

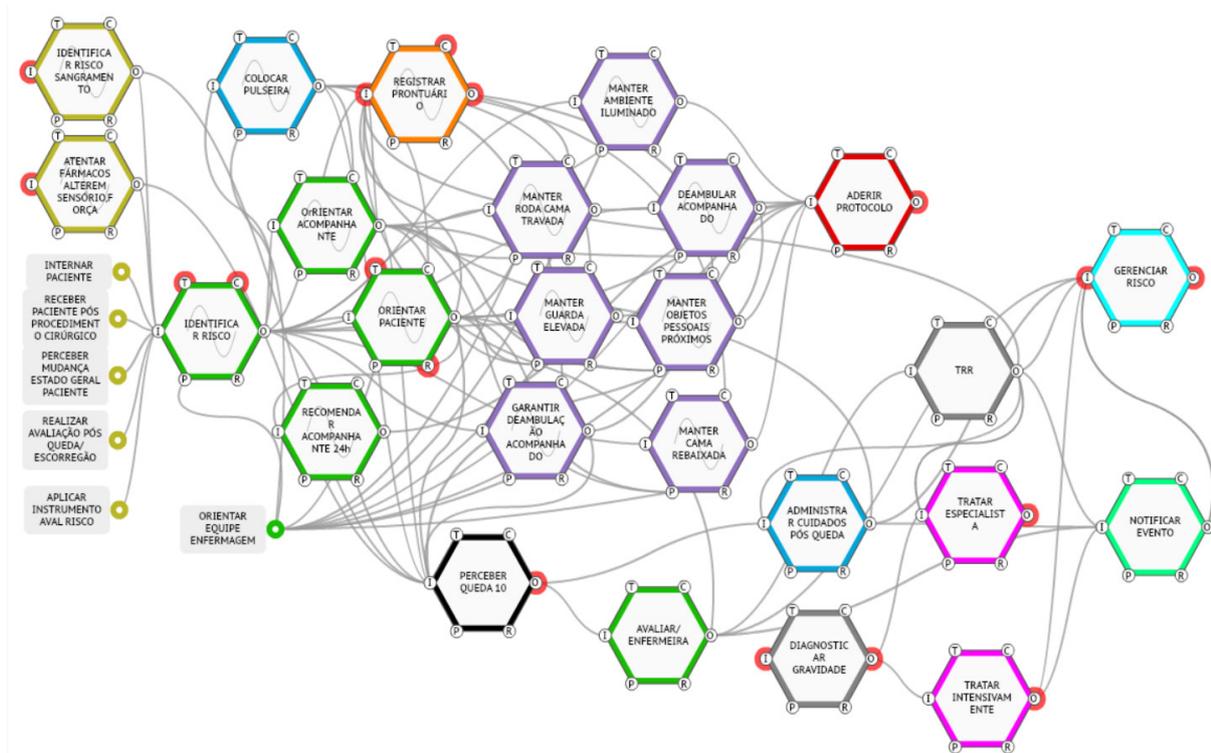


Figura 3 – Ilustração gráfica da modelagem de processo real do Caso D. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Relacionados à segunda etapa do estudo

As quedas na perspectiva do trabalhador de Enfermagem

Duas categorias permitiram compreender as implicações das quedas para os trabalhadores de Enfermagem.

Os achados relacionados às entrevistas formaram as categorias (1) A complexidade dos cuidados para prevenir as quedas (composta pelas subcategorias “Um protocolo, muitos cuidados” e “Dimensão multiprofissional da queda”) e (2) Sentimentos da segunda vítima (originada pelas subcategorias “Sofrimento e culpa” e “Preocupação que perdura”) apresentadas a seguir.

A complexidade dos cuidados para prevenir as quedas

A complexidade para a prevenção das quedas é demonstrada no protocolo institucional e na multiplicidade de profissionais que interagem com o paciente. O protocolo institucional para a prevenção das quedas indica que os profissionais façam a orientação de pacientes e familiares, dentre outros cuidados nos quais a equipe de Enfermagem se respalda.

(...) 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 (...). (TE1)

(...) se certificar que ele tem uma pulseira, de que a cama está mais baixa, de que as grades estão erguidas. (TE3)

O ambiente hospitalar, dada a sua complexidade, requer planejamento e organização para que as atividades sejam executadas de maneira coordenada, visando a alcançar, dentre outros objetivos, a segurança dos pacientes. Entretanto, é possível perceber que o trabalho prescrito é relativizado pela condição humana presente nas interações do ambiente complexo que é o hospital.

(...) os pacientes têm bastante resistência, (...) eu acredito que eles se sintam presos, com sua liberdade limitada. (...) nós, da Enfermagem, a gente acaba cedendo, e (...) favorecendo que o paciente acabe caindo (...). (ENF2)

A prevenção da queda envolve dimensões multiprofissionais, por meio do olhar compartilhado com foco centrado no paciente e considerando que sempre há o risco de cair.

(...) a moça da limpeza deixou o lixo no corredor, o paciente chega ali e pensa que vai desviar e aí pelo cantinho do corredor, (...), 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, não ia ter um resultado melhor? Antes, as gurias da copa botavam a dieta na cabeceira do paciente e puxavam a campinha, (...) em questão, assim, da equipe multiprofissional, se tivesse uma participação de toda equipe, as coisas facilitariam. (TE1)

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, com vistas a fortalecer a multiprofissionalidade e a interprofissionalidade da prevenção da queda.

(...) quando o paciente cai, a responsabilidade é nossa, é da Enfermagem (...). (ENF7)

(...) parece um cabo de guerra (...) a gente não tá se ajudando em nada na verdade (...). Está faltando uma avaliação multi desse paciente, interdisciplinar, que a gente se dê conta o que tem que fazer. (...) isso porque a gente vê assim um ciclo de desentendimentos (...). (ENF6)

A prevenção da queda exige reconhecer a necessidade de engajamento de toda a equipe multiprofissional a fim de compartilhar as responsabilidades.

Sentimentos da segunda vítima

Os achados mostram sentimentos negativos vinculados à vivência da queda.

(...) uma angústia, um medo, (...) mas também em relação à nossa vida profissional, quanto isso repercute, né, para a visão das pessoas sobre a nossa capacidade técnica, enfim (...). (ENF6)

(...) fica se culpando, (...) 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 (...). (TE7)

Quando não há medidas institucionais instituídas para apoiar o trabalhador e, assim, os sentimentos persistem com o trabalhador.

(...) isso vai influenciar no momento em que eu descer, tomar o meu banho e sair do portão para lá. (...). Aí, eu vou para casa pensando naquilo (...), durmo e dou uma ligada (...) aquilo vai ficar na minha mente. (TE10)

A incipiência da abordagem dos sentimentos suscitados nos profissionais repercute sobre a saúde dos trabalhadores. Em alguns momentos, os trabalhadores questionam a relação de confiança com o paciente, compreendendo que podem se tornar vítimas se a culpabilização tornar-se explícita e motivo de, ainda, mais cobranças.

(...) o técnico de Enfermagem é vítima também (...) eu já vi família querer pegar dinheiro em cima disso, pressionar a chefia para demitir, uma humilhação pra gente sair da escala (...). (TE1)

Quando as orientações não são seguidas, o trabalhador não reconhece seu esforço pela valorização do outro, ou seja, a utilidade das ações não é reconhecida pelo paciente, gerando sentimentos negativos que se somam à própria culpa pela queda.

(...) "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 (...) para não dar trabalho (...). (TE4)

(...) ao mesmo tempo, sentimento de injustiça. Poxa, se as pessoas estivessem aqui vendo, iam ver que tem coisas que fogem do nosso controle (...). (ENF7)

A análise de um evento adverso requer um olhar para os profissionais envolvidos, como forma de compreender as dificuldades que vão além do trabalho prescrito, uma vez que as adversidades implicadas na tentativa de executar o trabalho previamente planejado provocam sentimentos, por vezes, ambíguos.

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 (...). (TE13)

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.

Precisei, por exigência do familiar, pedir pra trocar [de escala] por conta de um cuidado que não foi adequado (...). (ENF1)

Ainda, a relação entre a orientação dada pela equipe de Enfermagem e a não adesão do paciente pode levar ao sentimento de que as orientações e demais medidas de prevenção da queda foram banalizadas pelo paciente.

(...) a demanda e a dinâmica do nosso trabalho é tão corrida que (...) essa atenção para algumas medidas de queda... perdem um pouco de atenção (...). (ENF7)

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 ao sentimento de indiferença.

O técnico, ele faz a mesma função várias vezes (...) e isso vai entrando na memória (...). Aí (...) só se for uma coisa diferente (...), mas a descrição da queda a gente não entra (...). (TE7)

A prescrição de Enfermagem tem alguns dados repetitivos, né, e isso, no meu ponto de vista, é meio que desestímulo ao técnico de ler tudo aquilo. (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)

O sentimento de desvalorização também foi constatado quando mencionada a importância de medidas de apoio ao trabalhador que esteve envolvido em um evento de queda, o que pode ser considerado um acréscimo à condição de segunda vítima.

Discussão

A análise das quedas modeladas permitiu a identificação da variabilidade das funções representadas^(5,20) pela ausência do acompanhante/familiar, em pacientes sob efeito de medicamento indutor do sono, hipotensor ou que provoca alteração na força muscular. Além disso,

na vigência de mudança no estado geral do paciente, pela impossibilidade da equipe de Enfermagem em 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. Esses são fatos evidenciados pelos profissionais quando identificam a importância da qualificação das equipes, de educação dos pacientes e acompanhantes, tornando-os parceiros do cuidado⁽²¹⁾. É sob essa perspectiva que se fazem necessários sistemas resilientes como forma de reduzir essa variabilidade e propiciar um maior suporte aos profissionais.

Corroborar-se a dificuldade de contemplar a multiplicidade de cuidados revelada pela modelagem do processo e pelas vivências dos profissionais por meio da identificação de uma prescrição de Enfermagem com dados repetitivos, gerando um desestímulo no técnico de Enfermagem, bem como na sua fala 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. A prescrição do paciente precisa envolver todos os atores que cuidam dele, garantindo um maior imbricamento, considerando o paciente e a inter-relação dele com todas as partes⁽²²⁾.

No que diz respeito ao horário em que as quedas ocorreram, o noturno foi, preferencialmente, o turno que mais apresentou a ocorrência, corroborando um estudo prévio realizado na mesma instituição em que foram caracterizadas as quedas de pacientes adultos hospitalizados⁽⁷⁾. Há uma redução no número de profissionais durante o turno da noite e uma menor circulação de pessoas no ambiente hospitalar, podendo estar relacionadas com uma menor capacidade de vigilância e uma redução na frequência de abordagens com os pacientes, até mesmo para não interferir no sono, contribuindo para um maior número de quedas neste turno. Outro ponto importante é a escuridão do quarto, que pode incrementar o risco de quedas, fato esse que é contemplado na prescrição de Enfermagem ao orientar a manutenção de ambiente iluminado⁽²³⁾.

A implementação de práticas colaborativas qualifica os serviços de saúde na medida 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, investindo na

equipe multidisciplinar, visando à redução das quedas, ocorrência que interfere na continuidade do cuidado e na segurança do paciente^(21-22,24).

Embora, enquanto profissão, há uma necessidade de seguir regras e POP, 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.

A escala que avalia o risco de queda 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. Entende-se isso como uma demonstração clara e elucidativa de falta de coesão entre os profissionais, entre a prescrição e os profissionais, expondo-os 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.

Em hospitais, ambientes complexos⁽³⁾, há uma interação entre diferentes profissionais, que atuam ao redor do paciente, com diferentes níveis de atuação, inclusive, agregando tecnologia ao cuidado. Nesse contexto, ressalta-se a importância do trabalho em equipe, que, diferentemente daquele que é compartimentado, potencializa o cuidado, por meio da reflexão conjunta, trazendo benefícios para as equipes e aos pacientes⁽²⁴⁾ e ampliando a interação entre as pessoas, na busca conjunta por melhores resultados.

Nesse sentido, contrariando a potencialidade do trabalho em equipe, o POP e o protocolo de prevenção de quedas são vistos como itens a serem cumpridos pela Enfermagem. Logo, quando algo não sai como o esperado, a Enfermagem projeta em si esse desfecho negativo, pois esse trabalho não se deu de maneira conjunta, somado ao fato de que há grande dificuldade de aceitar a falibilidade da profissão⁽²⁵⁾.

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. A literatura, ainda que, na sua definição de dano, faça alusão ao paciente, torna possível apropriar-se do conceito e aplicá-lo à segunda vítima quando inclui a repercussão sobre o sofrimento, podendo ter repercussão social ou psicológica⁽²⁶⁾.

Além disso, diante do contexto analisado, no qual o número de eventos com dano de moderado ao 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 esses não são tratados, permitindo, de tal forma, uma pouca valorização, ou até mesmo a banalização de situações com desfechos desfavoráveis.

A Enfermagem é uma profissão fortemente arraigada no resultado final, desconsiderando a falibilidade daquilo que é executado, incrementado pela complexidade das atividades. A tolerância aos erros, por parte da instituição, auxilia no comportamento dos profissionais, repercutindo na mediação do processo de aprendizagem, na segurança psicológica, pois as instituições hospitalares buscam a perfeição, projetando atitudes em relação ao erro^(15,23), podendo fomentar os sentimentos na segunda vítima.

Dentre os sentimentos, a culpa pelo desfecho do paciente, o medo pela perda da reputação e a angústia pela situação não abordada fazem parte das vivências da segunda vítima^(15,26) e a Enfermagem, especialmente, por fazer parte da linha de frente, está mais suscetível a ser uma segunda vítima⁽¹⁶⁾.

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^(11,13-15). Esses são sentimentos comuns diante do erro, uma vez que ele demonstra a falibilidade humana e o impacto emocional por consequência, com o aumento do absenteísmo e a intenção de abandonar o trabalho⁽¹¹⁾. Ficar dias pensando no ocorrido, chorar pelo paciente e sofrer com a família fazem parte da prática diária dos profissionais. Essas repercussões estão diretamente relacionadas com o grau de desfecho desfavorável do paciente⁽¹⁵⁾ e que, de certa forma, são corroboradas pelo 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, reiterando a necessidade de uma infraestrutura de suporte às segundas vítimas^(10-11,13,16).

O apoio às segundas vítimas de eventos com dano aos pacientes é valioso para o enfrentamento e ele vai 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, reforçando-se as medidas de tratamentos tanto das primeiras, quanto das segundas vítimas⁽²⁷⁻²⁸⁾. Estratégias de apoio emocional à segunda vítima e de qualificação dos

processos de trabalho exigem compromisso dos líderes⁽¹⁰⁾. O exercício das melhores práticas da liderança repercute na gestão do risco hospitalar⁽²⁹⁾, no clima de segurança e na satisfação da equipe⁽³⁰⁾, por meio de um suporte precoce ao trabalhador.

Por tratar-se de um estudo em pequena escala, os resultados são sensíveis ao contexto empregado, consistindo em uma limitação. 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.

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.

Conclusão

Este estudo identificou 447 quedas de pacientes adultos hospitalizados, sendo 12 eventos com dano de moderado a grave, correspondendo a 2,7% das notificações com esse perfil, que ocorreram predominantemente à noite. 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. Além disso, na vigência de mudança no estado geral do paciente, pela impossibilidade da equipe de Enfermagem em acompanhar o paciente durante seus deslocamentos.

A compreensão da multimodalidade das quedas foi possível na medida em que os profissionais de Enfermagem identificaram, por meio das quedas modeladas, situações que comprometem a qualidade assistencial e cuja prevenção exige envolvimento do paciente, família e equipe multiprofissional. Os profissionais envolvidos são as segundas vítimas e experimentam sentimentos de culpa, medo, angústia, impotência e, até mesmo, de banalização diante de eventos com repercussão para os trabalhadores.

Referências

1. World Health Organization. Charter health worker safety: a priority for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/world-patient->

- safety-day/health-worker-safetycharter-wpsd-17-september-2020-31.pdf?sfvrsn=2cb6752d_2
2. Chan DK, Sherrington C, Naganathan V, Xu YH, Chen J, Ko A, et al. Key issues to consider and innovative ideas on fall prevention in the geriatric department of a teaching hospital. *Australas J Ageing*. 2018;37(2):140-3. <https://doi.org/10.1111/ajag.12528>
 3. Wachs P, Saurin TA. Modelling interactions between procedures and resilience skills. *Appl Ergon*. 2018;68:328-37. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.12.013>
 4. Hollnagel E. FRAM – The Functional Resonance Analysis Method – a brief guide on how to use the FRAM [Internet]. Odense: Functional Resonance; 2018 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://functionalresonance.com/onewebmedia/Manual%20ds%201.docx.pdf>
 5. Patriarca R, Di Gravio G, Woltjer R, Costantino F, Praetorius G, Ferreira P, et al. Framing the FRAM: a literature review on the functional resonance analysis method. *Saf Sci*. 2020;129:104827. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104827>
 6. Bueno WP, Wachs P, Saurin TA, Ransolin N, Kuchenbecker RS. Making resilience explicit in FRAM: shedding light on desired outcomes. *Hum Factors Ergon Manuf*. 2021;31(6):579-97. <https://doi.org/10.1002/hfm.20909>
 7. Barbosa AS, Chaves EHB, Ribeiro RG, Quadros DV, Suzuki LM, Magalhães AMM. Characterization of the adult patients' falling incidents in a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180303. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>
 8. Luzia MF, Prates CG, Bombardelli CF, Adorna JB, Moura GMSS. Characteristics of falls with damage to hospitalized patients. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e201800307. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.201800307>
 9. Falcão RMM, Costa KNFM, Fernandes MGM, Pontes MLF, Vasconcelos JMB, Oliveira JS. Risk of falls in hospitalized elderly people. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180266. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180266>
 10. Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03669. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>
 11. Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SH. From organisational support to second victim-related distress: role of patient safety culture. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1818-25. <https://doi.org/10.1111/jonm.12881>
 12. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:593-603. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>
 13. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e61-e74. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>
 14. Mira JJ, Carrillo I, García-Elorrio E, Andrade-Lourenção DCDE, Pavan-Baptista PC, Franco-Herrera AL, et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(5):313-8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa031>
 15. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9(7):e029923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>
 16. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2020;28(2):286-93. <https://doi.org/10.1111/jonm.12920>
 17. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>
 18. World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Nov 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
 19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
 20. Saurin TA, Patriarca R. A taxonomy of interactions in socio-technical systems: a functional perspective. *Appl Ergon*. 2020;82:102980. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102980>
 21. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3272. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>
 22. Low S, Gray E, Ewing A, Hain P, Kim L. Remodeling interprofessional collaboration through a Nurse-for-a-Day Shadowing Program for medical residents. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2345-49. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S319728>
 23. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Patient safety incidents and nursing workload. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2841. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>
 24. Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and

- performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(9):e028280. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
25. Wang X, Guchait P, Pasamehmetoglu A. Tolerating errors in hospitality organizations: relationships with learning behavior, error reporting and service recovery performance. *Int J Contemp Hosp Manag*. 2020;32(8):2635-55. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-01-2020-0001>
26. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *J Patient Saf*. 2021;17(3):195-9. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000301>
27. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
28. Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L, et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? *J Patient Saf*. 2020;16(1):65-72. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000256>
29. Fusari MEK, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Costa VT. Best leadership practices of nurses in hospital risk management: case study. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e202001994. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200194>
30. Moraes MCS, Dutra GO, Ferreira TDM, Dias FCP, Balsanelli AP, Gasparino RC. Nursing coaching leadership and its influence on job satisfaction and patient safety. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03779. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020042103779>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai. **Obtenção de dados:** Deise Vacario de Quadros. **Análise e interpretação dos dados:** Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai.

Redação do manuscrito: Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Deise Vacario de Quadros, Ana Maria Müller de Magalhães, Priscila Wachs, Isis Marques Severo, Juliana Petri Tavares, Daiane Dal Pai.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 16.11.2021

Aceito: 27.03.2022

Editora Associada:

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Autor correspondente:

Deise Vacario de Quadros

E-mail: dquadros@hcpa.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.