



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**RAFAELA NASCIMENTO RIBEIRO**

ESTRATÉGIAS DE SUPORTE AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA  
CONDIÇÃO DE SEGUNDAS VÍTIMAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

SALVADOR  
2022

**RAFAELA NASCIMENTO RIBEIRO**

**ESTRATÉGIAS DE SUPORTE AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA  
CONDIÇÃO DE SEGUNDAS VÍTIMAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Formação, gestão e trabalho em enfermagem e saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Rosana Maria de Oliveira Silva

SALVADOR  
2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

R484 Ribeiro, Rafaela Nascimento  
Estratégias de suporte aos profissionais de enfermagem na condição de  
segundas vítimas durante a pandemia da Covid-19/ Rafaela Nascimento  
Ribeiro. – Salvador, 2022.  
92 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Maria de Oliveira Silva  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de  
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

1. Enfermagem. 2. Segunda vítima. 3. Erro médico. 4. Eventos adversos.  
5. Covid-19 I. Silva, Rosana Maria de Oliveira II. Universidade Federal  
da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

## **RAFAELA NASCIMENTO RIBEIRO**

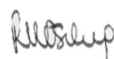
### **ESTRATÉGIAS DE SUPORTE AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA CONDIÇÃO DE SEGUNDAS VÍTIMAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, Linha de Pesquisa “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

**Aprovada em 18 de agosto de 2022.**

#### **BANCA EXAMINADORA**

Rosana Maria de Oliveira Silva (Orientadora)



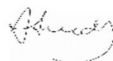
Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora Associada da graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Silvana Lima Vieira (Membro externo)



Doutora com estágio doutoral no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade de Lisboa-Portugal. Professora Adjunto do quadro efetivo da Universidade do Estado da Bahia- UNEB, campus I- Salvador

Almerinda Luedy Reis (Membro externo)



Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade Santa Casa. Professora da Universidade Jorge Amado.

Gilberto Tadeu Reis da Silva (Suplente)



Doutor em Ciências pela UNIFESP. Pós-doutor em Ensino em Ciências da Saúde CEDESS/UNIFESP e Gestão em Serviços de Saúde UICISA.E/COIMBRA. Professor Titular-Livre na Universidade Federal Da Bahia

## DEDICATÓRIA

Aos meus Pais **Rivanildo** e **Jucineide**, e ao meu esposo **Ivo**, pelo apoio incondicional. À minha amiga de jornada **Belayrla**, por nunca soltar minha mão. Essa vitória é nossa.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, acima de todas as coisas, por, apesar de mim, me cercar de um amor incondicional e indescritível. O único digno de toda honra, glória e louvor. Só Ele e eu sabemos das batalhas travadas para que eu persistisse até aqui, mesmo pensando em desistir por diversas vezes. “Não te ordenei eu? Seja forte e corajosa” Josué 1:9.

Aos meus pais Rivanildo e Jucineide, pela condução da minha educação, e por incentivarem minha caminhada sempre, com um inigualável brilho nos olhos. Ao meu irmão Rafael, que sempre acrescenta uma pitada de humor nos meus problemas para que eles se tornem mais leves. O amor de vocês é meu combustível na vida, e toda conquista que acontece pra mim, só acontece por causa de vocês.

Ao meu esposo, Ivo, por abdicar de mim madrugadas em prol da construção desse trabalho. Por segurar meu desespero, por sempre ter uma palavra de incentivo e um ombro amigo que me ampara e acalenta minha alma. Você é sem igual!

À Belayrla, minha parceira de caminhada que não soltou a minha mão em nenhum momento, que me ofertou apoio emocional constante, mesmo quando nem nós mesmas acreditávamos que conseguiríamos passar pelas nebulosas tempestades desse período. O maior título que ganhei, sem dúvida, foi essa amizade que será nutrida para sempre em meu coração.

À minha musa inspiradora, mestre e amiga, Almerinda Luedy, por fazer florescer em mim potencialidades que eu não acreditava possuir. Por me auxiliar nas metamorfoses dolorosas, transformando esses momentos em algo leve, simples e bonito. Você é incrível.

Ao meu mestre e amigo Josias Oliveira, por ter me atirado num abismo, confiando mais em mim do que eu mesma, me incentivando a desafiar meus medos e sobretudo, a acreditar que eu sou do tamanho dos meus sonhos, e que eu posso voar, basta que eu acredite. Obrigada pela simplicidade com que fez isso. Você agregou um significado sem igual a essa história.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Maria, pelo apoio ofertado durante essa caminhada, e por compartilhar conhecimentos e experiências.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Gilberto Tadeu, pelo significado em minha trajetória como pós graduanda, sendo a primeira pessoa a me acolher na Escola de Enfermagem. Meu respeito e admiração só cresceram durante esses anos.

À professora Silvana Vieira, pela disponibilidade de tempo e conhecimento ao contribuir para o enriquecimento deste estudo, desde a qualificação até o presente momento.

Às enfermeiras que cederam parte de seu tempo para realização das entrevistas e contribuição com a ciência. Ao meu grupo de pesquisa GEPASE, pelo apoio e incentivo na trajetória acadêmica.

E por fim, à todos os profissionais de saúde que estiveram na linha de frente do combate à Covid-19: vocês além de essenciais, de fortes e corajosos, foram escritores e escritoras de páginas históricas. Se acolham com amor. Cuidem de sua saúde mental. Só quem viveu um momento histórico, sabe quão doloroso é ser parte de um contexto histórico. Vencemos juntos. MUITO OBRIGADA!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES). - Código de Financiamento 001". "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".



## RESUMO

RIBEIRO, Rafaela Nascimento. **Estratégias de suporte aos profissionais de enfermagem na condição de segundas vítimas durante a pandemia da covid-19.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, p.92. 2022.

Este estudo aborda as Estratégias de suporte aos profissionais de enfermagem na condição de segundas vítimas durante a pandemia da covid-19. Tem como objetivo geral: Analisar as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus. E como objetivos específicos: Identificar as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus; Descrever as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. O campo de pesquisa empírica teve como referência duas organizações de saúde situadas em Salvador, Bahia, Brasil. A coleta foi realizada exclusivamente pela pesquisadora principal, e ocorreu em locais escolhidos pelas entrevistadas. Foram entrevistadas 08 gestoras, no período compreendido entre janeiro e abril de 2022. Utilizou-se como instrumento de coleta das informações um roteiro e um formulário, que foi aplicado na entrevista semiestruturada, sendo gravadas por meio do telefone móvel no recurso gravador de voz, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin. Foram construídas três categorias de análise e respectivas subcategorias: Categoria I: Reconhecimento da condição emocional do profissional pelas gestoras; Acolhimento do profissional na condição de segunda vítima; Encaminhamento do profissional na condição de segunda vítima para apoio psicológico. Categoria II: Análise do incidente assistencial por meio da notificação de eventos; Categoria III: Treinamento e a (re)orientação do profissional na condição de segunda vítima. O reconhecimento, pelo gestor, da condição emocional da segunda vítima faz-se necessário, sendo decisivo no desfecho do evento, uma vez que, a condição emocional do profissional, quando não valorizada ou negligenciada, pode desencadear problemas psicológicos, físicos, e sentimentos negativos de medo, tristeza, vergonha e insatisfação com o trabalho. Entende-se que o acolhimento ao profissional na condição de segunda vítima, precisa ser desenvolvido na prática de forma empática, tendo como base a comunicação efetiva, a escuta ativa, e a desconstrução da cultura de punição, sendo substituída pela cultura justa e segura.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Segunda vítima. Erro médico. Eventos Adversos. Covid-19

## ABSTRACT

RIBEIRO, Rafaela Nascimento. **Strategies to support nursing professionals as second victims during the covid-19 pandemic.** Dissertation (Master's in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia. Salvador, p.92. 2022.

This study addresses the strategies of support to nursing professionals as second victims during the covid-19 pandemic. Its general objective is: To analyze the strategies adopted by nursing managers to support the second victims in the hospital assistencial context of the pandemic by coronavirus. And as specific objectives: To identify the strategies adopted by nursing managers to support the second victims in the hospital assistencial context of the pandemic by coronavirus; Describe the strategies adopted by nursing managers to support the second victims in the hospital assistencial context of the pandemic by coronavirus. This is a field research, of exploratory character, with a qualitative approach. The empirical research field had as reference two health organizations located in Salvador, Bahia, Brazil. The collection was performed exclusively by the main researcher, and occurred in places chosen by the interviewees. Eight managers were interviewed between January and April 2022. A script and a form were used as an instrument to collect information, which was applied in the semi-structured interview, being recorded through the mobile phone in the voice recorder feature, transcribed and submitted to Bardin Content Analysis. Three categories of analysis and respective subcategories were constructed: Category I: Recognition of the professional's emotional condition by managers; Reception of the professional as a second victim; Referral of the professional as the second victim for psychological support. Category II: Analysis of the care incident through the notification of events; Category III: Training and (re)guidance of the professional as a second victim. The recognition, by the manager, of the emotional condition of the second victim is necessary, being decisive in the outcome of the event, since the emotional condition of the professional, when not valued or neglected, can trigger psychological, physical problems, and negative feelings of fear, sadness, shame and dissatisfaction with work. It is understood that the reception to the professional as the second victim, needs to be developed in practice in an empathic way, based on effective communication, active listening, and the deconstruction of the culture of punishment, being replaced by a fair and safe culture.

**Keywords:** Nursing. Second victim. Medical error. Adverse Events. Covid-19

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Síntese das categorias e subcategorias relacionadas às estratégias de suporte ao profissional na condição de segunda vítima. Salvador, BA, Brasil – 2022. **51**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP – Comissão de Ética e Pesquisa

CIDS - Debriefing De Estresse De Incidente Crítico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa

CPPS - Peer Support

EUA - Estados Unidos da América

GEPASE - Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem

IAEA - International Atomic Energy Agency

ICPS- Classificação Internacional de Segurança do Paciente

NOTIVISA - Sistema De Notificação Da Vigilância Sanitária

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RISE - Resiliência Em Eventos Estressantes

SARS COV 2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THRUST - Treatment that is just, Respect, Understanding and compassion, Supportive Care, and Transparency and the opportunity to contribute to learning

WHO - World Health Organization

*“Erros são necessários  
para que os acertos sejam memoráveis”*

*(Eren Soares)*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO PILAR FUNDAMENTAL PARA UMA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA .....</b>	<b>19</b>
<b>3 O FENÔMENO DA SEGUNDA VÍTIMA NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES .....</b>	<b>24</b>
<b>4 GESTÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIAS DE APOIO ÀS SEGUNDAS VÍTIMAS .....</b>	<b>32</b>
<b>5 A PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS: CONSIDERAÇÕES GERAIS .....</b>	<b>37</b>
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>43</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	43
6.2 LOCAL DA PESQUISA .....	44
6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	45
6.4 COLETA DE DADOS .....	45
<b>6.4.1 Instrumento e técnica de coleta .....</b>	<b>46</b>
<b>6.4.2 Procedimento da coleta.....</b>	<b>46</b>
6.5 ANÁLISE DE DADOS .....	49
6.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	51
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
7.1 CATEGORIAS EMPÍRICAS.....	53
7.1.1 Reconhecimento da condição emocional do profissional pelas gestoras .....	53
7.1.1.1 Acolhimento do profissional na condição de segunda vítima .....	56
7.1.1.2 Encaminhamento do profissional na condição de segunda vítima para apoio psicológico.....	60
<b>7.2 Análise do incidente assistencial por meio da notificação de eventos .....</b>	<b>62</b>
<b>7.3 Treinamento e (re)orientação do profissional na condição de segunda vítima.....</b>	<b>69</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE C - CARTA CONVITE .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE D – MATRIZ PARA EXTRAÇÃO DE EXCERTOS DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>89</b>

**ANEXO A – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO À PLATAFORMA BRASIL**  
.....90

## 1 INTRODUÇÃO

Os danos causados aos pacientes, e que estão relacionados à assistência à saúde, são a 14ª causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo (OMS, 2018). De 2014 a 2021, foram reportados ao Sistema de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA) cerca de 750 óbitos decorrentes de eventos, sendo a maioria relacionados a falhas durante a assistência à Saúde. No último relatório lançado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com dados de dezembro de 2021, o item “Falhas durante a assistência à saúde”, que é um conjunto bastante vasto de eventos, sendo difícil qualificar do que se trata de forma mais precisa, aparece como evento mais notificado, seguido pelo ítem lesão por pressão, que aparece como o segundo mais notificado, totalizando mais de 100.000 notificações (BRASIL, 2021).

Diante do cenário, e mesmo dispondo dos avanços no processo assistencial com a construção e implementação de protocolos assistenciais, da capacitação profissional, e de normas regulamentadoras para promover a segurança do paciente, o erro humano ainda faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e está presente em relatórios estatísticos, devido a necessidade de acompanhamento das organizações (FONSECA, SANTOS 2019).

Em organizações com culturas positivas para a segurança do paciente, os profissionais podem falar abertamente sobre questões e eventos, sem medo de culpabilização ou punição, pois culpar ou punir indivíduos por erros devido a causas sistêmicas, não resolverá as causas nem impedirá que sejam repetidas (RODZIEWICZ, 2018).

A cultura de segurança nas organizações de saúde é fundamental para oportunizar a implementação de condutas seguras a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos. Para tanto é fundamental conduzir os incidentes que comprometem a qualidade e a segurança sob os princípios da abordagem sistêmica (ANDRADE et al, 2018).

A falta de compreensão sobre o erro pode causar no profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, o que contribui para a omissão da notificação e consequente repetição dos erros (FONSECA, SANTOS, 2019).

Os profissionais que desenvolvem algum tipo de alteração emocional ou efeitos psicológicos profundos, como raiva, culpa, vergonha, depressão e até mesmo pensamentos suicidas, motivadas por falhas reais ou percebidas durante a prestação dos cuidados de saúde foram chamados de “segunda vítima” pela primeira vez, em 2000, por Albert Wu, professor de política e gestão em saúde. Ao descrever o impacto dos eventos adversos nos profissionais de



saúde (WU, 2000), trazendo à tona a necessidade de cuidar não só do paciente e família, mas também do profissional envolvido num erro.

O fenômeno da segunda vítima é desconhecido por um número elevado de profissionais e gestores de saúde, e as intervenções destinadas a conscientizar os profissionais sobre os problemas apresentados pós incidente são praticamente inexistentes (TARTAGLIA, MATOS 2020).

O acolhimento ineficaz e a falta de feedback são fatores que dificultam o enfrentamento dos profissionais de saúde frente ao erro cometido, e o impacto do sofrimento emocional do profissional depende da resposta da gestão institucional ao evento. (PEREZ, FUENTES, GARCIA, 2019). Nesse sentido, a maioria das organizações de saúde não possui protocolos implantados para o atendimento às segundas vítimas, e na maioria das vezes os profissionais de saúde não sabem como agir após um incidente assistencial (PEIXOTO, PASSOS, BRITO 2018).

Geralmente os profissionais se sentem desprotegidos por suas instituições. Apenas alguns hospitais desenvolveram programas de acompanhamento do profissional que cometeu algum tipo de erro, portanto, até o momento, a extensão dos programas de intervenção nas organizações de saúde ainda é muito limitada (MIRA, et al, 2017). Torna-se necessário, desse modo, o apoio destinado à segunda vítima, e esse movimento vai além do princípio ético e moral de cuidar de quem cuida da saúde dos outros, uma vez que o objetivo é, além de reduzir os riscos para o paciente, assegurar uma assistência segura e de qualidade também para o profissional de saúde (CARRILLO, 2016).

Existe assim, num contexto geral, a necessidade da implementação de programas de intervenção para reforçar a cultura de segurança nas organizações de saúde, e visando desenvolver estruturas de apoio a fim de atender os profissionais que estiveram envolvidos em algum tipo de incidente assistencial (MIRA, et al, 2017). Considerando o contexto da pandemia pelo coronavírus, sem dúvida, existe uma demanda ainda mais distinta para o trabalhador de saúde no que tange à sua saúde física e mental, uma vez que tem sido frequente o relato de sintomas como ansiedade, perda na qualidade do sono, depressão, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou de transmitirem o vírus para os membros da família (FIOCRUZ, 2020), sendo estes, elementos que podem predispor a ocorrência de erros associados às condições precárias de trabalho.

A pandemia pelo COVID-19 foi descrita pela primeira vez na região de Wuhan na China em 2019, e trata-se de uma patologia de transmissão rápida e crescimento exponencial entre os indivíduos (WHO, 2020), apresentando-se assim, como uma condição extremamente

estressante para os profissionais de saúde, devido as características da doença, aliadas às condições inadequadas de trabalho, como falta de equipamentos e recursos, saturação dos serviços, alarme social, incertezas e angústias, transformando esse profissional de saúde numa potencial segunda vítima no atendimento aos pacientes infectados pelo vírus (BOHOMOL, et al, 2020).

Vale ressaltar que, problemas como cansaço físico e estresse psicológico, além da insuficiência de recursos ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde dos profissionais que atuam diretamente na prestação de cuidados ao paciente com coronavírus, não afetam da mesma maneira as diversas categorias, sendo necessária uma atenção especial para as especificidades de cada modalidade profissional, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA, et al, 2020).

As evidências de estratégias de primeiro apoio às segundas vítimas de incidentes assistenciais ainda são incipientes (MIRA, et al, 2017). A tendência é que os sistemas de saúde se concentrem em realizar melhorias nas barreiras de segurança para reduzir a probabilidade de incidentes e atenuar seus efeitos, em vez de se concentrar em intervenções sobre um indivíduo isoladamente. Os incidentes representam uma oportunidade para mudanças construtivas na prestação da assistência à saúde (RODZIEWICZ, 2018). Existe assim, a necessidade de programas de intervenção para reforçar a cultura de segurança nas organizações de saúde e para promover estruturas naturais de apoio entre os profissionais que seriam acionadas, se necessário, após um incidente assistencial (MIRA, et al, 2017).

Diante disso, discussões sobre melhorias na segurança do paciente geram um movimento global, com o objetivo de garantir uma assistência de qualidade à população. Para que esse movimento tenha resultados exitosos, todo o sistema de saúde precisa empenhar-se, a fim de promover um ambiente mais seguro com o envolvimento de gestores e profissionais de saúde, e em particular, nesse momento de pandemia, os profissionais de enfermagem, que fazem parte de um dos grupos mais afetados por prestarem assistência 24 horas à beira leito, expostos ao risco de contágio e à dor emocional que afeta consideravelmente sua saúde mental (HUMEREZ; OHL; DA SILVA, 2020). Esse achado na literatura justifica a escolha da temática, e aguça a curiosidade científica de entender quais estratégias tem sido adotadas pelos gestores em enfermagem no suporte às segundas vítimas no contexto assistencial da pandemia pelo coronavírus.

Ademais, reconhecendo a relevância de analisar quais são as ações que os gestores de enfermagem têm implementado para amenizar essa problemática, e entendendo que o erro

assistencial, mesmo conceitualmente considerado não intencional, pode resultar, ou resulta, em dano desnecessário, não apenas físico, mas permeia o contexto social e emocional, o que segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), é um incidente. Assim, neste estudo, será utilizado o termo incidente assistencial, como forma de dissociá-lo à culpabilização, uma vez que, para os profissionais, o erro é frequentemente relacionado a sentimentos de culpa, vergonha e medo de punições, devido a cultura punitiva existente (SILVA et al, 2018).

De uma maneira abrangente, nota-se que a cultura de segurança envolve o engajamento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade de discussões sobre a temática e estabelecê-la como engrenagem norteadora de sua organização, além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar identificar as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto ao paciente enfrenta diariamente. Diante do exposto, entendemos que os gestores têm um papel imprescindível na prestação do cuidado, dada a sua responsabilidade pela promoção de uma cultura de segurança na organização, para que haja um ambiente de aprendizagem a partir dos erros e eventos adversos (CORREIA, et al, 2017).

Esse presente estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre práticas de gestão da segurança em ambiente hospitalar, e pretende responder à seguinte indagação: Quais estratégias foram adotadas pelos gestores de enfermagem no suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus?

A aproximação com a temática surgiu durante a atuação profissional em ambiente de cuidados de alta complexidade, justamente devido à exposição diária a diversas fontes que poderiam suscitar incidentes assistenciais. O interesse pela literatura sobre segurança do paciente foi despertado ainda na jornada acadêmica e se estendeu no contexto do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE) do qual faço parte na pós graduação, e que frequentemente promove eventos e discussões voltados à temática. Ademais, a experiência pessoal com os sentimentos de segunda vítima me levaram ao desejo de produzir conhecimento nacional sobre a temática e quiçá, promover um entendimento mais sensível e um olhar mais atento dos gestores sobre a cultura de segurança do paciente e sobre o suporte às segundas vítimas.

Entende-se que a pesquisa possa contribuir para o campo da enfermagem, uma vez que coloca a atuação do gestor como mediador no processo de redução de danos à saúde física e mental dos profissionais de saúde envolvidos num incidente. Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento das pesquisas relacionadas a temática e para o reconhecimento de sua importância, tanto no âmbito das organizações hospitalares quanto para

os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros. Até o momento, no entanto, falta um modelo de experiências de segundas vítimas para uma compreensão mais profunda dos estudos qualitativos. Portanto, nosso objetivo foi identificar, descrever e interpretar essas experiências em ambientes hospitalares. Para tanto, foi traçado como objetivo geral: Analisar as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus. E como objetivos específicos: Identificar as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus; Descrever as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus.

## **2 A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO PILAR FUNDAMENTAL PARA UMA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA**

Baseada no princípio de Hipócrates “primeiro não causar dano ao paciente”, a problemática da segurança do paciente constitui-se, atualmente, um desafio no gerenciamento de riscos das organizações de saúde e um problema de saúde pública mundial. Vale ressaltar que os riscos são inerentes ao processo de trabalho em saúde e a literatura nacional e internacional é vasta sobre riscos de incidentes ao paciente durante a assistência prestada pelos profissionais de saúde (SILVA et al, 2018).

A segurança do paciente consiste na redução a um mínimo aceitável de exposição do paciente à ocorrência de danos, decorrentes de uma situação, agente ou ação potencial relacionados à assistência à saúde (RUNCIMAN et al. 2009).

Ao longo do tempo, o conceito de segurança do paciente vem sendo aperfeiçoado, especialmente, no que diz respeito à terminologia dos elementos que integram os impactos causados pelos eventos adversos, e a compreensão e a responsabilização dos envolvidos (QUADRADO, 2019).

Um marco no tema foi a publicação pelo Institute of Medicine dos Estados Unidos da América, em 1999, intitulada “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro” (To Err is Human: Building a Safer Health System). O documento alertou para a estimativa anual de 44.000 a 98.000 mortes - que ocorreram no país, decorrentes de eventos adversos relacionados à assistência ao paciente (RIBEIRO; SILVA; FERREIRA, 2016).

Em 2001, nos Estados Unidos da América, milhões de dólares foram destinados a pesquisas na área de segurança do paciente e lançados vários estudos e websites com informações atualizadas sobre a temática, e disponíveis para a população em geral. Isso proporcionou muita discussão e foi o marco do movimento em prol da segurança do paciente (ZAMBON, 2014).

À partir de então, começaram a acontecer discussões em diversas partes do mundo sobre a temática de segurança do paciente e, em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lança a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety), atualmente conhecida como World Health Organization (WHO), que instituiu um conjunto de medidas, por meio de campanhas voltadas para as boas práticas assistenciais denominadas de Desafios Globais para a Segurança do Paciente, com os propósitos de reforçar as práticas de segurança e promover melhor comunicação e trabalho da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2013).

Nesse mesmo ano, os Estados Unidos da América (EUA) lançaram, pela Joint Commission, o processo de acreditação e certificação hospitalar, focado em normas de funcionamento para hospitais, e, em consonância com a Organização Mundial de Saúde, foi estabelecido um conjunto de metas para a segurança do paciente - o National Patient Safety Goals. Surgiram, então, organizações não governamentais em vários países como o Canadá, a Espanha, a Dinamarca, a Suécia e a Suíça, com iniciativas semelhantes voltadas para melhorar a assistência em saúde (ZAMBON,2014). As seis metas internacionais para segurança do paciente, são: Identificar corretamente o paciente; Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Higienizar as mãos para evitar infecção; Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (OMS,2018).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos em 2009 recomendou que as organizações de saúde criassem um ambiente onde a Segurança do Paciente fosse um objetivo organizacional explícito e ocupasse o topo das prioridades das lideranças, tornando-se parte importante da cultura organizacional (RUNCIMAN et al, 2009).

No Brasil, em 2013, através da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, a cultura de segurança passa a ser considerada um dos princípios da gestão de risco voltada para a qualidade e a segurança do paciente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), (CARVALHO et al, 2017). Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano, e o Gerenciamento de Riscos, é a tomada de decisão em relação aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de novas ocorrências (BRASIL, 2017).

O PNSP por sua vez, determinou a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que é por definição, a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, com o objetivo de alcançar uma melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na tentativa de fomentar a cultura de segurança nos estabelecimentos de saúde brasileiros. Os núcleos têm por responsabilidade a elaboração de um plano de segurança do paciente que indique e descreva estratégias e ações definidas pelo Serviço para a diminuição dos incidentes associados à assistência, além de implantar os protocolos básicos de Segurança do Paciente, desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação, realizar o monitoramento de seus indicadores e a notificação de eventos adversos (BRASIL, 2014).

Passadas mais de duas décadas da publicação do relatório “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”, percebe-se um movimento positivo nas organizações de saúde para implementação de políticas, diretrizes e processos nas áreas de ensino e pesquisa, com reflexos favoráveis na qualidade do cuidado e segurança do paciente, embora ainda exista a necessidade de aprimoramento nas áreas de apoio diagnóstico, nos serviços ambulatorial e de tecnologia da informação, expondo situações que possam conduzir os profissionais à incidentes assistenciais, afim de criar barreiras mais eficazes. (BATES,SINGH,2018).

A atenuação dos riscos e dos danos e a inserção de práticas seguras contribuem para a efetividade dos cuidados de enfermagem, todavia esse avanço depende da imprescindível mudança de cultura dos profissionais para a segurança do paciente, do uso de indicadores de qualidade, e da existência de um sistema de registros ajustados à política de segurança do paciente, instituída nacionalmente.

A equipe de saúde e, especificamente, a de enfermagem tem enorme responsabilidade na prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial, que fazem parte do cotidiano da área da saúde, uma vez que esses profissionais estão 24 horas à beira leito do paciente, atendendo suas demandas e conhecendo as necessidades do paciente e do próprio ambiente de trabalho (DUARTE et al, 2018).

Para os profissionais de enfermagem, a ocorrência dos incidentes assistenciais pode suscitar diversas problemáticas, devido aos princípios éticos, ao estresse emocional e às questões legais a que estão expostos. A ameaça de ação legal iminente pode agravar esses sentimentos. Isso também pode levar a uma perda de confiança na sua capacidade laboral. O medo da punição deixa os profissionais de saúde relutantes em relatar e/ou notificar incidentes (RODZIEWICZ, 2018) o que colabora para a repetição dos incidentes por demais profissionais e para a diminuição da qualidade da assistência prestada.

Portanto, as práticas da gestão de risco devem ser fortalecidas em todos os níveis da organização, a fim de assegurar que todos os riscos inerentes aos cuidados em saúde sejam controlados tornando a assistência de enfermagem mais segura, de qualidade e correspondendo às expectativas do paciente, família e comunidade (BIZARRA. BALBINO, SILVINO 2018).

Nesse sentido, a Cultura de Segurança do Paciente, utilizada inicialmente pela International Atomic Energy Agency (IAEA) há trinta anos atrás (INSAG 1991), é considerada um importante componente estrutural dos serviços que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição de incidentes (ANDRADE ,et al, 2018).

No âmbito da saúde, a cultura de segurança do paciente foi definida como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos. Isto determina o compromisso, estilo e proficiência no manejo de segurança em saúde de uma organização (ANVISA 2016).

A implantação de uma cultura de segurança justa, percorre várias esferas de uma organização e precisa do envolvimento e compromisso desde a administração geral até os serviços de apoio. Requer tempo para compreensão das mudanças que vão das mais simples até as mais complexas, e exige um sentimento constante de equipe/coletividade. Tendo em vista que a cultura de culpabilização individual por si só, não é capaz de provocar as mudanças necessárias, apenas colabora com a subnotificação dos eventos e a continuidade na cadeia de erros, essa visão sistêmica e processual é um dos maiores desafios para a construção dessa cultura nos cenários de cuidado à saúde (WEGNER ,et al, 2016).

Desse modo, através de uma comunicação efetiva inicia-se a construção da confiança entre todos os envolvidos. Por conseguinte, quando os elos de confiança estão estabelecidos, as necessidades e os erros são expostos mais claramente pelos profissionais e a instituição consegue intervir nos processos de trabalho e na formação permanente, empoderando os profissionais para garantir uma cultura da segurança e uma assistência mais segura (LEMOS et al, 2018).

São considerados componentes básicos para o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente, os itens a seguir: Cultura Justa – considera clara a distinção entre incidentes inaceitáveis e incidentes que ocorrem por falhas nos processos; Cultura de Notificação - todo e qualquer incidente relacionado à assistência em saúde é notificado, contabilizado e analisado para construir indicadores da assistência que são utilizados para desenvolver melhorias nos processos de atenção à saúde; Cultura de Aprendizado – de acordo com os incidentes notificados e vivenciados, são traçadas novas metas e trabalhados novos processos de melhorias (ANVISA, 2016).

Nas organizações onde se trabalha com prestação de cuidados a saúde, a cultura tem, pelo menos, duas barreiras para consolidar a segurança. A primeira é referente à treinamento, e à a crença no perfeccionismo do treinado, pois, depois de períodos de treinamento, espera-se que os profissionais não cometam erros. A segunda é a propensão a uma cultura punitiva, uma vez que o erro é encarado como incompetência profissional e, raramente associado a problemas do sistema organizacional. Juntos, esses fatores acabam por gerar uma inibição, e os profissionais de saúde acabam com medo de admitir seus erros (WHO, 2009).



A cultura de segurança é considerada como um pilar indispensável para a qualidade do cuidado. A prática dessa cultura auxilia no trabalho em equipe, uma vez que trata-se de revisar falhas nos processos e aprender de forma contínua, o que produz comportamentos de segurança que levam a redução de incidentes assistenciais. Uma das estratégias que pode ser implementada para essa cultura é a criação de grupos institucionais para discussão dos incidentes identificados, afim de acolher o profissional de saúde e adotar medidas preventivas para que os incidentes ocorridos não tornem a ser repetidos (HOEFEL, et al, 2017).

Ainda são insuficientes as informações sobre os diferentes níveis de cultura de segurança do paciente em hospitais brasileiros, uma vez que são estabelecimentos que possuem características diversas e diferentes arranjos organizacionais. Avaliar essa cultura e seus fatores determinantes em hospitais com diferentes tipos de gestão sinaliza para possíveis intervenções de melhorias necessárias para fomentar a qualidade da assistência e segurança do paciente. Neste contexto é importante medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde. Esse tipo de avaliação objetiva diagnosticar o nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano, e acompanhar a evolução da notificação de incidentes, porém, essa avaliação depende do envolvimento das partes interessadas. Deve-se selecionar uma ferramenta adequada, utilizar métodos de coletas de dados válidos, implementar o plano de ação e iniciar as mudanças (ANDRADE, et al, 2018).

Ao tratar das percepções que envolvem a segurança do paciente e a cultura de segurança nas organizações de saúde, é indiscutível a conexão direta desses constructos com a qualidade dos serviços prestados, que contêm elementos essenciais que impactam no cuidado seguro (QUADRADO, 2019).

A educação permanente em saúde fomenta a possibilidade de estratégias para compartilhar conhecimentos e experiências do mundo do trabalho. O profissional da saúde que discute e aceita a possibilidade da ocorrência de incidentes assistenciais relacionado ao cuidado à saúde, está progredindo para uma cultura de segurança do paciente muito mais fortalecida (WEGNER, et al, 2016).

Desse modo, é de suma importância o investimento em uma cultura de segurança, através da propagação dos conceitos e princípios de segurança do paciente e de uma discussão não punitiva sobre os tipos de incidentes assistenciais (RODZIEWICZ, 2018).

### 3 O FENÔMENO DA SEGUNDA VÍTIMA NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Usualmente, os erros têm sido classificados como corriqueiros ao cotidiano hospitalar. Na teoria do erro humano, também conhecida como “Modelo do Queijo Suíço”, os erros podem ser demonstrados sob duas vertentes. A primeira está relacionada aos atos inseguros realizados pelas pessoas, enquanto a segunda diz que o sistema considera que os seres humanos falham e erros são esperados, mesmo nas melhores organizações, sendo esses considerados mais uma consequência do que uma causa. A ideia central considera que quando um erro acontece, a ênfase não deve estar em quem cometeu o erro, mas em como e porque as “barreiras” falharam (REASON,2000).

É evidente que existe um risco de erro humano por trás de cada ação do cuidado em saúde, mas cada pessoa deve ser responsabilizada apenas por atividades sob seu controle. Para a segurança do paciente, os profissionais de saúde devem contar com ferramentas e ambiente adequados para executar as tarefas necessárias. Culpar somente os profissionais de saúde é uma abordagem habitual que representa um ato mais acessível do que direcioná-la, também, às instituições de saúde (TEIXEIRA, et al, 2020).

Evidências sobre eventos adversos relacionados à assistência mostram que 50% a 70,2% desses danos podem ser prevenidos por meio de barreiras abrangentes adotadas com relação à segurança do paciente (OMS, 2018). Independente da situação econômica ou da cultura de risco de cada país, todos os estudos até então mostram que eventos adversos relacionados à assistência são uma realidade, e trazem importantes repercussões nos sistemas de saúde de todo o mundo (COUTO, et al, 2018).

Considerando que o uso de conceitos, definições e termos facilita o entendimento, e com base em evidências que apontavam para definições equivocadas sobre erro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS), que traduziu os conceitos chaves do ICPS para a língua portuguesa sendo eles: Erro - Falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano; 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; Near miss - 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 (BRASIL, 2014).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde os eventos ocorridos são classificados do seguinte modo: Nenhum - incidente que não acarretou nenhuma consequência para o paciente; Leve - os danos foram mínimos e/ou intermediários de curta duração, os sintomas apresentados pelos pacientes foram leves; Moderado - quando os pacientes necessitaram de intervenções como um procedimento suplementar ou um tratamento adicional, aumentou o tempo de internação, houve perda de função, danos de longos prazos ou até mesmo permanentes; Grave - são necessárias intervenções para salvar a vida. Intervenções cirúrgicas, grandes danos a curto, médio ou longo prazo; Morte – quando ocorre a morte causada pelo evento adverso (BRASIL, 2016).

Reason (2000) identificou duas abordagens ao erro: a abordagem individual e a sistêmica, onde cada uma corresponde a um modelo de possibilidade do erro e conseqüentemente a diferentes filosofias na gestão do mesmo. A abordagem individual responsabiliza os profissionais periféricos, os que prestam cuidados diretos ao paciente, e a avaliação de cada erro é realizada isoladamente, sendo que as pessoas são consideradas livres de escolher entre comportamentos seguros e inseguros e que os erros surgem de processos mentais disformes como o esquecimento, falta de motivação, descuido, negligência ou imprudência. Neste sentido as medidas tomadas incluem medidas disciplinares.

É importante ressaltar o conceito de violações, que são consideradas desvios voluntários de regras, processos, recomendações e procedimentos operacionais seguros. São ações escolhidas que, uma vez que não condizem com o que está descrito nas normas, geram riscos de incidentes. Embora sejam intencionais, não há pretensão de causar danos, apenas “encurtar” o caminho para a realização de uma atividade, o que termina por desviar a ação do curso esperado. Este conceito integra a teoria do erro humano proposta por James Reason, que objetiva compreender os mecanismos que explicariam o erro para que se possa aplicar medidas para sua prevenção, bem como correção e aprendizagem (REASON 2000). A distinção do conceito de erro e violação é utilizada na teoria para a compreensão dos processos que operam no caso de erros visando orientar a elaboração de medidas defensivas com foco na melhoria da segurança.

Sendo assim, a ocorrência desses eventos deve ser interpretada como falhas, ou não equivalências, decorrentes de rupturas dos complexos sistemas técnicos e organizacionais relacionados à atenção em saúde, e não como resultados isolados de ações profissionais. É preciso ponderar que a responsabilidade individual do trabalhador de saúde nas situações onde

houver dano ao paciente, quando o profissional se envolve em incidentes originados da falta de atenção, insuficiência ou ausência de conhecimento, ou habilidades requeridas ou falta de prudência. Entretanto, para que isso ocorra, é preciso que a instituição comprove que ofereceu recursos físicos, materiais e humanos adequados e acessíveis para a prestação de uma assistência segura (TRONCHIN;FREITAS; MELLEIRO 2016).

A abordagem sistêmica parte do princípio de que os seres humanos são falíveis, que os erros são esperados, que estes são considerados consequência e não a causa, e que parte de fatores sistêmicos e não necessariamente da maldade humana. Não podendo a última ser alterada, as condições de trabalho devem sofrer melhorias no sentido de prevenir o erro (Reason, 2000).

A ocorrência de erros e incidentes assistenciais decorrentes da ação humana direta, ou de falhas organizacionais, não podem ser evitados de maneira absoluta. Numa proporção global, o risco de morte ocasionada por erro nos hospitais é de 1 para 300 internamentos, e o risco de eventos adversos, de qualquer natureza, atinge 10 a cada 100 pacientes internados. A complexidade do sistema de saúde o torna mais suscetível a erros (SOUZA, MENDES 2014).

Utilizando dados de estudos epidemiológicos prévios e à partir de revisão de literatura, um estudo global realizado entre os 2007 e 2011, evidenciou a ocorrência de cerca de 421 milhões de hospitalizações no mundo a cada ano, com aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde, no período analisado pelo estudo. Estimase que dois terços desses eventos ocorram em países de média e baixa renda (MAIA,et al ,2017).

Embora os incidentes assistenciais sejam subnotificados no Brasil (MAIA, et al 2018), num estudo realizado em dois hospitais públicos no Rio de Janeiro, 622 prontuários de pacientes foram selecionados de maneira aleatória, identificando que o valor médio pago pelo atendimento aos pacientes que sofreram dano foi 200,5% maior ao valor pago pelos pacientes sem dano. Isso evidencia o dispêndio de recursos de maneira inadequada, recursos esses que poderiam ser aplicados para financiamento de outras necessidades de saúde da população. (REIS ,et al, 2016).

O acontecimento de um incidente assistencial causa um impacto significativo na vida dos pacientes e seus familiares, podendo resultar em aumento da morbimortalidade, riscos de infecção, aumento do tempo de internamento e dos custos para o serviço de saúde. Esses eventos podem estar relacionados às condições de trabalho e ao conhecimento técnico-científico dos profissionais (OLIVEIRA, 2018).

Do ponto de vista gerencial, é necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os incidentes assistenciais estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descaso ou incompetência profissional. Assim, mais do que buscar culpados, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas( LEMOS, et al, 2018).

Nessa perspectiva, uma assistência com menores possibilidades de erros pode ser alcançada por meio de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, da participação ativa dos profissionais de saúde e pacientes/família, contando com o apoio desses elementos para identificação e prevenção de ocorrências de falhas nos ambientes de prática, inserindo o gerenciamento de risco (DUARTE, et al, 2018).

O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais de saúde necessitam compreender os tipos de incidentes assistenciais, suas causas, consequências e fatores contribuintes. A notificação e o registro dos incidentes servem de subsídios para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir ao máximo essas circunstâncias do cotidiano do cuidado em saúde (SOUZA ,et al, 2018). O negligenciamento e a omissão do erro, por outro lado, estão totalmente relacionados ao estilo de liderança e às dificuldades de relacionamento e comunicação no ambiente de trabalho, interferindo consideravelmente no conhecimento das ocorrências, perdendo-se a chance de se compreender, trabalhar e aprender com o erro (DUARTE, et al, 2018).

Falhas assistenciais não intencionais certamente sempre farão parte do sistema de saúde, porém, concentrando-se esforços tanto na saúde dos prestadores quanto na saúde do paciente, é possível promover melhorias no atendimento aos pacientes em ambientes cada vez mais saudáveis, seguros e construtivos, além de favorecer a resiliência nos profissionais de saúde (ROBERTSON, 2018).

No campo da saúde, muitos são os planos e iniciativas para melhorar a segurança do paciente, mas ainda assim incidentes ocorrem corriqueiramente, e em alguns casos são decorrentes de erros clínicos com consequências significativas para os pacientes. Admitir a possibilidade de falhas humanas é socialmente inaceitável, considerando que na profissão de saúde, tida com valores de perfeição, errar é praticamente proibido. Ainda assim, dados de estudos concluem que, a cada ano, 15% dos profissionais de saúde na Espanha estão envolvidos em um incidente assistencial com consequências relativamente graves para os pacientes. Diante dessa situação, é necessária a reflexão de, em qual situação se encontram os profissionais de saúde envolvidos em um erro assistencial. Embora seja evidente que os incidentes com sérias

consequências têm seu pior lado no sofrimento dos pacientes e seus familiares (primeira vítima), eles não são os únicos afetados. Também são vítimas, embora em segundo plano, os profissionais que estão direta ou indiretamente envolvidos no incidente e que sofrem emocionalmente com o resultado (ROMERO et al 2018).

Os profissionais de saúde envolvidos direta ou indiretamente em incidentes assistenciais e que tem como consequência sofrimento emocional, embora menos visíveis, também são vítimas, considerados como segundas vítimas (DOMINGUEZ, 2016).

O at “segunda vítima” foi usado pela primeira vez em 2000, em um editorial do British Medical Journal sobre o impacto dos erros sobre os profissionais envolvidos, por Albert Wu, professor de política e gestão em saúde, para descrever o impacto dos eventos adversos nos profissionais de saúde. Alguns sintomas vividos por eles foram descritos na literatura e incluem manifestações de cunhos psicológico e cognitivo, como culpa, vergonha, ansiedade, tristeza, depressão, insatisfação, desgaste e estresse traumático secundário, além de reações físicas com impactos negativos em seu organismo (WU, 2000). Faz-se importante pontuar que, mencionar a terminologia de profissionais de saúde, diz respeito a todo profissional que presta assistência ao paciente (SCOTT, et al., 2010). Sendo assim, segunda vítima é qualquer profissional de saúde que experimente algum tipo de dano emocional ou efeitos psicológicos profundos devido a falhas reais ou percebidas durante a prestação dos cuidados de saúde (ISMP, 2018).

Um estudo realizado na Austrália, aponta que cerca de 76% dos profissionais envolvidos num incidente assistencial que causou dano, ou mesmo que quase causou dano ao paciente foram avaliados com algum tipo de sofrimento emocional devido ao ocorrido (HARRISON, LAWTON, STEWART, 2014). No que se refere à atenção primária na Espanha, cerca de 55% dos enfermeiros e 67% dos médicos foram avaliados como segundas vítimas em algum incidente assistencial. Outras investigações mencionam a vivência de profissionais de saúde experientes envolvidos diretamente em incidentes assistenciais, manifestando repercussões devastadoras geradas pela falta de apoio, culminando em sentimentos de ansiedade, depressão e incapacidade de realizar suas atividades (MIRA, et al, 2015).

A maioria das segundas vítimas se sente desamparada. Muitos dizem que nunca experimentaram uma emoção tão intensa. É comum também que esses profissionais apresentem sintomas físicos como dor de cabeça, fadiga excessiva, dores musculares, distúrbios alimentares, insônia, enjôos e náuseas. Os sintomas do trauma emocional podem durar dias, semanas, meses, ou até anos (SCOTT, 2015). Se não tratados, podem resultar em algumas consequências, incluindo depressão, desgaste físico, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida.

Há relatos de algumas estratégias de enfrentamento realizadas pelos profissionais de saúde na tentativa de buscar apoio emocional após seu envolvimento em um incidente assistencial, tais como: conversar com alguém ou com um pequeno grupo de colegas sobre o incidente, conversar com um familiar ou expor o incidente diretamente ao paciente. Outra forma adotada por 23% dos profissionais de saúde foi evitar pensamentos negativos, como forma de não envolver-se emocionalmente e não se sentir culpado. Outra maneira relatada por 60% das segundas vítimas envolvidas nessa pesquisa, foi minimizar a importância do erro. Cerca de 32% dos profissionais consideram o erro como fonte de aprendizado e aprimoramento e apontam para a necessidade de capacitação a partir da vivência do incidente (MIRA, et al, 2015).

É inquestionável o fato de que os profissionais de saúde atuam com o objetivo de prestar um cuidado seguro, contudo, ao se ver envolvido num incidente assistencial, as segundas vítimas, cientes das consequências do dano causado, manifestam seu sofrimento por meio de uma diversidade de sentimentos e comportamentos (QUADRADO, 2019). Isso gera impacto significativo em seu rendimento, tanto na esfera profissional quanto nas esferas físicas, psíquicas e de relacionamento interpessoal.

Ao avaliar a situação, as segundas vítimas se concentram em seu envolvimento em um incidente assistencial e ficam traumatizadas. Para restaurar sua integridade, eles tentam entender o evento, entretanto, suas reações são geralmente emocionais e focadas no problema. Este processo de desenvolvimento depende de diversos fatores (CORNEL, 2018). Um importante fator situacional a ser analisado é o senso de responsabilidade da segunda vítima pelo incidente específico ocorrido (GERVEN, et al, 2016).

A presença de equipe de apoio, escuta ativa, protocolos, diretrizes e cultura organizacional são fatores que podem influenciar positivamente nas respostas desses profissionais de saúde envolvidos em incidentes assistenciais (GERVEN, et al, 2016). Entretanto, o fenômeno da segunda vítima ainda é desconhecido por um grande número de profissionais e gestores de saúde, e as intervenções destinadas a conscientizar os profissionais sobre os problemas apresentados pelos incidentes assistenciais são praticamente inexistentes. Desse modo, são necessários programas de intervenção para reforçar a cultura de segurança nas organizações de saúde e para promover estruturas naturais de apoio entre os profissionais que seriam acionadas se necessário após um incidente.(MIRA, et al, 2017).

Ações proativas e reativas relativamente simples, apoiadas pelas organizações de saúde e sua liderança são necessárias para reduzir a gravidade do impacto psicológico de incidentes relacionados à segurança do paciente, e acelerar significativamente o processo de cura das segundas vítimas. Os profissionais de saúde devem ser familiarizados com a temática da

segunda vítima através de reuniões, e devem ter a oportunidade de discutir abertamente sobre os incidentes. Essas reuniões devem ocorrer rotineiramente, como oportunidade de aprendizagem, ao invés de acontecerem apenas como punição após incidentes (GERVEN, et al, 2016).

Torna-se essencial fornecer endosso e apoio específico e adequado para as segundas vítimas, que podem continuar a tratar pacientes enquanto experimentam o sofrimento emocional, o que por sua vez aumenta o risco de outro incidente ocorrer (LEE, et al, 2019).

Programas de apoio às segundas vítimas devem ser implementados, a fim de ofertar o apoio psicológico necessário às segundas vítimas. Esta experiência, para além de todo benefício no impacto emocional para o profissional afetado, promove também um impacto econômico significativo para as organizações em termos de dias de absentismo ao trabalho e perda de profissionais, na maioria dos casos competentes, que decidem abandonar a profissão. Contudo, são necessários protocolos de ação e ferramentas de apoio que contribuam para a prestação de cuidados de qualidade e mais seguros, e que sirvam de referência ao oferecer uma resposta global à ocorrência de incidentes para a segurança dos pacientes (CARRILLO, 2016).

Como a implementação e manutenção de intervenções de suporte para segundas vítimas são demoradas, é importante que sejam desenvolvidas tendo em mente as necessidades específicas da organização e sua cultura. Medir com eficácia os resultados relacionados às experiências da segunda vítima e a qualidade dos recursos de apoio organizacional pode identificar áreas de oportunidade e crescimento. No entanto, não existem ferramentas de pesquisa validadas para avaliar as experiências das segundas vítimas e a adequação dos recursos de apoio. (BURLISON, et al, 2017).

Uma pesquisa alemã recente em unidades de emergência evidenciou que fatores ambientais também concorrem para provocar o erro, a exemplo das frequentes interrupções no processo do cuidar. Os resultados deste estudo mostraram que os profissionais de saúde tiveram suas atividades de trabalho dispersadas para outras, cerca de 5,6 vezes por hora, e realizaram tarefas simultâneas em 30% do tempo de serviço diário. Essa combinação acarreta, na percepção dos profissionais, na diminuição da qualidade da assistência ao paciente (WEIGL et al, 2016).

Na Bélgica, Van Gerven et al analisaram a magnitude do impacto entre os profissionais, sua evolução ao longo do tempo e os fatores que contribuem para minimizá-lo, concluindo que as organizações de saúde podem se antecipar a esse impacto e planejar o enfrentamento do fenômeno da segunda vítima (MIRA 2017).



Duas décadas após a expressão “segunda vítima” ser utilizada pela primeira vez, um artigo publicado por um grupo de ativistas que defendem os direitos do paciente revoga a utilização do termo, diante da afirmação que a locução utilizada dessa forma, isenta a culpa do profissional e fere os direitos das verdadeiras e únicas vítimas, que são os pacientes e familiares. O artigo traz como ínfimo o sofrimento do profissional em detrimento da dor de conviver com possíveis sequelas ou ter perdido um familiar diante de uma falha na assistência à saúde (CLARKISON, et al 2019).

Para o próprio Wu, autor do termo, mudar a expressão pode trazer mais malefícios do que benefícios à segurança do paciente, uma vez que já houve tentativa de substituição do termo por ”trauma secundário” ou “cuidador ferido” por exemplo, e as sugestões, compreensivelmente, não foram aderidas, não havendo dessa forma um consenso sobre um termo mais adequado que “segunda vítima” para se referir aos profissionais de saúde (WU, et al, 2017). O termo está sendo amplamente utilizado nesse momento, e à medida que a importância do suporte emocional para os profissionais de saúde envolvidos nesse contexto ganha visibilidade, a terminologia em torno desse fenômeno poderá mudar e sofrer evoluções. Na ocasião, mais importante que o rótulo é o reconhecimento da problemática e a adoção de soluções implementadas pela liderança (WU, et al, 2020).

#### **4 GESTÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIAS DE APOIO ÀS SEGUNDAS VÍTIMAS**

No mundo pós-moderno, a aquisição da competência gerencial é possível e deve basear-se nos ensinamentos produzidos pela experiência individual a partir das vivências do serviço em que se atua. Todos os profissionais de saúde devem ser dotados dessa competência (TENÓRIO, et al, 2019). Observou-se, em um estudo que traçou o perfil dos gerentes nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir das publicações entre os anos de 2006 a 2015, a presença significativa de enfermeiros com especialização, em sua maioria mulheres, com mais de 30 anos, estando justificada pela sua competência de integrar cuidados em saúde, associando gerência e assistência (PEITER; CAMINHA; OLIVEIRA, 2017).

A gestão dos serviços em saúde, é uma importante ferramenta para organização dos processos, permitindo intervenções que possibilitam uma assistência mais assertiva, o que indica a relevância da compreensão sobre a gestão dos serviços de saúde para sua qualificação. Mais especificamente em enfermagem, embora se comprove que o desempenho dos enfermeiros gestores influencia a motivação e desempenho da equipe, os estudos apontam que a maioria dos gestores tende a se concentrar nos comportamentos de liderança, satisfação no trabalho e outros resultados organizacionais, revelando que envolvem majoritariamente comportamentos orientados para a realização das tarefas e gestão de relações, e menos para comportamentos orientados para mudanças (PEITER; CAMINHA; OLIVEIRA, 2017).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem assegura que é responsabilidade e dever do enfermeiro prestar assistência à pessoa, família e coletividade livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, e que a enfermagem deve garantir assistência com segurança e prestar informações adequadas à pessoa e à família sobre os direitos, riscos, intercorrências e benefícios acerca da assistência de enfermagem (COFEN, 2015). Os enfermeiros gestores desempenham um papel fundamental na qualidade da assistência e segurança do paciente, devido à sua responsabilidade pela promoção de uma cultura de segurança em suas instituições e equipes (CORREIA et al, 2017).

Do ponto de vista gerencial, é importante compreender que incidentes assistenciais acontecem principalmente devido às problemáticas no sistema organizacional, e não somente porque os profissionais cometem falhas. É fundamental identificar as fragilidades existentes no processo, adotando-se medidas preventivas, pois reconhecer a real dimensão dos problemas será uma oportunidade ímpar para o aprimoramento da segurança do paciente (REASON, 2009). Alguns sistemas de gestão de riscos têm mostrado que os enfermeiros possuem

dificuldades na gestão e no controle de riscos, em especial, pelos recursos limitados e a complexidade do trabalho em saúde.

Estratégias para melhoria da qualidade dos serviços de saúde requerem avaliações sistemáticas, com reconhecimento do plurarismo de valores que permeia a assistência à saúde. O relato de incidentes institucionais é uma etapa crucial para melhorar a segurança do paciente, pois os profissionais diretamente ligados à assistência identificam as barreiras como falta de treinamento, repercussões indesejáveis, falta de feedback, que levam à subutilização dos sistemas de notificação de incidentes. Desta forma, é importante que os gestores dos serviços de saúde disseminem uma cultura avaliativa e não punitiva nas organizações (CARVALHO, et al, 2017), uma vez que ainda se privilegia a abordagem individual na análise da situação, responsabilizando implicitamente o profissional de saúde envolvido. Demonstra-se, portanto, que é necessário desenvolver a cultura de segurança no seio das equipes assistenciais, no sentido de implementação e adesão à notificação, e a partir daí, desenvolver ações de prevenção de incidentes futuros. Nota-se que ainda existe a necessidade de muitas mudanças e investimentos nesta área, e um árduo e longo caminho a ser percorrido (CORREIA, et al, 2017).

Na perspectiva dos profissionais, existem fragilidades nos valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam a cultura de segurança em uma organização de saúde. Observou-se distanciamento da gestão hospitalar em relação aos profissionais, condições precárias de trabalho e cultura de culpabilização. Sugerem-se intervenções consistentes nestes aspectos, para proporcionar um ambiente seguro para profissionais e pacientes. Estes resultados podem ser úteis para os gestores da área, pois apontam direções e alternativas para a promoção da segurança do paciente, como comunicação entre suas equipes e introdução de novas ferramentas, diretrizes e protocolos (CORREIA, MARTINS, FORTES, 2017).

Cada instituição deve procurar agir buscando perceber o que o levou ao erro, no que ela, numa visão sistêmica, pode mudar ou colaborar para uma assistência mais segura aos pacientes, e não necessariamente punindo o profissional. Com base nesses pilares espera-se a promoção de uma cultura de segurança forte e proativa que inclui: compromisso da liderança na aprendizagem com os erros, documentação da segurança do paciente, incentivo ao trabalho em equipe e identificação contínua de potenciais riscos decorrentes do cuidado em saúde (CORREIA, et al, 2017).

Atualmente, quando existem programas de apoio instituídos nas organizações de saúde, os mecanismos são ativados apenas quando os profissionais de saúde já expressam os sintomas da segunda vítima, ficando evidente que alguns elementos na prática gerencial são insuficientes,

como por exemplo, compreender e antecipar os fatores que podem influenciar no acontecimento de incidentes assistenciais e seus impactos psicológicos nos profissionais. O apoio apropriado e no tempo correto pode diminuir consideravelmente a probabilidade dos profissionais de saúde se tornarem uma segunda vítima, bem como orientar o seu processo de recuperação (GERVEN, et al ,2016).

Nesse sentido, uma proposta de abordagem baseada no ambiente de cultura justa explicita os cinco direitos das segundas vítimas. Conhecido pela sigla em inglês TRUST (Treatment that is just, Respect, Understanding and compassion, Supportive Care, and Transparency and the opportunity to contribute to learning), que representa o tratamento justo como primeiro direito e compreende o entendimento de que o incidente é uma falha sistêmica. Como segundo direito, o autor sugere que praticar “the golden rule” é demonstrar respeito aos profissionais que transparecem na área de atuação alguma fragilidade intrínseca. A compreensão e a compaixão são apresentadas como terceiro direito e compõem a percepção da fragilidade dos sistemas e o entendimento das etapas de apreensão psicológica que os profissionais precisam vivenciar. Os cuidados de suporte compõem o quarto direito, onde os profissionais, tal como os pacientes, necessitam de cuidado especializado e estruturado para ajudá-los a lidar com o trauma do incidente. E, no quinto direito, a transparência e oportunidade de contribuir aparecem para alertar a importância de desenvolver uma cultura de revelação do incidente, embasada na ética perante profissionais de saúde e pacientes. Reconhecer que o erro é fato intrínseco da assistência, que dele surge o aprendizado, contribui para o aperfeiçoamento dos processos, e conseqüente auxíla na recuperação do trauma que resulta de um incidente (DENHAM, 2007).

Uma pesquisa de escopo realizada aponta que os programas e serviços mencionados nas pesquisas recentes destacaram aspectos relativos à origem, estrutura, organização, objetivo, composição da equipe, dentre outros. Assim, observou-se que o Peer Support (CPPS) foi precursor na idealização de programas de apoio para as segundas vítimas, seguido pelos forYOU, RISE e pelo serviço MITSS. Ambos estruturas similares no que se refere à solicitação de apoio institucional, iniciando as atividades de apoio, mediante o contato com a segunda vítima, com alguma pessoa envolvida no evento, colegas de trabalho ou pares (profissionais da mesma área de atuação). Para tanto, utilizam recursos como telefone, bip, intranet ou “call button”. O objetivo é dar início no apoio à segunda vítima o mais breve possível, a fim de atender suas necessidades no momento mais próximo ao acontecimento. Outra característica comum desse serviço, é que o apoio pode se dar por equipe multidisciplinar que atue na própria organização. A instituição fica responsável pela instrumentalização e

desenvolvimento de habilidades necessárias, para que o profissional promotor de apoio execute as atividades de forma individual ou em grupo, bem como possa agir em distintos cenários ou situações ocasionadas pelo incidente (EDRESS, 2016).

No programa forYOU, as segundas vítimas recebem apoio em três níveis, também chamado de “Scott Three-Tiered Integrated Model of Interventional Support” ou Triade de Scott. Neste modelo, o apoio emocional inicial é fornecido por um apoiador, independentemente da função exercida (diretor, gerente, supervisor ou colega de trabalho), no próprio local ou departamento onde ocorreu o incidente (QUADRADO 2019).

O programa RISE (resiliência em eventos estressantes), fornece informações aos profissionais sobre o fenômeno da segunda vítima em nove semanas de treinamento online em que são apresentados problemas gerais e situações problemáticas com base em experiências após o acontecimento de um incidente assistencial. Os níveis de atuação de apoio ocorrem por meio de dois apoiadores de pares (profissionais da mesma área de atuação, especialmente, com vivência semelhante, para facilitar a interação entre ambos), disponíveis por plantão, trabalhando em conjunto, na implementação de ações com a ideia de desenvolver a empatia e o sentimento de compaixão junto à segunda vítima. (QUADRADO, 2019).

O debriefing de estresse de incidente crítico (CISD) é considerado como uma estratégia eficaz para promover resiliência e recuperação para profissionais que estão expostos a eventos traumáticos e de alto estresse. Está inserido em uma rede de serviços de suporte a crises, como educação pré-evento, serviços de acompanhamento e encaminhamento para programas de atendimento profissional e educação pós-acidente. Utilizar o CISD no contexto de segundas vítimas oferece o benefício de um método estabelecido no qual muitos conselheiros são treinados. Eles são uma forma de primeiros socorros psicológicos, logo após o evento, que visa reduzir os sentimentos de angústia e restaurar a coesão e o desempenho do grupo (HARRISSON, WU, 2017).

Contudo, o papel dos gestores é crucial devido ao seu papel de barreira e de facilitador. Cabe aos gestores preparar a organização para que, se ocorrer um incidente grave, ela esteja habilitada para agir, e isso inclui além da análise dos incidentes ocorridos, a recuperação e o suporte para o paciente e também para a segunda vítima. Além disso, eles devem criar uma cultura não punitiva que permita analisar o incidente sem julgamentos sobre o papel da segunda vítima nele. Da mesma forma, os gestores devem facilitar o aprendizado organizacional de incidentes usando processos formais e informais, bem como abordagens reativas e proativas (SUJAN, 2015).

Assim sendo, a notificação de eventos adversos é uma preocupação dos enfermeiros gestores, embora ainda não haja adesão evidente à notificação de eventos junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O sistema de comunicação de incidentes é visto como fundamental para a aprendizagem com os incidentes assistenciais, e tem como principal objetivo o aumento da segurança do paciente sendo inerente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. O conhecimento dos enfermeiros gestores sobre a notificação de eventos é um conhecimento empírico de acordo com a filosofia voluntária, não punitiva e anônima, mas ainda não é efetivamente aplicado na prática dos serviços. (CORREIA, et al, 2017).

Sugere-se para os gestores, que os incidentes sejam buscados ativamente, a fim de melhorar a sua identificação e sugerir estratégias para qualificação dos profissionais. Sugere-se também identificar as falhas nos processos de trabalho e questões ocupacionais dos envolvidos, o que poderá contribuir significativamente na prevenção de novos incidentes e reduzir riscos para os pacientes e trabalhadores (HOEFEL, et al, 2017).

No guia divulgado pela Joint Commission International em 2018, algumas ações são descritas como primordiais para a criação de programas de suporte à segunda vítima, dentre elas: desenvolver campanhas educativas para introduzir o conceito de segunda vítima, reduzindo assim o estigma e os vieses e aumentando a conscientização e a utilização dos serviços, uma vez que os funcionários devem saber exatamente o que esperar se eles são envolvidos em um evento adverso e como acessar o suporte; desenvolver políticas e protocolos que incluam orientações e treinamento para socorristas diretos; garantir que o programa seja aplicado de forma justa para todos os funcionários, independente da categoria profissional (JCI, 2018).

## 5 A PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS: CONSIDERAÇÕES GERAIS

As pandemias tendem a provocar um pânico generalizado na população, principalmente quando o conhecimento sobre a doença ainda se encontra em construção. O primeiro relato de uma epidemia de gripe foi feito por Hipócrates, em 412 a.C., como uma doença respiratória que matou muitas pessoas em poucas semanas e depois desapareceu. Apesar de não ter características físicas marcantes, como as lesões da varíola e do sarampo, algumas epidemias de gripe foram identificadas na história da humanidade pela disseminação rápida entre a população, pelo grande número de doentes e pela frequência da tosse. Existem relatos de duas grandes epidemias, que acometeram a Rússia e a Ásia, em 1781 e 1830, respectivamente. O primeiro registro de uma pandemia de gripe ocorreu em 1889-1890, com cerca de 300 mil óbitos, principalmente entre idosos, em decorrência de complicações respiratórias (ANDRADE, et al, 2009).

Em 1918 e 1919, ocorreu uma das mais devastadoras pandemias da história da humanidade, que ficou conhecida como “Gripe Espanhola” e foi causada pelo vírus influenza A H1N1, sendo responsável por mais de 100 milhões de óbitos em todo o mundo. No século XX, ocorreram outras pandemias de gripe: a “Gripe Asiática” (1957-1958), causada pelo vírus H2N2, e a “Gripe de Hong Kong” (1968-1969), pelo vírus H3N2. Contudo, as últimas pandemias foram responsáveis por uma mortalidade menor, com 2 milhões óbitos registrados em 1957 e 1 milhão de óbitos em 1968. Essa menor mortalidade está possivelmente relacionada à menor virulência dos vírus e à maior disponibilidade de recursos científicos, incluindo vacinas, terapia intensiva e agentes antimicrobianos.( CUNHA, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, para que ocorra uma pandemia são necessários três pré-requisitos: 1) o aparecimento de um novo vírus para o qual a população humana tenha baixa ou nenhuma imunidade; 2) o vírus ter a capacidade de se replicar em humanos e causar doença grave; e 3) o vírus deve ser transmitido facilmente entre humanos (ANDRADE, et al, 2009).

A pandemia da COVID-19 pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), notificada pela primeira vez em Wuhan na China em dezembro de 2019 tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. Na metade do mês de abril, poucos meses depois do início da epidemia na China em fins de 2019, já haviam ocorrido mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo por COVID-19, e estão previstos ainda muitos casos e óbitos nos próximos meses (WERNECK; CARVALHO, 2020). A COVID-19 trouxe

implicações consideráveis nas vidas dos indivíduos em nível global, chamando a atenção pelo alcance que teve e pela velocidade com a qual se disseminou.

O escasso conhecimento sobre os modos de transmissão e o papel dos portadores assintomáticos na difusão do SARS-CoV-2, aliado à inexistência de alternativas terapêuticas específicas, têm desafiado pesquisadores, gestores da saúde e governantes na busca de medidas de saúde pública que reduzam o ritmo de expansão, de modo a evitar o esgotamento dos sistemas de saúde e permitir o tratamento oportuno de complicações graves, bem como evitar mortes (AQUINO, et al, 2020) .

A experiência da China mostrou que intervenções não farmacológicas, que incluem diversas formas de distanciamento social, desde o isolamento de casos e contatos, até o bloqueio total (lockdown), podem auxiliar a conter o vírus, contudo, a aplicabilidade dessas estratégias acontece de diferentes formas entre os países (WHO, 2019). Enquanto a maior parte da população põe em prática o distanciamento social, os trabalhadores da saúde, principalmente os enfermeiros, não podem recuar. Eles se arriscam no combate ao SARS-CoV-2, diante de situações adversas que interferem em sua qualidade de vida. Isso traz vários impactos para a vida pessoal e social da categoria (ACIOLI, et al, 2022)

O Brasil foi o primeiro país da América do Sul a apresentar casos confirmados de COVID 19 no mês de fevereiro de 2020, e diversas ações foram implementadas a fim de atenuar o avanço da doença. A consolidação dos dados sobre casos e óbitos por COVID-19, coletados e disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, vem sendo realizada desde o início da pandemia pelo Ministério da Saúde brasileiro, o que permite o conhecimento do progresso da doença no país e, conseqüentemente, o estabelecimento de políticas para desacelerar o aumento no número de casos (BRASIL, 2020).

O “SUS real”, com seus problemas crônicos, é o cenário em que se coloca o desafio do enfrentamento e o controle da pandemia do COVID-19 no Brasil, até porque o sistema privado cobre apenas aproximadamente 1/4 da população brasileira, basicamente com assistência médico-hospitalar, o que traz um problema adicional ao atendimento dos casos, uma vez que este sistema dispõe de mais de 2/3 dos leitos hospitalares no país (TEIXEIRA, et al, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações para serviços de saúde de atenção às doenças infecto contagiosas, com o objetivo de possibilitar o controle da infecção e a prevenção de contaminação. A recomendação dada é que aos trabalhadores que atuam nos serviços de atendimento aos pacientes com a covid-19 façam uso de luvas, avental impermeável, proteção respiratória eficaz como a máscara respirador N95 e proteção para os olhos com óculos de proteção ou protetor facial, contudo, à medida que a pandemia se espalha



globalmente, aumenta a utilização e a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) (WHO, 2020).

Desse modo, em um contexto de total desigualdade social, que intensifica os riscos de disseminação e contaminação das populações em condição de baixa renda e que vivem em condições precárias nas periferias das grandes cidades brasileiras, cujos efeitos sobre as taxas de morbidade e letalidade já estão sendo anunciadas por várias pesquisadores que apontam a tragédia anunciada da pandemia de COVID-19 no país, o SUS e, especialmente, os aproximadamente 3,5 milhões de profissionais e trabalhadores de saúde que continuam atuando em cerca de 5 mil hospitais e centenas de milhares de unidades básicas de saúde espalhadas nos 5.570 municípios, constituem a chamada “linha de frente” do enfrentamento da pandemia (TEIXEIRA, et al, 2020).

Somente em janeiro de 2021, chegou ao Brasil o primeiro lote de imunizantes contra a Covid-19, permeado por muitas críticas quanto à demora da aquisição da vacina, além de impasses sobre tomar ou não as doses recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde. Muitos foram os questionamentos sobre a eficácia do imunológico e os possíveis efeitos colaterais, porém, à medida em que foram aplicadas as primeiras doses das vacinas, e sem a evidência de adversidades significativas, grande parte da população passou a considerar essa a forma mais segura na prevenção da Síndrome Respiratória Aguda Grave, associada às barreiras físicas (uso de máscaras, higienização das mãos, distanciamento social), tão necessárias quanto à imunização coletiva (HOTT, 2022).

Considerando o plano global de imunização e os diversos erros apontados na mídia durante a aplicação dos imunizantes, foram ofertados - desde o início da vacinação contra a Covid-19 até o momento - inúmeras oficinas gratuitas de capacitação para profissionais de saúde, tanto na modalidade a distância, como presencial - especialmente voltadas àqueles que compõem a Atenção Primária à Saúde, em parceria com diversos órgãos, a exemplo da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (BRASIL, 2021).

Em fevereiro de 2022, a Fiocruz divulgou novos dados importantes sobre a situação de variantes do novo coronavírus no Brasil. De acordo com resultados da vigilância epidemiológica, em dezembro de 2021 a variante Ômicron representava 39,4% dos genomas sequenciados, enquanto em janeiro de 2022 esse resultado chegou a 95,9%, sendo encontrado em todas as regiões do país. Os primeiros genomas da Ômicron no Brasil são de amostras do fim de novembro e ao término de dezembro a variante já era a mais frequente nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul (FIOCRUZ 2022).

Observa-se que esses fatores acarretam conflitos e um processo de adoecimento complexo, materializados através de sintomatologias profundas e de sofrimento psíquico, trazendo reflexos negativos no processo saúde-doença, e na qualidade de vida dos profissionais (MONTEIRO, et al, 2021). O contexto de pandemia requer, sem sombra de dúvidas, maior atenção aos trabalhadores de saúde também no que se refere aos aspectos que concernem à sua saúde mental, uma vez que profissionais de saúde já são especialmente vulneráveis em seu local de trabalho, porém, dentro da pandemia da Covid-19 existe um novo conjunto de padrões possivelmente nunca experimentados por esse grupo, por isso tem sido recorrente o relato de aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família (FIOCRUZ, 2020).

Considerando o momento de intenso desafio, sob o ponto de uma emergência mundial de saúde, com o surgimento de novas variantes e a flexibilização das medidas protetivas, o profissional enfermeiro vivenciou o impacto emocional, que se iniciou com a disseminação do vírus e perdura até o momento atual. Várias premissas marcam o exercício profissional do enfermeiro, tendo que lidar com dor, perda, sofrimento e morte. Esse sofrimento psíquico repercute na vida do profissional, no âmbito psicossocial e no bem estar de um modo geral. Assim, o sofrimento do profissional enfermeiro relaciona-se às diferentes esferas, nos contextos trabalhista, social e familiar, necessitando da elaboração de estratégias que possam promover saúde mental e ofertar tratamento e reabilitação psicossocial aos profissionais de saúde (ACIOLI, et al, 2022).

A principal dificuldade dos profissionais de saúde que prestam atendimento na linha de frente está intimamente ligada ao fato de ser um vírus de alta transmissibilidade e letalidade, resultando no medo do desconhecido, que por sua vez proporciona diversos sentimentos aos indivíduos, no que tange o desconhecimento a respeito da doença e incertezas (DE PAULA, et al 2021). A constante exposição ao risco dos profissionais, o receio de ser foco de transmissão para os seus familiares, e a sobrecarga física, contribuem para potencializar o sofrimento captado através de sentimentos de medo, tensão e angústia (MONTEIRO, et al, 2021). Neste sentido, a busca pelo conhecimento, assim como a disseminação desses conhecimentos, por meio de treinamentos entre as diferentes categorias profissionais, pode trazer maior segurança aos trabalhadores, uma vez que estar à frente do combate a uma pandemia é algo bastante desafiador, uma vez que a doença modifica completamente a rotina do indivíduo e abre espaço para que o sentimento de vulnerabilidade faça parte de seu cotidiano. (DE PAULA, et al 2021).

Um trabalho realizado com médicos de Wuhan, na China, revela que estes profissionais enfrentaram enorme pressão, incluindo alto risco de infecção e proteção inadequada contra contaminação, excesso de trabalho, frustração, discriminação, isolamento, assistência a pacientes com emoções negativas, falta de contato com a família e exaustão. Esta situação causou problemas de saúde mental, como estresse, ansiedade, ocorrência de sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo, problemas que não apenas afetam a atenção, o entendimento e a capacidade de tomada de decisões dos médicos, mas também podem ter um efeito duradouro em seu bem-estar geral (TEIXEIRA, et al, 2020).

Problemas como cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais, ademais, não afetam da mesma maneira as diversas categorias, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos pacientes (TEIXEIRA, et al, 2020).

Um estudo realizado no Rio Gande do Norte em meados de 2020 destaca a alta prevalência de sintomas graves de ansiedade e depressão entre os profissionais de enfermagem que atuam nos serviços de média e alta complexidade durante a pandemia de COVID-19. Na tentativa de diminuir esses impactos, a Comissão Nacional de enfermagem em Saúde Mental, tem promovido oferta de atendimentos virtuais, que são direcionados aos profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente de combate ao COVID-19 e ocorrem por meio de uma plataforma disponível de forma intermitente (SANTOS, et al, 2021).

Ao considerar a pandemia, é preciso buscar caminhos que levem a reflexões e ações, relacionadas às questões emocionais em catástrofes, especialmente no âmbito social, sendo crucial a elaboração de projetos de prevenção ou minimização dos efeitos causados pela pandemia, seja no que tange a reconstrução e recuperação do estado emocional dos profissionais de saúde, pela constante condição de vulnerabilidade, ou em detrimento da atuação com pessoas acometidas por doença de alta letalidade e mortalidade. Estas considerações devem se voltar à recuperação de uma convivência mais saudável e segura entre a instituição e seus colaboradores (DE PAULA, et al, 2021).

A pandemia do novo coronavírus expôs o profissional enfermeiro a uma vulnerabilidade profissional e humana, quando o coloca em uma posição crucial de luta contra a doença, além dos enfrentamentos do medo e a incerteza de adoecer ou contaminar familiares e amigos, e de ter que lidar com a perda de pacientes e familiares. É incontestável o impacto da pandemia na vida do profissional enfermeiro, que precisou se adaptar à realidade vivenciada, tanto no âmbito físico, quanto psicológico, considerando o desgaste e as longas e insalubres jornadas de trabalho

que eles tiveram que enfrentar. O cenário descrito aponta para a necessidade de um acolhimento mais efetivo desses profissionais por parte dos órgãos competentes, tendo em vista que a base profissional é o cuidado. Então, para que ela consiga oferecer uma assistência de qualidade, é necessário que a profissão seja reconhecida por sua importância, e as condições de trabalho sejam condizentes sua função (ACIOLI, et al 2022).

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Essa pesquisa está vinculada a um projeto matriz desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, intitulado “Gestão do conhecimento estratégico e a promoção da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde”.

A pesquisa de campo constitui-se uma ferramenta que oportuniza não só uma aproximação com o que se deseja estudar, mas também a criação de um conhecimento partindo da realidade do campo de pesquisa. Nesse contexto manifestam-se as interações sociais e intersubjetividades entre pesquisador e grupos estudados, proporcionando o surgimento de novos conhecimentos (MINAYO, 2019).

Perante a existência de estudos quantitativos na área da segurança do paciente e dada a natureza do objeto em estudo, que se apresenta de forma complexa e dinâmica, desenvolveu-se um estudo qualitativo, centrado nas formulações de James Reason (REASON 2000) acerca das abordagens do erro com o intuito de conhecer, a partir dos olhares dos enfermeiros gestores, a segurança em ambiente hospitalar. Utiliza-se tal tipo de pesquisa para estudar fenômenos que nunca foram investigados ou foram pouco estudados (TRIVINOS, 2009). Desse modo, ao analisar as estratégias de suporte do gestor à segunda vítima, o estudo exploratório proporcionará maior familiaridade com o objeto de estudo, com vistas a torná-lo explícito.

Considerando que o conhecimento pode ser adquirido através de sensação, percepção, imaginação, memória, linguagem, raciocínio e intuição fundamenta-se a utilização desse procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos, pois permite uma compreensão dos significados e sentidos que as pessoas atribuem às suas experiências (PEREIRA, et al, 2018).

O estudo possibilitou aproximação e aprendizado sobre o objeto proposto, bem como a elucidação de habilidades para o reconhecimento e condução das situações onde existem profissionais na condição de segundas vítimas, uma vez que os estudos exploratórios proporcionam uma familiaridade do pesquisador com o problema.

## 6.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em dois hospitais públicos de médio e grande porte da cidade de Salvador – Bahia, que foram referenciados na rede de atenção à saúde pública, para o atendimento à pacientes com Covid-19.

O hospital A é uma unidade hospitalar especializada, de média e alta complexidade, gerida por uma parceria público privada, possuindo certificado de acreditação, e dispondo de uma média de 373 leitos clínicos e de terapia intensiva, com acesso totalmente regulado pela Central Estadual de Regulação, que necessitou da construção de fluxos exclusivos para atendimento ao COVID, embora mantivesse atendimento para pacientes covid negativo. A unidade referida dispõe de especialidades nas áreas de clínica médica com especialistas de clínica geral, nefrologia e neurologia, clínica cirúrgica, com especialistas de cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, urologia, pediatria cirúrgica e anestesiologia, além de cirurgia bucomaxilofacial e pediatria clínica, considerado grande centro de formação de profissionais de saúde em praticamente todas as áreas, desde a graduação à residência médica e multiprofissional.

A outra unidade onde foi realizada a pesquisa é o hospital B. Uma instituição pública de médio porte, com 40 anos de funcionamento. Conta com uma média de 173 leitos, distribuídos entre urgência, emergência, ortopedia e unidades de tratamento intensivo. Realiza mais de 2000 atendimentos por mês, e atende nas especialidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Ortopédica, Cirurgia Vascular e Craniofacial. Também oferece serviços de ultrassonografia, ecocardiograma e doppler.

Ambos os hospitais estudados possuem um quantitativo significativo de profissionais enfermeiros, contabilizando uma média de 220 profissionais dessa categoria. A escolha do contexto assistencial hospitalar se deu por evidências de que o profissional de saúde que atua em ambiente hospitalar pode desenvolver desgaste físico, emocional e estresse, porque o ambiente de atuação exige resultados imediatos e eficazes do processo de cuidar. Além disso, o risco iminente de morte aparece de forma contínua, em virtude da complexidade dos cuidados necessários neste ambiente, associados a fatores pessoais e emocionais, podendo-se facilmente desencadear processos de estresse e depressão. Dessa forma, os fatores estressores precisam ser identificados primordialmente, a fim de evitar e/ou minimizar o adoecimento dos profissionais (SILVA, LAGE, MACEDO 2018).

### 6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram 8 gestoras e líderes de enfermagem que atuaram no contexto da pandemia pelo coronavírus por pelo menos seis meses, englobando três enfermeiras coordenadoras (EC), uma enfermeira da qualidade (EQ), uma enfermeira da educação permanente (EE), duas enfermeiras de referência (ER), e uma gerente de enfermagem (EG), entendendo que o pré-requisito para todos os cargos descritos é que as profissionais conheçam os fluxos, encaminhamentos e protocolos propostos pela instituição.

A pesquisa inicialmente contava com a participação de doze gestoras de um dos referidos hospitais, onde duas não atuam diretamente com a enfermagem, que é o público alvo da pesquisa, duas não aceitaram o convite para participação, e uma teve sua entrevista remarcada por diversas vezes, sem êxito no acontecimento da entrevista. Na outra instituição, o público era de sete gestoras, onde uma aceitou o convite de participação, três não retornaram contato, e três se recusaram a participar da pesquisa.

Afim de preservar a identificação das participantes, os excertos dos relatos serão codificados pela letra “E”, de entrevistado, a inicial do cargo (exemplo: gerente de enfermagem EG, enfermeira de referência ER) associada aos números 1, 2, 3 e assim sucessivamente, conforme ordem de entrevista, caso os cargos se repitam (exemplo: ER01, ER02, EG01, EG02...).

Os critérios de inclusão foram: ser gestor de enfermagem, ter atuado na prática profissional desde o início da pandemia pelo coronavírus, ou pelo menos há seis meses, atuar em hospital referência ao atendimento de pacientes infectados pelo coronavírus. Os critérios se dão pela necessidade de experiência em atuação na gestão em momentos críticos como a pandemia pelo coronavírus. Os critérios de exclusão foram: ter sido afastado da gestão no período da pandemia.

### 6.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados representa a etapa da investigação na qual serão aplicadas as técnicas e os instrumentos previamente elaborados para a realização da pesquisa de campo. É um momento importante, exigindo do pesquisador conhecimento, preparo, habilidade, perseverança e registro rigoroso das informações coletadas (MARCONI. LAKATOS , 2017).

#### **6.4.1 Instrumento e técnica de coleta**

O instrumento utilizado para a coleta das informações é composto por um roteiro de entrevista com caracterização das participantes, e a questão norteadora do estudo (APÊNDICE A).

A técnica de coleta utilizada foi a entrevista semi estruturada. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi estruturado, o que favoreceu a espontaneidade nas respostas, além de proporcionar uma flexibilidade que permite que novos questionamentos sejam incluídos no decorrer do diálogo com o entrevistado. Através da entrevista o pesquisador busca, de forma bem definida, obter informações contidas nas falas dos entrevistados. É um meio de coleta de dados, podendo obter dados objetivos e subjetivos. Esses relatos fornecem um material extremamente rico, onde pode-se encontrar o reflexo da dimensão coletiva através da visão individual, uma vez que as informações oriundas de entrevistas são reflexões dos depoentes sobre a realidade que vivenciou, ideias, crenças, formas de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, condutas profissionais e pessoais, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamento (MINAYO, 2019).

A questão disparadora da discussão dessa pesquisa foi: Quando ocorre um erro assistencial quais procedimentos/encaminhamentos são realizados em relação ao profissional que cometeu tal erro?

As perguntas norteadoras devem ser realizadas verbalmente, mantendo uma sequência pré-estabelecida pelo pesquisador, podendo, no seu desenvolvimento, serem acrescentadas novas questões, já pensadas ou que possam surgir no momento para melhor esclarecimento da questão levantada, com a finalidade de esclarecer os participantes sobre os aspectos necessários, assegurando, com isso, o alcance dos objetivos propostos (TRIVINOS, 2017).

#### **6.4.2 Procedimento da coleta**

Antes do início da coleta de dados, o estudo foi submetido a 4 etapas: submissão do projeto na Plataforma Brasil (ANEXO A), envio de solicitação de anuências das organizações hospitalares, aprovação da submissão junto a Comissão em Ética e Pesquisa da instituição e aceite dos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema Comissão de ética e pesquisa (CEP)/ comissão



nacional de ética em pesquisa (CONEP). Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios, desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP, quando necessário, possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas. Após a aprovação do projeto na Plataforma Brasil, aconteceu o envio por email de solicitação de anuências das organizações hospitalares. Com a resposta positiva da entidade, houve a aproximação com os participantes da pesquisa.

Importante salientar que, no momento de submissão ao comitê de ética nacional e institucional, vivenciávamos o ápice da segunda onda da covid-19, cocomitantemente com o início da vacinação global. A coleta de dados foi realizada posteriormente, num momento de maior estabilidade do número de casos positivos para covid-19, onde um dos hospitais citados ainda recebia casos de pacientes covid positivo, mas já não se encontrava na rede referenciada para atendimento à pacientes com esse perfil, embora os fluxos e protocolos se mantivessem atualizados, devido à demanda espontânea que ainda surgia, e o outro hospital estudado já não fazia parte da rede referenciada, mas mantinha leitos de retaguarda.

Para identificação dos profissionais a ser entrevistados, me direcionei primeiramente à gerencia de enfermagem. Com a identificação dos profissionais responsáveis, realizei uma breve apresentação do projeto de forma dialogada, realizando a entrega da carta convite (APÊNDICE C), para participação e leitura do TCLE. Após aceite na participação, as entrevistas foram marcadas e a coleta das informações ocorreu entre os dias 10 de janeiro e 23 de março do ano de 2022, e a última entrevista aconteceu dia 03 de junho de 2022. Vale salientar que, as entrevistas 1 e 2 foram realizadas entre os dias 10 e 17 de janeiro de 2022, e as demais entrevistas precisaram ser remarçadas mais de uma vez, tendo em vista o acometimento de grande número de profissionais de saúde, incluindo as profissionais entrevistadas, com a infecção pelo novo coronavírus, devido à variante ômicron, que em janeiro de 2022 representava 95,9% dos casos positivos no nordeste (FIOCRUZ 2022), o que trouxe grande impacto na cobertura de escalas e dinâmica da gestão. O seguimento da pesquisa precisou ser interrompido, em respeito ao afastamento laboral de mais de uma gestora ao mesmo tempo, e ao estado de saúde das entrevistadas, sendo retomadas dia 22 de fevereiro de 2022, e finalizadas dia 01 de abril de 2022.

Apenas uma das oito entrevistadas solicitou entrevista remota. Os encontros remotos foram realizados através da plataforma virtual gratuita google meet, uma vez que, em função da medida sanitária de distanciamento social, as entrevistas presenciais ficaram comprometidas, fazendo-se necessária a ampliação das estratégias de coleta de dados para contemplar

adaptações e novos recursos que viabilizem a continuidade das produções científicas apesar da pandemia. e não houve a necessidade de reformulação do instrumento.

É importante ressaltar que as entrevistas on-line, baseadas no modelo das conversas cotidianas informais, sejam encaradas como uma alternativa séria e viável para a coleta de dados, e que, no atual cenário de isolamento social em função da COVID-19, a realização de coleta de dados online é uma das poucas possibilidades para a continuidade de pesquisas que utilizam entrevistas, e devem ser realizadas considerando as orientações dadas pelo ofício circular nº 2/2021, da secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). (BRASIL, 2021). Vale salientar também, que os participantes foram orientados a adotar algumas medidas para garantir confidencialidade e privacidade, bem como minimizar ruídos no local onde estiver. Foi sugerida a utilização de fones de ouvido, silenciar telefone e evitar uso paralelo de aplicativos durante a entrevista (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI,2020).

As demais entrevistas foram realizadas de forma presencial, e o local para as entrevistas foi escolhido por cada participante, assegurando o critério de privacidade e o horário de disponibilidade para a sua realização, evitando a possibilidade de interrupção por terceiros. Todas as entrevistas aconteceram no próprio ambiente de trabalho, em local reservado, mediante a sua prévia autorização por escrito na assinatura do TCLE. No decorrer da entrevista, utilizei uma abordagem que visava o respeito à individualidade e à autonomia dos participantes, bem como foi fornecido o acesso a informações acerca de sua participação, da avaliação de benefícios, da relevância da pesquisa para a ciência e da possibilidade de interrupção da pesquisa a qualquer momento.

No momento inicial, foi lido o roteiro da entrevista, explorando seus objetivos e sua natureza, sendo garantido aos participantes a confidencialidade da pesquisa, tanto quanto aos seus nomes, quanto ao seu local de trabalho. Dados os esclarecimentos, solicitei anuência dos entrevistados para iniciar a gravação por meio de um gravador digital, explicando sobre o objetivo de realizar desse modo o registro de todas as informações da narrativa e de toda a subjetividade possível. Apenas duas gravações sofreram interrupções por ruídos, mas não houve prejuízo na sua qualidade nem necessidade de pausar e reiniciar a gravação em outro momento. Todas as entrevistadas se apresentavam tranquilas e visualmente à vontade com o momento da gravação. Ao término da entrevista, solicitei aos participantes que ouvissem as gravações para que verificassem e concordassem com o que fora manifesto.

Posteriormente à realização da entrevista, todo o material foi transcrito na íntegra e devolvido para as participantes para validação. A validação dos instrumentos de uma pesquisa

qualitativa se dá em função da mesma atender o que o pesquisador se propõe a desvendar, e ter como cautela a coerência dos processos metodológicos e a consistência dos resultados, e permite analisar a existência de uma lógica entre os instrumentos propostos e os objetivos da pesquisa (OLLAIK; ZILLER, 2012).

A duração média das entrevistas foi de aproximadamente 25 minutos, havendo necessidade, em algumas, de minha intervenção para a continuidade da narrativa. Apenas em uma das entrevistas houve um ruído de ambiente, mas que não interferiu na qualidade do áudio e não impossibilitou o entendimento durante a transcrição, que foi feita na íntegra.

## 6.5 ANÁLISE DE DADOS

Em seguida foi realizada a análise dos dados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, constituída das fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação (BARDIN, 2016).

Na primeira fase, a de pré-análise, foi feita uma leitura breve do conteúdo das entrevistas transcritas, à fim de averiguar se todas apresentavam relação com o objetivo da pesquisa. Na sequência, destacou-se das entrevistas, baseando-se nos objetivos do estudo, as prováveis unidades de contexto identificando quais os temas que foram abordados, no sentido de constituir uma matriz que represente a organização do material coletado.

Na segunda fase ou fase de codificação/exploração do material, as entrevistas foram sistematicamente trabalhadas com a identificação das unidades de contexto, o que permitiu uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. O incentivo à notificação de eventos e o investimento em treinamento e reorientação das equipes foram as unidades de contexto mais significativas, aparecendo em todas as entrevistas.

Posteriormente, fez-se a codificação e a definição das categorias e subcategorias, organizando, assim, as unidades de contexto definidas. Para classificar os elementos em categorias, é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Esse tipo de classificação, chamada de análise categorial, propicia a redução da complexidade de um conjunto de textos, podendo ser aplicada no exame de documentos escritos ou discursos, em transcrições de entrevistas e em questionários (BARDIN, 2011). Nesta fase foram realizadas releituras exaustivas de todo o conteúdo da matriz da pesquisa, buscando suas similaridades, representatividades e significados.

Com esse propósito, foram obedecidos os padrões de base que dão precisão à análise de conteúdo: a exaustividade, ou seja, o alcance da saturação por meio da utilização de todo o

conteúdo das entrevistas até não haver mais nenhum tipo de informação nova; a representatividade do conteúdo, que foi respeitado para expressar o universo escolhido; a homogeneidade, buscando dentro da especificidade do conteúdo das entrevistas as similaridades que existiram e a coerência do seu conteúdo ao objeto e objetivos propostos, como orientação para atender a imprevisibilidade do que foi encontrado.

Por fim, na terceira fase, foi feito o tratamento dos resultados com inferência e interpretação dos mesmos que, segundo Bardin (2011), refere-se ao procedimento analítico propriamente dito, ou seja, à atribuição de sentidos e à análise qualitativa das categorias. A interpretação e análise dos dados foi realizada a partir da literatura pertinente, incluindo o referencial THRUST (Treatment that is just, Respect, Understanding and compassion, Supportive Care, and Transparency and the opportunity to contribute to learning), que consiste numa proposta de abordagem baseada no ambiente de cultura justa, que versa sobre os cinco direitos das segundas vítimas, a saber: o tratamento justo, demonstrar respeito, compreensão e a compaixão, cuidados de suporte, transparência e oportunidade de contribuir, considerando ainda que reconhecer que o erro é fato intrínseco da assistência, que dele surge o aprendizado, contribui para o aperfeiçoamento dos processos, e conseqüente auxília na recuperação do trauma que resulta de um incidente. ( DENHAM, 2007).

A Análise de Conteúdo está entre a exatidão numérica e a subjetividade da comunicação. É utilizada comumente na análise de uma pesquisa com abordagem qualitativa e quantitativa, quando se pretende analisar não só a importância das subcategorias com respectivas categorias no campo das investigações sociais. Para tanto, relaciona a estrutura semântica e a estrutura sociológica, com os aspectos sociais e psicológicos envolvidos, e o contexto onde a interação ocorreu, permitindo com que sejam realizadas inferências sobre informações encontradas, permitindo que se ultrapassasse o caráter meramente descritivo e alcance o caráter analítico (MINAYO 2019).

Nesta pesquisa, a análise de conteúdo possibilitou o apoderamento dos sentidos, significados e importância de se analisar as estratégias adotadas pelos gestores para o suporte às segundas vítimas. A análise e interpretação dos resultados permitiu o delineamento de três categorias e duas subcategorias. A síntese das categorias e subcategorias está ilustrada na figura a seguir:

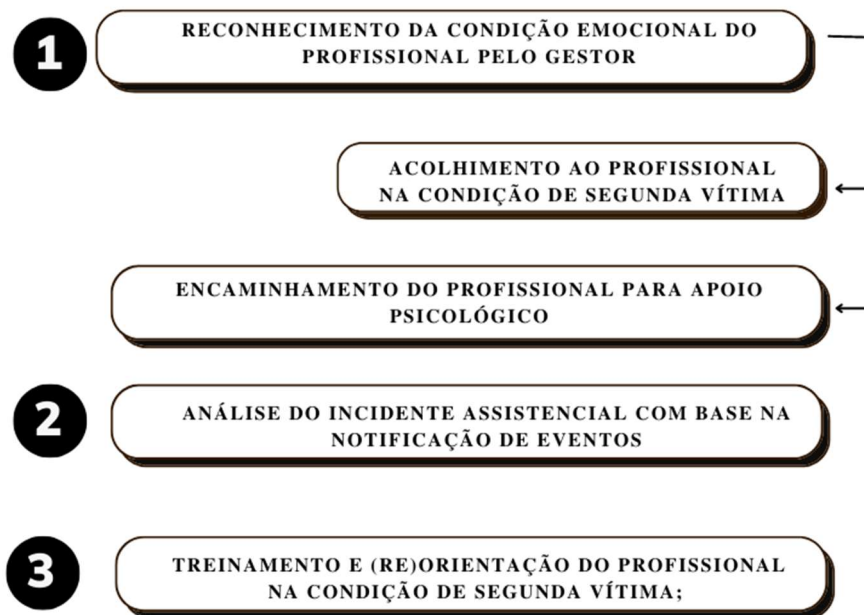


Figura 1 - Síntese das categorias e subcategorias relacionadas às estratégias de suporte ao profissional na condição de segunda vítima. Salvador, BA, Brasil – 2022.

## 6.6 ASPECTOS ÉTICOS

No respeito pelos princípios éticos e legais, foi feito o pedido de autorização para realização da investigação aos diretores dos hospitais onde foi realizado o estudo, bem como à Comissão de Ética. Todos os procedimentos foram desenvolvidos com cada participante respeitando a confidencialidade dos dados coletados. O desenvolvimento deu-se com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo o estudo apreciado e aprovado sob o protocolo de número 52547421.4.0000.5028 (ANEXO D).

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, quer seja individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dela, incluindo o manejo de informações ou materiais, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013), fundamentada nos princípios básicos da bioética: não maleficência (não causando dano intencional e desnecessário ao entrevistado, incluindo não causar dor ou sofrimento, incapacitação e ou ofensa); autonomia (garantindo

respeitar a decisão de não continuidade na pesquisa, a qualquer momento, uma vez que cada indivíduo é capaz de deliberar e tomar decisões, de acordo com o seu plano de vida e ação), e justiça (correspondendo ao equilíbrio e a imparcialidade na distribuição das informações coletadas, com compromisso ético e de cunho estritamente científico ).Em linhas gerais, os aspectos éticos e cuidados referentes às entrevistas online são os mesmos das entrevistas face a face (BRASIL, 2020).

O estudo foi realizado ainda com base na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis que possam acarretar em riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Não houve ônus financeiros para os participantes e para a organização estudada. Todas as despesas com a pesquisa foram por conta da pesquisadora.

Foram apresentadas aos participantes informações e esclarecimentos junto com o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Este documento informa e esclarece aos participantes sobre a pesquisa a fim de que eles decidam, de forma livre de pressão ou coação sobre a participação.

O risco de constrangimento para responder as questões do instrumento foi minimizado com o exercício do direito de recusa sem prejuízo para suas atividades. Foi garantido aos participantes o acesso a uma via do termo assinado por eles e pela pesquisadora e sua orientadora.

Os dados coletados foram utilizados para construção desta Dissertação, para produção de, pelo menos, 02 artigos científicos a serem publicados em periódicos de Enfermagem e Saúde. Estes dados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora pelo prazo de 05 anos no banco de dados do Grupo de Pesquisas sobre Administração e Serviços de Enfermagem (GEPASE).

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados e discutidos neste capítulo e incluem, inicialmente, a caracterização das gestoras entrevistadas. As participantes do estudo foram predominantemente do sexo feminino, a faixa etária encontrada foi de 35 a 55 anos.

O tempo de formação variou entre 12 a 30 anos. Os cargos ocupados variaram de gerencial e apoio, englobando enfermeiras coordenadoras (EC), gerência de enfermagem (EG), enfermeiras da qualidade (EQ), enfermeiras da educação permanente (EE) e enfermeiras de referência/líderes (ER). Todas tinham especialização na área assistencial, e somente uma referia formação específica para atuação como gestora, sob a forma de especialização. O tempo de exercício profissional no setor atual era de 6 meses a 9 anos. Apenas uma enfermeira tinha duplo vínculo empregatício.

Todas as entrevistadas referem reestruturação dos serviços/unidades para atendimento do surto epidêmico, além de redimensionamento de pessoal, bem como, implantação de novos protocolos assistenciais e implementação de mudanças de estrutura física para atender a especificidade do paciente covid positivo.

### 7.1 CATEGORIAS EMPÍRICAS

Apresentamos e analisamos nesse item, as estratégias adotadas pelas gestoras de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus, englobadas em três categorias e duas subcategorias: categoria I. Reconhecimento da condição emocional do profissional pelas gestoras, e duas subcategorias: Acolhimento do profissional na condição de segunda vítima e Encaminhamento do profissional na condição de segunda vítima para apoio psicológico. Categoria II: Análise do incidente assistencial por meio da notificação de eventos; Categoria III: Treinamento e (re)orientação do profissional na condição de segunda vítima.

#### 7.1.1 Reconhecimento da condição emocional do profissional pelas gestoras

Apresentamos nesse item como primeira categoria o reconhecimento da condição emocional do profissional como estratégia adotada pelas gestoras de enfermagem para suporte às segundas vítimas no contexto assistencial hospitalar da pandemia pelo coronavírus

Identificar e conduzir a questão do incidente assistencial na perspectiva do profissional é algo complexo, frente aos diversos componentes enredados, sobretudo, os que envolvem a cultura de segurança, a maturidade dos profissionais e da organização, e o próprio fator emocional para lidar com o dano. Se faz necessário ressaltar que o reconhecimento realizado pelo gestor desse profissional na condição de segunda vítima, é um passo significativo para a construção de fluxos e estratégias de suporte a serem desenvolvidas e aprimoradas nas instituições hospitalares. Nos recortes das falas das gestoras EG, EC02 e EC03, exemplificamos a estratégia de reconhecimento da condição emocional da segunda vítima:

*“A gente também (isso é a nossa percepção), nota como ele reage quando nós trazemos para ele a falha né? Às vezes a reação é de muito choro, é de muita indignação. Então a gente percebe que aquela pessoa está emocionalmente abalada com aquela falha.”(EG)*

*“Normalmente, a gente faz o seguinte, às vezes acontece um evento (...) a gente vê que a pessoa está muito abalada(...)então a gente nota que a pessoa se sente culpada, e isso tudo mexe muito com a cabeça de cada um, não é?”(EC02).*

*“Recentemente eu precisei acionar (o protocolo) por conta de algumas situações de profissionais aonde eu identifiquei sofrimento mental (...), uma profissional se emocionou, ficou chorando, mas foi possível acolher e resolver(...) A gente tem identificado aqui alguns profissionais com depressão, que a gente tem recebido atestado com Cid de uma depressão ativa, latente” (EC03).*

Podemos perceber que profissionais de saúde envolvidos em incidentes assistenciais sofrem reações emocionais causadas pelos sentimentos de tristeza, insegurança, culpa e vergonha, que podem resultar em ansiedade, dificuldade para dormir, ou redução da satisfação e disposição laboral.

Quando um profissional de saúde se torna uma segunda vítima, ele experimenta muitas consequências emocionais devido ao evento, e estas devem ser detectadas, valorizadas e tratadas o mais cedo possível. (PEREZ, FUENTES, GARCIA 2018).

Mesmo partindo do pressuposto da não culpabilização do indivíduo, sintomas como culpa, ansiedade, exaustão, falta de concentração e medo de uma ação judicial e de reviver o evento repetidamente, são os mais frequentemente encontrados quando se trata de segunda vítima, sendo fundamental ressaltar a importância da oferta do apoio psicológico aos profissionais envolvidos (PEREZ, FUENTES, GARCIA 2018). Uma experiência de segunda vítima, se não conduzida adequadamente, pode trazer danos físicos e emocionais irreparáveis aos profissionais de saúde.



Se esses sintomas não forem tratados, podem resultar em algumas consequências, como depressão, desgaste físico e mental, transtorno de estresse pós-traumático e até mesmo ideação suicida, de acordo com pesquisa realizada pela American Society of Healthcare Risk Management, em 2015.

Além das consequências psicológicas, as emoções podem também desencadear alterações físicas. Elas influenciam nas respostas imunológicas e têm grandes repercussões sobre o sistema nervoso autônomo. As emoções como ira, tristeza, raiva, ansiedade e depressão estão associados com doenças coronarianas, gastrintestinais, infecciosas e imunológicas, sendo consideradas ameaça à saúde, pois podem ser deletérias para o organismo (SANTOS et al, 2007). Esses sentimentos interferem também na qualidade da assistência prestada ao paciente, e perdura na lembrança dos profissionais, associada ao medo de errar novamente, tornando o ambiente do cuidado, mais inseguro.

Para a psicanálise, algumas emoções como a tristeza, afetam o conjunto total de funções do organismo. Tal fenômeno, em suas diferentes variações e intensidades pode conduzir a alguns pressupostos para o desencadeamento de determinados transtornos comportamentais (BRITTO; ELIAS 2009).

Algumas vezes a atividade laboral passa a mobilizar sentimentos negativos no trabalhador que podem levá-lo ao sofrimento. Os dados sobre a ocorrência de incidentes assistenciais relacionados aos cuidados em saúde não sugerem que os profissionais causam danos de forma intencional aos pacientes, e atualmente, sabe-se que ocorrência desses incidentes tem como principais fatores contribuintes as falhas e fragilidades no sistema e processos de assistência à saúde que precisam ser melhorados (ALVES, CARVALHO, DE ALBUQUERQUE, 2019). Não obstante, não há discussões amplas sobre a temática, e os profissionais na condição de segunda vítima ainda não sabem lidar com os efeitos emocionais de um incidente assistencial.

O trabalho desenvolvido pela equipe de saúde é gerador de sentimentos dúbios, tendo em vista que por vezes colabora para experiências positivas, e em outros momentos, para experiências de sofrimento. Enquanto há a possibilidade de servir, confortar e ajudar, os sentimentos para os profissionais são positivos, porém, ao se deparar com o sofrimento alheio, a morte, a dor ou situações difíceis de ser superadas, o profissional vivencia sentimentos psiquicamente negativos. Quando um profissional de saúde se torna uma segunda vítima, ele experimenta muitas consequências emocionais devido ao evento, e estas devem ser detectadas, valorizadas e tratadas o mais cedo possível. (PEREZ, FUENTES, GARCIA 2018).

É necessária uma mudança de cultura na assistência à saúde, onde a cultura tradicional, em que a vergonha, a culpa e a punição voltadas para os profissionais de saúde que experimentaram um fenômeno de segundas vítimas deve ser rapidamente substituída por um movimento em direção a uma cultura justa, na qual cada um se responsabilize pelas atividades sob seu controle, e reanalize onde os processos falharam e como se pode agir para que novos erros não aconteçam (TARTAGLIA, MATOS, 2020).

Nas falas das gestoras, quando elas reconhecem a condição emocional do profissional na condição de segunda vítima, elas fazem o acolhimento e encaminham para acompanhamento e apoio psicológico, como poderemos apreciar nas duas subcategorias analisadas a seguir.

#### 7.1.1.1 Acolhimento do profissional na condição de segunda vítima

Analisamos nesse item a sub categoria acolhimento do profissional na condição de segunda vítima. O acolhimento aparece nesse pesquisa no momento em que a gestora reconhece a condição emocional da segunda vítima, e busca entender o evento sobre a forma de conversa, escuta ativa e entrevista. Exemplificamos essa afirmativa no recorte das falas das gestoras EE01, EQ01, ER02, EC02 e EC03:

*“(...)Às vezes a gente não entende os processos, porque pode parecer inicialmente mais trabalhoso, mas é mais seguro. Fazer mais rápido pode ser inseguro, então eu preciso entender isso pra ter responsabilidade, mas também acolher o profissional. Porque se o outro se sente vítima eu também, enquanto instituição, tenho responsabilidade nisso. (EE01)*

*“Nós conversamos com ele separado para fazer com que ele possa compreender o que aconteceu naquele momento (...), tentando buscar uma auto-reflexão dele sobre o que aconteceu (...) O acolhimento dos profissionais envolvidos às vezes demanda um tempo, porque às vezes a gente encontra a equipe tão emotiva, tão sofrida com o que aconteceu (...). Então tem essa questão do acolhimento da equipe, da sensibilização da equipe” (EQ01)*

*“Quando ocorre um erro assistencial, a primeira providência é a gente investigar o que pode ter causado esse erro, como foi que aconteceu esse erro. Chamar o profissional e ouvir o lado dele também, claro.”(ER02)*

*“A gente faz uma apuração de todo aquele fato através de prontuário, e entrevista normalmente as pessoas que estão no setor envolvidas.”(EC02)*

*“ A gente conversa com o profissional quando a queixa, o relato chega. E aí a gente chama o profissional pra ver qual o conhecimento que ele tem (...)” (EC03)*

Entende-se que, quando o profissional tem oportunidade de ser ouvido sobre um incidente em que esteve envolvido, seu sofrimento é aliviado. As falas acima quando citam como ações como “acolher o profissional”, “conversar com ele”, “ouvir o lado dele”, “ver qual o conhecimento ele tem”, traduzem a preocupação das gestoras com o acolhimento concedido ao profissional na condição de segunda vítima, a fim de saber o que aconteceu, e não de culpabilizar o profissional envolvido.

O acolhimento diz respeito à atenção voltada ao bem-estar psicológico dos profissionais, e a prevenção do impacto negativo da ocorrência (SCOTT, et al, 2010). A escuta ativa envolve o interesse pelo que está sendo dito, a aproximação corporal e o uso de expressões verbais de encorajamento à continuidade da fala, no intuito de identificar a real demanda, sendo uma ferramenta que pode ser utilizada em vários cenários da assistência de saúde (MESQUITA, CARVALHO, 2014). É de suma importância aplicar a comunicação não só como uma mera difusão de informações, mas também como a consolidação de relações interpessoais, como forma de transmitir ideias, pensamentos, sentimentos e sentidos à fatos.

A comunicação no trabalho em saúde é realizada a todo momento como ferramenta essencial para a gestão de processos que envolvam pacientes, familiares e profissionais da saúde. Para que a comunicação ocorra de forma efetiva, faz-se necessário a integração de ferramentas relacionadas à escuta ativa e qualificada, empatia e reflexão crítica, comprometimento e respeito. Deve-se ainda, ter o entendimento de que a comunicação só será exitosa quando houver a compreensão por ambas as partes, tanto pelo emissor quanto pelo receptor. Caso isso não ocorra, a comunicação será ineficaz e não alcançará seu objetivo (MASSAROLI, et al, 2021).

A comunicação em uma organização é algo fundamental para que as atividades funcionem de maneira adequada. Além disso, tem a função de motivar as pessoas, e vem para facilitar a avaliação dos trabalhos feitos na organização e o que pode melhorar, ou seja, a comunicação pressupõe interações e diálogo entre os seres, e o momento de falar e saber ouvir e entender o próximo, portanto, deve-se ser cauteloso ao falar com os seres (SEGATTO, WACHOWICKS, 2017).

Mais do que apontar o erro, é necessário conhecê-lo e permitir que o próprio profissional envolvido realize juízo de valor sobre as suas ações (DUARTE, et al 2018). Isso ficou evidente na fala de EC03, citada acima, e explorada no recorte específico:

*“ A gente conversa com o profissional (...) pra ver qual o conhecimento que ele tem, se ele tem ciência que foi de fato um ato falho ” (EC03)*

As gestoras entrevistadas, demonstraram empatia no acolhimento à segunda vítima, viabilizando os três primeiros direitos da segunda vítima descritos por DEHAM 2007, na proposta de abordagem denominada TRHUST, a saber: tratamento justo, não se devendo presumir ou atribuir responsabilidade de forma integral aos profissionais; respeito, onde todos os membros da equipe de saúde são suscetíveis e vulneráveis a erros e suas consequências; e compreensão e compaixão, entendendo que o profissional precisa de ajuda para ser capaz de passar pelo processo.

Esse tipo de abordagem realizada acaba por corroborar com a abordagem sistêmica das falhas, proposta pelo psicólogo cognitivo James Reason no final do século XX, que tem como pilar fundamental a ideia de que os seres humanos falham e os erros são esperados ou previsíveis, mesmo nas melhores organizações. O erro, portanto, está relacionado ao coletivo, ao sistema, e não ao indivíduo. Os erros são mostrados como uma consequência e não como uma causa, que têm sua origem não na perversidade da natureza humana, mas em falhas latentes no ambiente da saúde e são uma consequência dos processos e procedimentos que são aplicados (REASON 2000).

Podemos dessa forma, elencar a abordagem sistêmica nos incidentes assistenciais sendo contemplada nas falas trazidas por EE01 e EQ01:

*“Então eu preciso mostrar que é assim que eu penso, que é assim que a instituição pensa, que estamos juntos nisso, que instituição, ela é responsável por isso: pelo paciente, mas pelo profissional também. Então quando ele se sente acolhido esse protocolo (de segunda vítima) faz mais sentido no dia a dia” (EE01).*

*“A gente entende que as pessoas não fazem isso de propósito, não erram de propósito” (EQ01).*

Na abordagem sistêmica, ao invés de buscar a culpabilização dos envolvidos, as ações visam prevenir futuros erros, minimizar riscos e delinear medidas de segurança no sistema (REASON 2000). De uma maneira abrangente, percebe-se que a cultura de segurança envolve o comprometimento e maturidade da instituição e de seus gestores em reconhecer a relevância da temática e introduzi-la como eixo norteador de sua organização, além de buscar o envolvimento em situações habituais e conhecimento das dificuldades e desafios enfrentados pelo profissional que presta assistência direta ao paciente, criando assim uma comunicação efetiva com os níveis hierárquicos e por sua vez, permitindo a construção da confiança entre todos os envolvidos. Este processo deve estar marcado pelo compromisso ético, comunicação efetiva e cultura não punitiva dos incidentes. (LEMOS, et al, 2018).

Ainda não há, no momento, um consenso relativo ao caráter da abordagem da segunda vítima, uma vez que, ao estudar essa variável, as pesquisas demonstram que uma parte dos profissionais desejava ser abordado de maneira individual e outra parte não manifestava contraposições à abordagem ser realizada em grupo. Quanto ao local, alguns pesquisados sugeriram na própria unidade, outros mencionaram em outro local da instituição (DUKANIN, et al 2018). As gestoras entrevistadas corroboram com a literatura quando expõem as falas listadas a seguir:

*“Na nossa realidade aqui, quando o profissional comete algum erro, o coordenador direto daquele profissional ele avalia o ocorrido, a depender da circunstância ele conduz ali na própria unidade”(ER01)*

*“Quando a gente reconhece que aconteceu uma não conformidade, um erro, a gente primeiramente intercepta. E posteriormente, nós conversamos com ele separado para fazer com que ele possa compreender o que aconteceu naquele momento, porque ele foi interceptado, tentando buscar uma auto-reflexão dele sobre o que aconteceu” (EQ01)*

*“A tratativa é abordar o colaborador junto com a equipe. Se foi algo realmente individual, abordar ali individualmente e fazer uma avaliação pra ver se foi um erro coletivo”(EC01).*

É possível observar que as gestoras costumam fazer a abordagem do profissional na própria unidade, mas que em algum momento, pode também ser realizada de forma individual, não existindo um padrão bem estabelecido. As falas acima citadas, quando trazem termos como “abordar o colaborador”, “intercepta e posteriormente conversa separado”, e “avalia o ocorrido” demonstram que há um alinhamento entre as gestoras, no que tange o fluxo de abordagem e tratativa dos eventos em si. Esses achados têm implicações para a segurança do paciente, pois os efeitos da experiência de uma segunda vítima colocam o profissional de saúde em risco de se envolver em novos incidentes. Esse risco está presente tanto logo após o incidente, quanto a longo prazo, pois pode reduzir a confiança do profissional de saúde para se envolver em procedimentos de risco, sendo de suma importância e necessidade a identificação dessa segunda vítima, e o acolhimento e abordagem adequada pelo gestor, para a tratativa do evento.

Nesse sentido, discutiremos a segunda sub categoria -encaminhamento do profissional na condição de segunda vítima para apoio psicológico – como estratégia da gestora ao reconhecer a condição da profissional na condição de segunda vítima.

### 7.1.1.2 Encaminhamento do profissional na condição de segunda vítima para apoio psicológico

Essa subcategoria traz o encaminhamento do profissional na condição de segunda vítima para apoio psicológico como estratégia utilizada pela gestora, uma vez que o apoio de um psicólogo é indispensável e útil não só para o não adoecimento mental como o físico, mas principalmente para o auxílio ao enfrentamento da situação, entendendo as emoções como parte de um estado do corpo.

As organizações de saúde devem desenvolver mecanismos que assegurem o direito dos profissionais envolvidos em incidentes assistenciais evitáveis, de receber tratamento justo e compassivo, com base na análise sistêmica e não culpabilização (PEREZ, FUENTES, GARCIA 2018). Ao não negligenciar os sentimentos e emoções dos profissionais, é estabelecida uma relação de confiança com os profissionais, e uma vez que eles se sentem acolhidos, ouvidos e não julgados, o processo de enfrentamento se torna mais colaborativo e de melhor entendimento do incidente, bem como, com maior aprendizado e menor chance de um novo erro acontecer com aquele profissional.

É de extrema importância explorar a necessidade de se reconhecer o impacto psicológico desses eventos nas segundas vítimas, e o dever dos líderes organizacionais de respeitar seus direitos, através da implementação de programas de apoio psicológico (ALVES, CARVALHO, DE ALBUQUERQUE 2019; PEREZ, FUENTES, GARCIA, 2018). Partindo da conjectura de que os profissionais erram e continuarão errando, pois errar é humano, faz-se necessário refletir sobre as melhorias necessárias na organização de saúde para que sejam reduzidas as ocorrências de incidentes assistenciais, e que sejam promovidos os aprendizados quando estes ocorrerem.

Foi possível identificar que algumas entrevistadas se referiram a existência de fluxos de encaminhamento pelo gestor, para o apoio psicológico das segundas vítimas, o que pode ser exemplificado pelos recortes das falas abaixo:

*“No nosso fluxo a gente direciona para gestão de pessoas, que é onde a psicóloga vai recepcionar, vai entender esse contexto, vai acolher, e se for o caso, direcionar para o serviço de apoio, mesmo que seja fora da instituição. Mas o primeiro acolhimento é feito pelo serviço de gestão de pessoas, com a psicóloga da gestão de pessoas” (EE01)*

*“A gente tem o fluxo de acolhimento à segunda vítima. A gente tem essa identificação que pode ser feita por pelo coordenador, pelo gestor do comitê de risco, pela gerência de segurança do paciente, pela própria psicóloga do recursos humanos, e quando a gente identifica como já aconteceu em algumas vezes, a gente aciona as psicólogas dos recursos humanos e elas fazem esse primeiro acolhimento, e a depender da*

*situação que elas encontrem elas fazem o encaminhamento (...) Então elas solicitam retorno, e a depender do caso, elas também podem encaminhar para a medicina ocupacional, para que possa avaliar a necessidade de outras intervenções, inclusive de, de repente, um apoio com psiquiatra. Tudo vai depender da situação” (EQ01)*

*“O gestor desse colaborador encaminha para a gestão de pessoas e eles fazem o acompanhamento com a psicóloga” (EC01)*

*“É um fluxo onde nós da gestão é que identificamos a necessidade de acionar. A gente faz uma avaliação à partir da reação da pessoa, ou se a pessoa mesmo procura, às vezes acontece da pessoa mesmo procurar o serviço psicologia e dizer que ficou emocionalmente abalado com o com a situação. E aí há o acompanhamento(...) a gente pede o apoio do serviço de psicologia da instituição, de recursos humanos da instituição que contempla psicólogo, e eles nos dão esse suporte quando a gente julga que é necessário”(EG01)*

*A gente já tem essa essa questão dessa rotina de encaminhamento (...) a gente procura encaminhar para o serviço de medicina ocupacional, ou para a psicologia quando a gente percebe que tem essa essa situação (EC02).*

*“Nós temos aqui no trabalho junto ao SIAST, aonde tem um psicólogo, né? Que aí a gente traz esse psicólogo pra poder também fazer esse atendimento”(EC03).*

Durante a realização da entrevista ficou clara a existência de fluxos estabelecidos de encaminhamento para acompanhamento psicológico quando a segunda vítima é identificada, sendo citado por uma das gestoras, inclusive, o treinamento sobre protocolo específico para segunda vítima aos colaboradores do hospital:

*“Esse protocolo (de segunda vítima) ele foi feito e foi difundido e treinado, e agora eu acho que mais o protocolo é a cultura no dia a dia a gente estimular que se o outro erra, eu errei junto, o processo está frágil (EE01)*

Duas das gestoras entrevistadas demonstraram desconhecimento sobre a existência desse fluxos específicos de encaminhamento para apoio psicológico, conforme as falas abaixo:

*“A depender do contexto ele é direcionado às vezes a gerente de Segurança do Paciente da instituição, ao comitê de risco, que também tem na instituição (...) mas em termos de tratamento dele em relação ao ocorrido nunca vi acontecer” (ER01).*

*“A gente tenta resolver aqui, mas o que a gente não consegue resolver aqui no setor, a gente divide com a gerência de enfermagem” (ER02).*

O papel das gestoras é demasiadamente importante, pois elas fornecem empatia e apoio emocional ao profissional (TARTAGLIA, MATOS 2020). Ressalta-se a importância de trabalhar a cultura justa diante da ocorrência dos incidentes, que considera a responsabilização

profissional, mas que objetiva identificar fragilidades ou falhas no sistema e não necessariamente o desempenho dos profissionais.

Programas de apoio às segundas vítimas devem ser implementados, buscando transgredir essas barreiras e integrar todos os profissionais de saúde, dispensando o apoio de que precisam.

O trajeto enfrentado pela segunda vítima é marcado, sobretudo, pelo impacto emocional, que repercute nos âmbitos pessoal e profissional. O impacto emocional substancial em seu bem-estar, incluindo fortes sentimentos de tristeza, ansiedade e vergonha, faz com que grande parte dos profissionais precisem de apoio psicológico formal para aconselhamento (JCI, 2018). Nesse sentido, o apoio psicológico traz benefícios, tanto aos profissionais quanto às organizações de saúde, uma vez que favorecem o desempenho e o restabelecimento emocional do indivíduo, fortalecendo desse modo a relação do profissional com a instituição, ao propiciarem acolhimento com empatia e respeito (QUADRADO, 2019). O grau de amadurecimento da cultura de segurança nas organizações é pilar fundamental para o desenvolvimento de estratégias de apoio à segunda vítima, conforme demonstra o excerto a seguir:

*“A gente entende também que de certa forma é uma fragilidade da instituição que talvez não deixou isso tão claro, não fez ele permear tanto por esse processo. A gente precisa entender como o outro compreende o processo de Segurança do Paciente. Isso precisa ser entendido pelo profissional, e se não for, se ele não valorizar, ele pode chegar ao dano e se sentir vítima (...) É preciso entender que nós somos falhos, mas se a gente checar os processos do início até o final, é muito pouco provável que o erro venha a atingir o paciente ” (EE01)*

A percepção, sensibilidade e atuação direta da gestão nesse sentido, é elemento crucial para o funcionamento das boas práticas no que tange o acompanhamento do profissional na condição de segunda vítima. Uma forte cultura de segurança do paciente é a base essencial para a implementação de um programa de suporte às segundas vítimas.

## **7.2 Análise do incidente assistencial por meio da notificação de eventos**

Apresentamos e analisamos nesse item como estratégia utilizada pelas gestoras, a segunda categoria que engloba a análise dos incidentes assistenciais por meio da notificação de eventos.

Quando se trata de segurança do paciente, torna-se imperativo que os incidentes assistenciais sejam identificados, analisados e avaliados. O Programa Nacional de Segurança



do Paciente, estabelece a construção progressiva da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, a partir da identificação e notificação de incidentes (BRASIL, 2013).

A identificação e análise dos incidentes assistenciais, está intimamente associada a qualidade da assistência a fim de detectar falhas sistêmicas, e não a punição pessoal, considerando o fato de que erros, embora praticados de modo individual, podem acontecer devido a falhas estruturais ou processuais do sistema ou organização de saúde (NAZÁRIO et al, 2021). Desse modo, traçar o diagnóstico das fragilidades e falhas sistêmicas que resultam em incidentes assistenciais traz à tona, para as instituições de saúde, a oportunidade de planejar ações educativas e preventivas, ressaltando assim, a importância do sistema de notificação no processo de melhoria contínua da assistência segura ao paciente.

Os eventos adversos devem ser compreendidos em sua totalidade, considerando as questões sistêmicas que vão além de sua ocorrência, como, sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento dos profissionais, falta de comunicação efetiva, precariedade na infraestrutura institucional, pouco envolvimento da liderança, desconhecimento da realidade local e outros problemas estruturais e organizacionais que prevalecem nas instituições de saúde (LE MOS, et al, 2018).

Ao iniciar a análise de eventos adversos significativos, além da investigação da causa raiz, para diagnóstico institucional, deve ser iniciada também uma análise paralela para determinar se existem profissionais na condição de segunda vítima.

A notificação dos incidentes assistenciais é uma das estratégias consideradas como eficaz para desenvolver e melhorar a segurança do paciente. Essas notificações podem ser feitas por meio de sistemas que podem ser informatizados ou não, e consiste no registro ou comunicação da ocorrência desses eventos ao setor responsável no serviço de saúde, que geralmente é a gestão de risco ou o núcleo de segurança do paciente (ALVES, CARVALHO, DE ALBUQUERQUE, 2019). É necessário que os profissionais de saúde conheçam o sistema de notificação, sabendo como, onde e o que notificar, reconhecendo também a importância desse ato para a segurança do paciente.

A notificação é considerada um meio de comunicação que alerta a instituição sobre falhas e erros, e proporciona a criação de banco de dados norteador para o planejamento de ações preventivas e prestação de cuidados mais seguros, e as falhas na comunicação são frequentes na área de saúde, dada a complexidade do sistema e das múltiplas interações que acontecem de maneira multiprofissional e de forma simultânea. (MASCARENHAS et al, 2019). Reduzir os elementos que dificultam a comunicação efetiva entre os membros da equipe

e promover a notificação de incidentes constituem meios de aprimoramento de ferramentas gerenciais com vistas à promoção de cuidado seguro.

Essas realidades são presentes em todas as organizações de saúde, e precisam ser levadas em consideração durante a análise dos eventos. Reconhecer e analisar incidentes assistenciais é imprescindível para que as instituições de saúde consigam enxergar e tratar potenciais problemas organizacionais, sistêmicos e ambientais, evitando a repetição dos mesmos eventos e, desse modo, reduzindo as chances de danos aos pacientes.

Pode-se inferir, nas falas apresentadas, a análise da notificação de eventos como ferramenta gerencial:

*“À partir da notificação a gente vai avaliar, vai tratar, porque às vezes são coisas mais simples mas às vezes a gente precisa ajustar mesmo” (EE01)*

*“Porque existem algumas formas de notificar. Pode ser uma notificação espontânea, das próprias pessoas envolvidas na situação. Pode ser uma notificação de quem observou, através do sistema ou pode ser através dos projetos de auditoria clínica, revisão de prática.” (EQ01).*

*“A gente tem um instrumento aqui de ocorrência adversa ao paciente, onde ele também também é orientado” (EC03).*

Nesse processo de comunicação, o feedback do gestor tem papel relevante com o estímulo à notificações. O retorno de informações ao profissional notificador fortalece o caráter não punitivo, o ambiente de aprendizagem com o erro e, sobretudo, possibilita a reflexão sobre a assistência prestada e fatores que influenciam a ocorrência de incidentes assistenciais. Deste modo, essa estratégia propicia a reflexão e o sentimento de fazer parte da solução, fundamental às ações preventivas (BATISTA, et al 2019). A notificação dos eventos é relevante para a segurança do paciente, pois é uma maneira dos profissionais relatarem os incidentes em saúde. A análise das notificações permite a aprendizagem organizacional, possibilitando que as causas sejam identificadas e evitadas, a partir da revisão e melhoria dos processos assistenciais.

É importante ressaltar que a notificação de incidentes não é de responsabilidade de uma única categoria profissional, devendo ocorrer por profissionais da linha de frente, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (FURINI, NUNES, DALLORA 2019).

O envolvimento dos profissionais responsáveis pela assistência direta do paciente no planejamento de ações de segurança, bem como a utilização de indicadores para monitoramento dos eventos, e a sistematização da assistência para promover mudanças na cultura e a participação da alta liderança, aparecem na literatura como fatores que facilitam e incentivam

o processo voluntário de notificação de eventos, por estarem concatenados ao desenvolvimento da cultura de segurança (NAZÁRIO et al, 2021).

A notificação espontânea, por meio do preenchimento de fichas, impressas ou eletrônicas, é encontrada na literatura como o principal meio para relato de incidentes assistenciais. Considerado positivo e de baixo custo, requer envolvimento dos profissionais assistenciais, administrativos e de apoio. Trata-se de um sistema colaborativo, o qual depende da motivação individual e coletiva (NAZÁRIO et al 2021). Nesta perspectiva, o sistema de notificação voluntária de incidentes aparece como um dos pilares na gestão da segurança, captando informações quanto as fragilidades institucionais, auxiliando assim no reconhecimento do diagnóstico situacional .

O sistema colaborativo surgiu com o objetivo de consolidar a segurança do paciente com enfoque principal no aprendizado organizacional diante dos incidentes, priorizando uma análise sistêmica do incidente, reduzindo os danos e favorecendo o entendimento das situações de risco, devendo haver estímulo ao relato de incidentes, mesmo os considerados ínfimos, ou que não chegaram a atingir o paciente (DIAS, CARREIRO, 2020). Além disso, a prática da notificação está respaldada na legislação brasileira, que solicita detalhamento das características do evento por meio da ferramenta eletrônica (BRASIL, 2016).

As gestoras EE01, EG01 e EC02 demonstram entendimento sobre a análise das notificações como possibilidade de amadurecimento institucional e revisão de processos:

*“Então as notificações elas dizem muito, e a gente se baseia muito a partir disso, não somente no setor, mas institucionalmente também: - O que está muito frágil?”(EE01)*

*“Então a gente identifica a causa, o efeito, as causas que levaram o efeito e as ações que a gente faz, inclusive ações de barreira para que o erro não aconteça novamente” (EG01).*

*“Se for algum evento sentinela, a gente faz uma notificação no sistema de notificação para apurar e ver que estratégias a gente pode criar para que não haja novo evento”(EC02).*

Ainda há forte correlação entre a prestação do cuidado seguro e a cultura da segurança, e isso afeta diretamente o ato de notificar, já que há reconhecimento de subnotificação, tanto no Brasil como em outros países. No que tange à produção de indicadores da qualidade da assistência prestada, a subnotificação acarreta em dados não confiáveis sobre a prestação de cuidado seguro e da qualidade da assistência, dificultando a construção de estratégias para a melhoria do cuidado e da segurança do paciente (ALVES, CARVALHO, ALBUQUERQUE 2019).

A subnotificação acontece por diversos motivos, podendo estar associada à postura da liderança frente ao erro, sendo desejável atitude inclusiva, e não intimidadora, a qual propicia a ocultação do incidente. Um ponto relevante também é o sentimento de medo ou vergonha, por parte dos profissionais, que corresponde à postura institucional punitiva e de falta de apoio frente ao erro (NAZÁRIO et al, 2021).

Embora se saiba que a subnotificação ainda é uma realidade no contexto geral da saúde, entende-se que as falas das gestoras apontam para um caminhar em busca da cultura de não culpabilização e análise sistêmica das falhas, através do estímulo à notificação de eventos, e o entendimento de que a notificação pode contribuir para o aprendizado com as fragilidades e para mudanças sistêmicas na prevenção de incidentes semelhantes, no sentido de que, a cada evento não notificado extingue-se uma oportunidade para a correção das possíveis falhas do sistema. Essa afirmativa fica evidenciada de forma muito clara na fala elencada a seguir:

*“Acho que ainda temos uma cultura de culpabilizar, então as pessoas tendenciam a não querer se manifestar. Mas existe esse estímulo à notificação, entendendo que primeiro, a instituição, ela precisa ser segura. Os processos precisam ser seguros. Quando eu entendo isso eu questiono, eu quero entender o porquê. A gente estimula a responder os porquês. A partir daí eu entendo que se o outro errou, o que é que estava falho para que esse erro acontecesse? E aí com esse entendimento a gente minimiza esse sentimento, porque as pessoas vão querer entender melhor o processo” (EE01).*

Considera-se ainda, importante ressaltar a atuação do núcleo de segurança do paciente (NSP) como uma evolução importante para as instituições de saúde, uma vez que, através da sua atuação efetiva, ele estimula a progressão das notificações de eventos adversos, o que contribui diretamente na redução do erro e com o programa educativo (DE LIMA, ET AL, 2019). O trabalho do NSP tem como finalidade agregar as diferentes instâncias que trabalham com riscos em uma instituição e propiciar a articulação dos processos de trabalho e informações, com o objetivo de promover um cuidado seguro e de qualidade para aqueles que necessitam de atenção à saúde.

O NSP promove a prevenção e redução de incidentes, além de promover integração e possibilitar a articulação dos processos de trabalho entre os setores. É parte fundamental no estímulo à segurança e qualidade da assistência à saúde (CARDOSO, SILVA, JARDIM 2020). Nesta categoria, as entrevistadas reconhecem a importância da atuação do núcleo de segurança do paciente, conforme os depoimentos à seguir:

*“Tudo está muito centrado no núcleo de Segurança do paciente, onde temos a gerência de segurança do paciente, a gestora do risco, a enfermeira da qualidade, a enfermeira da educação permanente também, porque a gente tem que entender primeiro se esse processo está seguro né? Se houve número de notificação maior ou menor que também embasa, já que pensamos no contexto do ambiente hospitalar como um todo.” (EE01).*

*“Quando o evento já aconteceu e a gente recebe uma notificação ou é identificado posteriormente (...) o comitê de risco analisa a depender da gravidade do erro, e de acordo com o tipo de dano, vai ser orientada uma ação diferente”(EQ01).*

Faz-se necessário salientar que não basta somente a criação do NSP na instituição para a transformação da realidade e o alcance de práticas seguras. Os membros do NSP precisam estar dispostos a desenvolver uma cultura de segurança na instituição, e além disso, devem ser preparados para uma atuação efetiva e eficaz (DE LIMA, ET AL, 2019). A cultura justa visa identificar falhas ou fragilidades no sistema, e não no desempenho dos profissionais. São destacados como componentes essenciais de uma cultura de segurança: o compromisso da liderança com a segurança do paciente, a comunicação aberta fundada na confiança, a aprendizagem organizacional, uma abordagem não punitiva para o relatório de eventos adversos, o trabalho em equipe, e a cultura da segurança (LEMOS, et al, 2018).

Algumas gestoras demonstraram ter conhecimento sobre a importância da avaliação e atuação da liderança na análise dos incidentes, como descrito nas falas a seguir:

*“Na ocorrência do erro, a gente adota as medidas que são cabíveis a partir dessa avaliação. Isso não é uma pessoa só, geralmente, as lideranças envolvidas no processo, elas também fazem essa análise dessas causas que levaram ao efeito, e depois disso, se conclui que houve imperícia, negligência, a gente aplica as medidas que são cabíveis”(EG01)*

*‘Então primeiro a gente analisa o nosso processo. A gente sempre se pergunta se um outro profissional também agiria da mesma forma. Se sim, a gente entende que o processo está fragil’(EE01)*

*“Eventos com maiores danos, eles requerem uma ação mais expansiva,, mais profunda... que implique mais as pessoas na questão de entender que existem as falhas de estrutura, existem as falhas de processos, mas também existe a oportunidade de melhoria de todos né? e que a gente precisa aprender com os erros e acima de tudo entender que a gente pode aprender com os erros do outro, sem precisar ficar repetindo” (EQ01)*

Muitas vezes, as organizações de cuidados de saúde não são capazes de aprender com suas falhas (LEMOS, et al, 2018). A possibilidade de ação disciplinar e / ou judicial, e o estresse pós-traumático aparecem como as principais preocupações dos profissionais expostos à

condição de segunda vítima, em relação aos eventos adversos (PEREZ, FUENTES, GARCIA 2018).

Nas falas da maioria das profissionais entrevistadas, ficou manifesta a busca por uma cultura não punitiva. Apenas em duas falas, foi notada a adoção de termos referentes a “medidas cabíveis” e “medidas disciplinares”, apontando para a aplicação de punições e advertências:

*“E depois disso, se se conclui que houve imperícia, negligência, a gente aplica as medidas disciplinares que são cabíveis” (EG01)*

*“Então ela levou uma advertência pela questão do comportamento”(EC02).*

O medo da punição deixa os profissionais de saúde relutantes em relatar e/ou notificar incidentes (RODZIEWICZ, 2018) o que colabora para a repetição dos incidentes por demais profissionais e para a diminuição da qualidade da assistência prestada.

Importante ressaltar que a busca por culpados e a punição destes profissionais não têm impacto na redução dos incidentes assistenciais e na implantação de estratégias para prevení-los. Nesse sentido, o alicerce fundamental da segurança do paciente conserva-se sendo a confiança que os profissionais podem ter em comunicar erros, na garantia que isto leve a melhorias e não à culpabilização individual. A cultura justa baseia-se numa atmosfera de confiança na qual as pessoas são encorajadas a comunicarem informações essenciais para a segurança do paciente, mas, por outro lado, afirma que deve estar claro aos profissionais o limite entre um comportamento aceitável e não aceitável (ALVES, CARVALHO, ALBUQUERQUE 2019).

Entende-se que a aplicação de medidas disciplinares caminham na contramão de uma cultura de segurança positiva. Cabe ressaltar que a cultura não punitiva não visa não responsabilizar o profissional, mas conduzi-lo como ator principal no processo de aprendizagem e atuação de forma segura no decorrer de sua atuação profissional, sabendo lidar com as situações adversas de maneira mais crítica e ativa.

Apesar de citar a aplicação medida disciplinar, ambas as entrevistadas reforçam a atuação e importância do treinamento e reorientação desse profissional na condição de segunda vítima, com falas contempladas na categoria a seguir.

### 7.3 Treinamento e (re)orientação do profissional na condição de segunda vítima

Nessa categoria analisamos o treinamento e a reorientação do profissional na condição de segunda vítima como uma estratégia de suporte utilizada pelas gestoras, uma vez que a orientação e o treinamento de pessoal são considerados elementos fundamentais que ajudam a garantir o clima motivacional da equipe, partilhar responsabilidades de uma forma integrada, e promover educação em saúde nas possíveis falhas e necessidades de ajustes da qualidade do cuidado executado, portanto, deve ser foco constante de atenção.

Essa estratégia educativa, realizada no espaço de trabalho/produção/educação em saúde, apresenta-se como de grande contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho ao incorporar os princípios da problematização, a contextualização da realidade, as pedagogias inovadoras e o pensamento reflexivo (PEREIRA et al, 2018).

A totalidade de gestoras entrevistadas nesta pesquisa, citam em suas falas que a oferta de reorientação e treinamento voltados para procedimentos, comuns, associados a incidentes assistenciais, são benéficos e adotados para profissionais na condição de segundas vítimas, como pode ser exemplificado abaixo:

*“A depender da circunstância ele conduz ali na própria unidade reorientando o profissional a fazer de maneira adequada” (ER01)*

*“Pode ser apenas uma orientação, só retreinamento(...) Primeiro tenho que entender se o processo está bem alinhado, e esse profissional esta capacitado para interferir nesse processo.” (EE01)*

*“Por exemplo se for durante uma supervisão, uma auditoria, não deixa isso prosseguir, intercepta e nesse momento a gente reorienta esse colaborador para que ele prossiga da forma correta” (EQ01)*

*“ Se trata através de roda de conversa, de treinamentos in loco, e junto também com a educação permanente do hospital” (EC01)*

*“Então, a gente faz essa análise antes de tomar as medidas que são cabíveis(...) às vezes, como eu falei, ela é treinamento. (EG01)*

*“Ela entendeu o risco que teria em relação ao paciente, de causar dano ao paciente, e ela participou com a gente na implantação e no treinamento dos demais colegas em relação a isso (EC02)*

*“O objetivo é primeiramente atuar com educação em saúde desse profissional, aí a gente vai promover junto a educação permanente esse apoio, para fazer uma intervenção junto com ele” (EC03)*

O gerenciamento e análise dos incidentes assistenciais, junto ao serviço de educação permanente por meio da realização de treinamentos, possibilitam reflexões e aprendizado com

as falhas e a prevenção de outros eventos e colaboram para a abordagem sistêmica, o que não significa que os indivíduos possam ser negligenciados. Nesse contexto, compreende-se que a educação permanente em saúde, apreciada como uma possibilidade de inovação e reorganização do processo de trabalho por meio da educação em serviço (MELLO, et al 2018), constitui-se em um mecanismo aliado ao desenvolvimento das competências profissionais, desenvolvendo ações e competências que promovam a segurança dos pacientes e a cultura de segurança entre os atores envolvidos. A educação permanente em saúde é uma ferramenta que gera reflexos positivos, pois induz os profissionais a repensarem seu modo de trabalho de forma crítica, transformando o processo de trabalho.

A oferta de treinamentos gera a oportunidade de aprendizagem no trabalho. A literatura aponta que 32% dos profissionais consideram o erro como fonte de aprendizado e aprimoramento e apontam para a necessidade de capacitação a partir da vivência do incidente assistencial para ampla investigação do fator desencadeante (QUADRADO 2019; MASSAROLI et al 2021). A combinação dos novos conhecimentos com as ideias preexistentes e corriqueiras das atividades laborais, permite que o profissional elabore novos significados que serão singulares para ele. Todo o processo de educação permanente requer elaboração, planejamento e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere (MELLO et al, 2018).

A inserção de atividades educativas, utilizando diferentes estratégias metodológicas, favoreceram a sensibilização e a aproximação com as atividades cotidianas que os profissionais de saúde vivenciam, mas para isso, os profissionais precisam ser ouvidos em suas necessidades de capacitação observadas durante a prestação da assistência, considerando também os near miss como fontes de investimento em treinamento e oportunidade de melhoria na mitigação de incidentes futuros.

Um estudo exploratório realizado com 248 enfermeiros em Madri, na Espanha, no ano de 2018, aponta que mais da metade dos enfermeiros entrevistados aprovavam a realização de workshops de atualizações sobre procedimentos e técnicas de enfermagem como forma de deixar o processo assistencial mais seguro, logo, sendo uma forma de mitigar incidentes. A otimização das habilidades técnicas dos enfermeiros, através dos treinamentos práticos, podem ajudar a melhorar a cultura de segurança do paciente (PEREZ, FUENTES, GARCIA 2018).

A prevenção de novos incidentes está ligada à aprendizagem deles, e aprender com os erros só é possível quando eles são comunicados, orientados e treinados (ROMERO et al, 2018). Uma boa aposta para mudar o eixo dos processos de formação e capacitação em saúde é tornar visíveis os acontecimentos do cotidiano no campo de práticas que, por meio do encontro



com o outro e a troca de modos de agir e saberes, está permanentemente produzindo e reafirmando conhecimento.

As falas de EE01, EC02, EQ01 e EC03 reafirmam essa prerrogativa:

*“Porque se for a condução de uma pessoa errônea, a gente vai avaliar se essa pessoa foi treinada, foi capacitada, conheceu o fluxo. Primeiro tenho que entender que o processo está bem alinhado, e esse profissional está capacitado para interferir nesse processo.”(EE01)*

*“(...)Ela entendeu o risco que teria, de causar dano ao paciente, e ela participou com a gente na implantação e no treinamento dos demais colegas”(EC02)*

*“A própria equipe envolvida já fez aula para treinar toda a equipe, pois eles entendiam que era um pensamento geral e que isso poderia acontecer novamente com toda a equipe (...) já se transformou isso em caso clínico para ser debatido com equipes de outros setores (...) para proporcionar a equipe uma visão externa da situação” (EQ01)*

*“A gente vê qual o conhecimento que ele tem, se ele tem ciência que foi de fato um ato falho. Se ele tiver essa consciência e não tiver o conhecimento da situação em si, aí a gente vai promover junto educação permanente, para tá fazendo uma intervenção junto com ele” (EC03)*

Lacunas de conhecimento sobre a própria realização de notificações, também são razões para a não notificação, o que exprime a necessidade de investimento educativo do que caracteriza os incidentes assistenciais, de como, onde e porquê notificar. Em contrapartida, o registro e a investigação dos incidentes contribuem para direcionar práticas de educação permanente, além de retroalimentar e qualificar a assistência (NAZÁRIO et al, 2021).

Foi possível notar nas falas das gestoras entrevistadas, uma preocupação com a aprendizagem sobre os eventos, com o envolvimento dos profissionais como atores ativos no processo de aprendizagem, e com a oferta de treinamentos por vezes conduzidos pelas próprias segundas vítimas, sendo utilizados como ferramenta de oportunidade de melhoria para os profissionais, e concomitantemente para a qualidade e segurança na assistência.

Espera-se também que eles sejam mais vigilantes e responsáveis por suas próprias ações, uma vez munidos do conhecimento necessário para tal. Reason (2000) acredita que, embora a condição humana não possa ser mudada, podem-se modificar as condições nas quais o ser humano trabalha. O que não se deve, pensando em tratamento justo, é se presumir negligência ou atribuir 100% de responsabilidade aos profissionais contra falhas em sistemas que possam predispor a erros humanos.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que as estratégias utilizadas pelas gestoras de enfermagem entrevistadas foram: Reconhecimento da condição emocional do profissional pelo gestor; Acolhimento ao profissional na condição de segunda vítima; Encaminhamento do profissional na condição de segunda vítima para apoio psicológico; Análise do incidente com base na notificação de eventos; Treinamento e (re)orientação dos profissionais.

Destaca-se nessa pesquisa a importância do gestor de enfermagem, dada a responsabilidade primordial dessa figura em reconhecer e encaminhar o profissional na condição de segunda vítima para o apoio necessário. Parte do gestor de enfermagem, além do direcionamento a um fluxo de atendimento, a tratativa posterior do evento, de modo que as barreiras sejam criadas para que um novo evento não aconteça e não cause novos danos na tríade paciente/família/profissional.

O reconhecimento, pelo gestor, da condição emocional da segunda vítima faz-se necessário, e aparece como fator decisivo no desfecho do evento, uma vez que, a condição emocional do profissional, quando não valorizada ou negligenciada, pode desencadear problemas psicológicos, físicos, e sentimentos negativos de medo, tristeza, vergonha e insatisfação com o trabalho. Esses sentimentos impactam diretamente no serviço ofertado pelo profissional, dado o medo e insegurança de cometer um novo erro, bem como o medo do julgamento dos colegas, impactando diretamente na qualidade e segurança do cuidado prestado ao paciente.

Faz-se necessário o entendimento de que profissional na condição de segunda vítima ainda não sabe lidar com os efeitos emocionais desse dano, tendo em vista que busca no gestor o apoio e feedback necessários, mas não necessariamente os recebe, pelo fato do fenômeno ainda ser desconhecido inclusive, por grande parte dos gestores. Nota-se que garantir a segurança ao paciente e ao profissional na condição de segunda vítima vai além do provimento ou disponibilização das tecnologias e insumos de saúde. Devem ser consideradas aqui as necessidades singulares das pessoas, de forma individualizada, com vistas ao bem estar, segurança e autonomia.

Desse modo, entende-se que o acolhimento ao profissional na condição de segunda vítima, precisa ser desenvolvido na prática de forma empática pelo gestor de enfermagem, tendo como base a comunicação efetiva, a escuta ativa, e a desconstrução da cultura de punição, sendo substituída pela cultura justa e segura, com acolhimento empático à condição emocional do profissional sendo visto não apenas como mão de obra, mas como um ser que sente, que sofre,

e que necessita ser visto e ouvido como tal, assistindo-lhe o direito do cuidado à questões relacionadas à sua saúde mental.

Embora a grande maioria das entrevistadas não tenham relatado formação específica para gestão, nota-se que a empatia aparece como fator expressivo, contribuindo para um ambiente de trabalho justo e mais saudável, ao atender as demandas da segunda vítima de forma empática e não julgadora, alicerçada no respeito, na ética e na destreza da escutatória que deve perfazer a comunicação.

O entendimento, por parte do gestor, da necessidade do encaminhamento da segunda vítima para apoio psicológico aponta para uma vertente indispensável, que é o auxílio ao enfrentamento da situação, que se dá ao reconhecermos o impacto psicológico desses eventos nos profissionais que desenvolvem sofrimento mental após seu envolvimento num incidente assistencial. A pesquisa realizada demonstra fluxos bem estabelecidos de encaminhamento desse profissional para apoio junto à psicologia, sendo possível inclusive, o encaminhamento desse profissional para assistências especializadas fora da instituição, de forma individualizada, dependendo do grau de comprometimento psicológico e de sofrimento psíquico do profissional na condição de segunda vítima.

No que tange à análise dos eventos, é necessário que o gestor pense em quem esteve como participante ativo nesse evento, que é o profissional na condição de segunda vítima, cabendo à gestão garantir o direito desse profissional de ser assistido com apoio psicológico. Faz-se importante ressaltar que, a notificação de eventos é uma estratégia que faz parte de um movimento global em prol da segurança do paciente, e é citada como estratégia para o fortalecimento da análise dos incidentes assistenciais. Atrelada a essa necessidade, e ao promover cenários de treinamento e reorientação em serviço, a organização hospitalar obtém um ganho à equipe assistencial no que tange a qualidade do serviço prestado, mas também está garantindo um direito da segunda vítima, que é a transparência e oportunidade de melhoria, onde a prevenção de erros está ligada à aprendizagem deles através do processo educativo.

As ações educacionais aparecem como elo importante para a construção de uma nova cultura, uma vez que a cultura define os princípios que constroem a identidade de uma organização, e todos os profissionais envolvidos em processos educativos colaboram como pilares essenciais para o desenvolvimento e aprimoramento de uma cultura justa, onde o indivíduo não é culpabilizado e as barreiras precisam ser checadas e readequadas. Quando os profissionais na condição de segunda vítima se sentem inseridos nos processos educativos, a tendência é que haja um ambiente de colaboração e participação ativa na prevenção de novos

incidentes assistenciais, e logo, na proteção e segurança dos profissionais envolvidos na assistência.

O apoio à segunda vítima é um dos direitos do profissional nessa condição, e embora não estejam elencadas estruturas de suporte implementadas e explícitas nas unidades estudadas, como o acompanhamento por pares citados na literatura, por exemplo, nota-se que as intervenções de apoio para segundas vítimas nessa pesquisa, ainda que de forma incipiente, aparecem como fatores relevantes a serem discutidos, com o intuito da busca por melhorias no entendimento do conceito, e na capacidade de enfrentamento e otimização da recuperação de profissionais que sofrem o impacto de um incidente assistencial não previsto. Tais estratégias podem ser aprimoradas para o atendimento integral das necessidades das segundas vítimas.

Sugerimos que sejam realizados novos estudos, investigando outras instituições, para promover um melhor esclarecimento de lacunas reveladas neste estudo e contribuir para a melhoria contínua e amplo conhecimento da temática e de sua importância para as instituições hospitalares. Sugerimos ainda, estudos que elucidem a percepção das segundas vítimas em relação às estratégias de suporte utilizadas pela gestão. Talvez esse seja um modo de esclarecer algumas lacunas e seja um pontapé inicial para a implementação de programas específicos de acompanhamento e acolhimento das segundas vítimas.

Como limitações deste estudo, podemos referir que foi realizado num período pandêmico, onde as emoções dos profissionais encontravam-se já muito abaladas, e o cansaço físico era notável. Devido as recorrentes ondas de contaminação por novas variantes da covid-19, a coleta de dados precisou ser reagendada por diversas vezes, e o acesso ao campo ficou restrito por um longo período de tempo. Feita essa ressalva, ficou evidenciado que o protocolo de atendimento à segunda vítima já existia antes do contexto pandêmico e não foi citado por nenhuma das entrevistadas, a necessidade de alterações nesses fluxos/protocolos durante o momento da pandemia. Embora com as limitações citadas, os objetivos da pesquisa foram alcançados.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, D. M. N. et al. Impactos da pandemia de COVID-19 para a saúde de enfermeiros [Impactos da pandemia COVID-19 na saúde das enfermeiras] [Impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud de enfermeros]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n. 1, p. e63904, 2022.

ALVES, M. DE F. T.; CARVALHO, D. S. DE; ALBUQUERQUE, G. S. C. DE. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2895–2908, 2019.

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2423–2446, 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. LDA. 2016; Edições 70.

BATES, D. W.; SINGH, H. Two decades since to err is human: An assessment of progress and emerging priorities in patient safety. **Health affairs (Project Hope)**, v. 37, n. 11, p. 1736–1743, 2018.

BIZARRA, M. A.; BALBINO, C. M.; SILVINO, Z. R. Segurança do paciente - o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco focado na UTI. **Revista Pró-Univer SUS**, v. 09, n. 1, p. 101–104, 2018.

BOHOMOL, E. et al. Profissional de saúde: segunda vítima da pandemia COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1.ESP, 2020.

BRASIL. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Comunicado n. 0015188696 de 05 de junho de 2020. Retomada da tramitação regular no Sistema CEP/CONEP para os projetos de ciências humanas e sociais relacionados à saúde mental. Orientações [...] [Internet]. Brasília, DF: MS; 2020 [citado em 11 ago 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Comunicado05-06-2020SEI-MS0015188696CHS.pdf> [s.l: s.n.].

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília (DF)2016: ANVISA. [Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20: Incidentes relacionados à assistência à saúde - Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, 2014 a dezembro de 2021. Acesso em 12/07/2022. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/Relatórios\\_de](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/Relatórios_de)

[incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)>](https://www.gov.br)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Caderno 7. ANVISA. Brasília: 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: 17/08/2020.

BRASIL. Ministério da saúde fundação Oswaldo Cruz Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente Brasília. Brasília. 2014. 42p

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2014. p. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (DOU de 02/04/2013). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2020 fev 4 [citado 2020 Apr 27];Seção Extra:1.

BRASIL. Parecer nº 013/2015/COFEN/CTLN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Brasília, 25 de maio de 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, setembro de 2020 a agosto de 2021 . Acesso em 05/01/2022. Disponível em : <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/brasil/view>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 24 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde . Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 [Internet]. Brasília: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações; Jan

2021 [acesso 2022 fev 02]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacaocovid-19-de-2021>

BRITTO, I.A.G.S, ELIAS, P.V.O. Análise comportamental das emoções. *Psicologia para América Latina*. n.16 México jun. 2009

BURLISON, J. D. et al. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of patient safety*, v. 13, n. 2, p. 93–102, 2017.

CARRILLO, I. et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, v. 31, p. 3–10, 2016.

CARVALHO, R. E. F. L. DE et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 25, n. 0, 2017.

CLARKSON, M. D.; HELEN, H. Hemmelgarn Carole, Skolnik Patty J. Abandon the term “second victim. *BMJ*, v. 364, 2019.

CORNEL, S. A Transactional “Second-Victim” Model Experiences of Affected Healthcare Professionals in Acute-Somatic Inpatient Settings - A Qualitative Metasynthesis. *Journal of Patient Safety*, 2018.

CORREIA, T.; MARTINS, M.; FORTE, E. Processes developed by nurse managers regarding the error. *Revista de Enfermagem Referência*, v. IV Série, n. 12, p. 75–84, 2017.

COUTO, R. C. II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil. *IESS*, 2018. Disponível em: [https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1646/Anuario2018\\_IESS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1646/Anuario2018_IESS.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 15/03/2020.

DENHAM, C. R. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *Journal of Patient Safety*, Volume 3, Number 2, June 2007. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/232215144\\_TRUST\\_The\\_5\\_rights\\_of\\_the\\_second\\_victim](https://www.researchgate.net/publication/232215144_TRUST_The_5_rights_of_the_second_victim). Acesso em: 04/08/2019.

DE PAULA, A. C. R. et al. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 42, 2021.

DOMÍNGUEZ, B. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC)/Experience of a second victims support unit (USVIC). *Rev de Calid Asist*, v. 31, p. 49–52, 2016. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-experiencia-unidad-soporte-las-segundas-S1134282X1630077X>. Acesso: 04/08/2019.

DUARTE, et al, 2018. Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, v. 52, 2018.

DUKHANIN, V. et al. Case: A second victim support program in pediatrics: Successes and challenges to implementation. **Journal of pediatric nursing**, v. 41, p. 54–59, 2018.

EDREES, H. et al. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. **BMJ open**, v. 6, n. 9, p. e011708, 2016.

FONSECA, P.N.O, SANTOS, T.R.S, Causas de subnotificação de eventos adversos por profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. 2019. 20f. Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. Brasília-DF. 2019.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020**. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS; 2020. [acessado 25 janeiro 2021]. Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%Bade-Mental>

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Variante Ômicron representa mais de 95% dos genomas sequenciados no país**. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, ; 2022. [acessado 27 fevereiro 2022]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/variante-omicron-representa-mais-de-95-dos-genomas-sequenciados-no-pais> .

GERVEN, E. V. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. **BMJ Open**, v. 6, 2016.

HARRISON, R.; LAWTON, R.; STEWART, K. As experiências dos médicos de eventos adversos na atenção secundária: o impacto profissional e pessoal. **Clin Med (Lond)** v. 14, n. 6, p. 585–590, 2014.

HARRISON, R.; WU, A. Critical incident stress debriefing after adverse patient safety events. **The American journal of managed care**, v. 23, n. 5, p. 310–312, 2017.

HOEFEL, H. H. K. et al. Incidentes de segurança ocorridos com pacientes durante o cuidado de enfermagem. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 3, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8558> . Acesso em: 27 abr. 2021.

HOTT, M. C. M. Covid-19: Vacina boa é a aplicada de forma adequada. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1, 2022.

HUMEREZ, D. C. DE; OHL, R. I. B.; SILVA, M. C. N. DA. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

Institute for Safe Practice in the Use of Medications (ISMP) Canada Safety Bulletin. **The Second Victim: Sharing the Journey toward Healing**. Volume 17, Issue 9, October. Available from: [www.ismp-canada.org/ISMPCSAafetyBulletins.htm](http://www.ismp-canada.org/ISMPCSAafetyBulletins.htm) Accessed at: 2019. out. 01.



INSAG. International Atomic Energy Agency .**Safety series no. 75-INSAG-4, safety culture: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group, International Atomic Energy Agency**. Disponível em: <<https://www.energy.gov/ehss/downloads/safety-series-no-75-insag-4-safety-culture-report-international-nuclear-safety>>. Acesso em: 10 set. 2022.

JCI. The Joint Commission, Division of Healthcare Improvement. **Supporting second victims** [Internet]. Quick Safety; 2018 . Disponível em: <[https://www.jointcommission.org//media/tjc/documents/newsletters/quick\\_safety\\_issue\\_39\\_2017\\_second\\_victim\\_final2pdf.pdf?db=web&hash=8B3AD29E1C947C4E39F09A547991D55B&hash=8B3AD29E1C947C4E39F09A547991D55B](https://www.jointcommission.org//media/tjc/documents/newsletters/quick_safety_issue_39_2017_second_victim_final2pdf.pdf?db=web&hash=8B3AD29E1C947C4E39F09A547991D55B&hash=8B3AD29E1C947C4E39F09A547991D55B)>. Acesso em: 15 dec. 2019.

LEE, W. et al. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, 2019.

LEMOS, G. C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Rev Enferm Cent-Oeste Min**, v. 8, 2018.

MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 27, n. 2, 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. **São Paulo: Atlas**, v. 8, 2017.

MASSAROLI, A. et al. Estratégias educativas na promoção da comunicação segura: relato de experiência I. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 20, 2021.

MELLO A.L; BRITO L, J.; S; TERRA M.G; CAMELO, S. H. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018.

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Escola Enf USP**, v. 48, n. 6, p. 1127–1136, 2014.

MINAYO, M.C.Souza; COSTA, A.P. **Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação**. Aveiro: Ludomedia; 2019.

MIRA, J. J. Grupo de Pesquisa sobre Segunda e Terceira Vítimas. As consequências de eventos adversos em profissionais de saúde de hospitais e cuidados primários espanhóis. **BMC Health Serv Res**, v. 15, 2015.

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**, v. 19, n. 6, p. e203, 2017.

MONTEIRO, V. C. M. et al. Trabalho em saúde e as repercussões durante a pandemia de covid-19: um estudo documental. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

NAZÁRIO, S. DA S. et al. Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, v. 38, n. 1, p. 229–242, 2012.

OLIVEIRA, T. C. Eventos adversos e fatores associados em maternidades de ensino de Maceió. 81f. **Dissertação de mestrado** –Universidade Federal De Alagoas, Maceió. 2018.

OMS, World Health Organization. **10 facts on patient safety**. [página da internet]. Updated March 2018. [acesso em 02 de fevereiro de 2021]. Disponível em <[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/)>.

PEITTER, C.C.; CAMINHA, M.; OLIVEIRA, W. F. Managers' profile in primary health care: an integrative review. **Espaç saúde online**, v. 18, p. 165–173, 2017.

PEIXOTO, T. C.; PASSOS, I. C. F.; BRITO, M. J. Responsibility and guilt: paradoxical feelings among professionals from a pediatric intensive care unit. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 461–472, 2018.

PEREIRA, L. D. Á. et al. Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1469, 2018.

PÉREZ, C. D.; FUENTES, P. S.; GARCÍA, E. J. Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 53, p. e03463, 2019.

QUADRADO, E.R.S. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: Uma revisão de escopo. 2019. 183f. Tese de defesa de doutorado, Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP. 2019.

REASON J. **Human error**. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.

REASON, J. **Human error: models and management**. BMJ volume 320 18 march 2000.

REIS, G. A. X, et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: sugestões de enfermeiros gestores. **Vigil. sanit**, v. 4, n. 4, p. 132–138, 2016.

RIBEIRO, G. DA S. R.; SILVA, R. C. DA; FERREIRA, M. DE A. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 972–980, 2016.

ROBERTSON, J. J.; LONG, B. Suffering in silence: Medical error and its impact on health care providers. **The Journal of emergency medicine**, v. 54, n. 4, p. 402–409, 2018.

RODZIEWICZ, T. L.; HIPSKIND, J. E. Medical error prevention. **StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL)**, p. 28–29, 2018.

ROMERO, M. P. et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 333–342, 2018.

SANTOS, K. M. R. DOS et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. spe, 2021.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - SARS CoV2**. 2ª Edição . Março de 2020.

SEGATTO, M.; WACHOWICZ, M. C. Clima Organizacional como Fator Contribuinte para a Motivação e a Satisfação no Trabalho. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 2. Vol. 16. p. 25-35. 2017.

SCOTT, S. D. The Second Victim Experience: Mitigating the Harm Devastating Clinical Events can Traumatize the Healthcare Workers Involved. **American Nurse Today**, v. 10, p. 8–11, 2015.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 4, p. 960, 2020.

SILVA, L. M. O.; DEDECCA, C. S. Dimensão e características do mercado de trabalho no macrocomplexo da saúde brasileira. **Revista ABET**. n, v. 2, p. 1–38, 2006.

SILVA, R.; LAGE, I.; MACEDO, E. Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. **Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental**, n. 20, 2018.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2014.

SOUZA, I. B. et al. Gestão e gerenciamento de enfermagem: perspectivas de atuação do discente. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 13, 2019.

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. A. Second victim: after all, what is this? **Einstein (Sao Paulo, Brazil)**, v. 18, p. eED5619, 2020.

TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020.

THIRY-CHERQUES, R. H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Rev PMKT**, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo; Atlas. p. 175. 2009

TRONCHIN, D.M.R. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura. **[tese de livre-docência]**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. [s.l: s.n.].

WEGNER, W. et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016.

WEIGL, M. et al. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **BMJ quality & safety**, v. 25, n. 7, p. 499–508, 2016.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020.

World Health Organization (WHO). **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Final Technical Report**. Genebra: WHO; 2009.

World Health Organization (WHO). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report – 57**. [Internet]. WHO; 2020 [acesso em 05 jan 2022]. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)>.

WU, A. W. et al. The impact of adverse events on clinicians: What's in a name?: What's in a name? **Journal of patient safety**, v. 16, n. 1, p. 65–72, 2020.

WU, A. W. Medical error: The second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. **BMJ**, v. 320, p. 726–727, 2000.

ZAMBON, L. S. **Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência**. 2014. 246 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina. São Paulo. 2014.

## APÊNDICE A - Instrumento para coleta de informações

**Projeto:** Gestão do conhecimento estratégico e da segurança do paciente para o desenvolvimento dos profissionais e das organizações de saúde

### PARTE 1 - OBJETIVO: CARACTERIZAR A GESTORA ENTREVISTADA E A ORGANIZAÇÃO

Comunidade de prática é um grupo de pessoas que por meio da interação contínua, compartilha de um interesse, um conjunto de problemas, relacionados a uma temática, aprofundando os seus conhecimentos e especialidades nesta área.

#### INFORMAÇÕES DA GESTORA

*Gestor(a) de Enfermagem Sexo: F ( ) M ( ) Idade: ____	N. da entrevista
Ano de graduação:	Formação: ( ) graduação ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado ( ) outros _____
Data de admissão no Hospital	Função/Cargo que ocupa/ano /meses de admissão no cargo
Qualificação específica para o cargo: ( ) curso de curta duração ( ) treinamento ( ) aperfeiçoamento, qual ? _____	
Tem outro vínculo de trabalho ( ) gestão ( ) assistencial ( ) ensino Outros ____	

#### INFORMAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO/UNIDADES/SERVIÇOS QUE ATUA COMO GESTORA

Razão Social: público ( ) privado ( ) filantrópico ( ) Público Privado ( )	Tempo de funcionamento _____
Numero de leitos: ____	Porte d hospital: ( ) pequeno ( ) médio ( ) grande
Número de profissionais de enfermagem: enfermeiras _____ técnicos _	Acreditado ( ) sim ( ) não Nível de acreditação: _
Numero de enfermeiros ocupando cargos gerenciais:	Existência de Núcleo de segurança do paciente SIM NÃO

	Tempo de funcionamento: _____
Existência de serviços voltados para gestão do conhecimento/ comunidades de prática/gestão da qualidade: ( ) SIM ( ) NÃO Quais: ( ) Serviço de qualidade ( ) Vigilância epidemiológica/ ( ) Segurança do paciente ( ) Educação permanente Outros: __	

## PARTE 2 – ENTREVISTA

### Questão norteadora:

1. Quando ocorre um erro assistencial quais procedimentos/encaminhamentos são realizados em relação ao profissional que cometeu tal erro?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento livre e esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa intitulada: **ESTRATÉGIAS DE SUPORTE AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA CONDIÇÃO DE SEGUNDAS VÍTIMAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.**

O objetivo geral desta pesquisa é: analisar as estratégias adotadas pelos gestores de enfermagem para o suporte às segundas vítimas no contexto assistencial da pandemia pelo coronavírus. Trata-se de uma pesquisa que será desenvolvida durante o curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pela mestranda Rafaela Nascimento Ribeiro, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Maria de Oliveira Silva. A coleta de dados será realizada exclusivamente por mim, Rafaela Nascimento Ribeiro. A sua colaboração se dará por participação remota via plataforma virtual que permita a gravação de uma entrevista semi-estruturada, ou via encontro presencial, ambas opções de forma pré-agendada de acordo com a disponibilidade de agenda do(a) participante.

A participação na pesquisa acontecerá de forma não remunerada e voluntária. Serão respeitados os princípios éticos que regem o trabalho científico. Os benefícios em realizar esta pesquisa margeiam a dimensão da produção de dados nacionais capazes de transformar mudança na forma de produzir cuidado em saúde e a identificação de meios para fortalecer a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde. Após a realização da entrevista, o recurso audiovisual será armazenado com segurança na nuvem com acesso limitado a pesquisadora e suas orientadoras.

Todo o conteúdo será transcrito na íntegra, impresso e guardado, tendo seu conteúdo arquivado em caixa arquivo, lacrada, pelo período de 5 (cinco) anos, no grupo de pesquisa GEPASE, situado no sexto andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Após este período o grupo de pesquisa, decidirá entre manter a guarda ou proceder destruição, que será feito pela coordenadora responsável da pesquisa, por meio de desativação à sincronização exclusão dos dados nas nuvens (deletar) e calor (queimar).

Vale destacar que, em função da medida sanitária de distanciamento social, as entrevistas presenciais ficaram inviabilizadas, fazendo-se necessária a ampliação das estratégias de coleta de dados para contemplar adaptações e novos recursos que viabilizem a continuidade das produções científicas apesar da pandemia. Diante disso, destaco a importância de que uma cópia do documento, assinada pela pesquisadora, seja guardada pelo participante em seus arquivos, em consonância com o comunicado divulgado em 05 de junho de 2020 pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) com orientações para a apreciação de pesquisas de Ciências Humanas e Sociais nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Em linhas gerais, os aspectos éticos e cuidados referentes às entrevistas remotas são os mesmos das entrevistas presenciais.

Ademais, como pesquisadora, me coloco à disposição para prestar auxílio ao participante no que diz respeito à familiarização com a plataforma por meio da qual a coleta de dados será realizada. Sugiro ao participante que adote algumas medidas para garantir confidencialidade e privacidade, bem como minimizar ruídos no local onde estiver, como por exemplo a utilização de fones de ouvido, silenciar telefone e evitar uso paralelo de demais aplicativos.

Caso você decida participar de modo voluntário, a pesquisadora irá assegurar o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que preencheu o questionário, buscando respeitar a sua integridade intelectual, cultural e social. Esclarecemos acerca dos potenciais riscos que compreendem a dimensão física, psíquica, social e ainda possíveis desconfortos emocionais decorrentes das respostas ao questionário, dentre os quais estão: exposição ainda que anônima da sua experiência em plataformas digitais (banco de teses e dissertações), interferência na rotina de trabalho e embaraço de responder a questionamentos sobre as atividades desenvolvidas na atuação profissional. Nós pesquisadoras evitaremos ou minimizaremos os potenciais riscos e desconfortos, através das seguintes providências: certificação da guarda dos dados gerados, responder o questionário em horário conveniente ao entrevistado.

Em caso de danos não previstos neste termo ou perante os sinais de desconforto que comprometa a expressão livre de suas opiniões suspenderemos imediatamente a pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa será garantido a disponibilização de todas as informações referente à pesquisa, através de explicações compreensíveis e do esclarecimento de eventuais dúvidas por parte das pesquisadoras. Caso deseje, você poderá obter o questionário com suas respostas na íntegra, elas serão fornecidas a você via e-mail para que dê o destino que julgar. Cabe as pesquisadoras desta tese a divulgação dos resultados à comunidade em geral. A



divulgação e socialização dos dados têm o objetivo de beneficiar a sociedade ao que tange a produção científica respeitando os princípios da não-maleficência.

Você é livre para desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, com exclusão das informações por você prestadas, sem qualquer penalização, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. As pesquisadoras e os participantes não receberão remuneração pela participação deste estudo. Caso haja alguma dúvida sobre a participação nesta pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (71) 32837361, do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por meio dos e-mails pessoal e institucional ([enfarafaelnascimento@gmail.com](mailto:enfarafaelnascimento@gmail.com); [ppgenfufba@gmail.com](mailto:ppgenfufba@gmail.com)), ou ainda entrar em contato com CEP-UFBA conforme informações abaixo.

Caso você concorde, solicito autorização para o uso das informações para fins de construção da dissertação do curso, publicação de artigos científicos, divulgação e apresentação em eventos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma via deste documento. Esta deverá ser guardada para caso de esclarecimento de dúvidas, e garante seus direitos como participante da pesquisa.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura do participante:

---

Assinatura da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosana Maria de O. Silva – pesquisadora responsável

---

Assinatura da Mestranda Rafaela Nascimento Ribeiro – pesquisadora principal

---

Agradecemos sua atenção, interesse em contribuir com produção científica e a disposição em participar do estudo.

**Outras informações de contato para dúvidas, esclarecimentos ou defesa dos seus direitos assegurados na pesquisa:**

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UFBA, UFBA dispõe dos seguintes contatos: Telefone (71)32837615, e-mail [cepee.ufba@ufba.br](mailto:cepee.ufba@ufba.br) ou, ainda, ir diretamente ao local, situado na Escola de Enfermagem – UFBA, rua Dr. Augusto Viana, s/n, sala 432-437 – Canela, Salvador – BA. CEP: 40110-060. O horário de funcionamento: segundas, quartas e quintas das 8h – 14h, terças e sextas das 11h – 17h.

## APÊNDICE C - Carta convite

### CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DE PESQUISA

ESTRATÉGIAS DE SUPORTE AOS PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM COMO SEGUNDAS VÍTIMAS DURANTE A  
PANDEMIA DA COVID-19



ESTE É UM CONVITE PARA UMA ENTREVISTA REALIZADA  
VIA PLATAFORMA VIRTUAL, COM MÉDIA DE 20 MINUTOS DE  
DURAÇÃO

Organização: Gepase-Ufba  
Pesquisadora: Mestranda Rafaela Nascimento  
Orientadora: Dr<sup>a</sup> Rosana Maria

**ENCONTRO-ME À DISPOSIÇÃO PARA AGENDARMOS  
O HORÁRIO QUE MELHOR SE ENQUADRE À SUA PROGRAMAÇÃO  
E DISPONIBILIDADE**

Sua participação é muito importante

Mais informações,  
(71) 981806057 

Obrigada!



## ANEXO A – Comprovante de Envio do Projeto à Plataforma Brasil

HOSPITAL GERAL ROBERTO  
SANTOS - BA



### COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS DOS GESTORES DE ENFERMAGEM PARA O SUPORTE ÀS SEGUNDAS VÍTIMAS NO CONTEXTO ASSISTENCIAL DA COVID-19

**Pesquisador:** RAFAELA NASCIMENTO RIBEIRO

**Versão:** 1

**CAAE:** 52547421.4.0000.5028

**Instituição Proponente:** Hospital Geral Roberto Santos - BA

#### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 119271/2021

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto ESTRATÉGIAS DOS GESTORES DE ENFERMAGEM PARA O SUPORTE ÀS SEGUNDAS VÍTIMAS NO CONTEXTO ASSISTENCIAL DA COVID-19 que tem como pesquisador responsável RAFAELA NASCIMENTO RIBEIRO, foi recebido para análise ética no CEP Hospital Geral Roberto Santos - BA em 14/10/2021 às 09:56.

**Endereço:** Estrada do Saboeiro, s/nº  
**Bairro:** Estrada do Saboeiro **CEP:** 41.180-000  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3117-7519 **Fax:** (71)3387-3429 **E-mail:** cep.hgrs.ba@gmail.com

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO							
Apreciação ↕	Pesquisador Responsável ↕	Versão ↕	Submissão ↕	Modificação ↕	Situação ↕	Exclusiva do Centro Coord. ↕	Ações
PO	RAFAELA NASCIMENTO RIBEIRO	1	13/10/2021	20/11/2021	Aprovado	Não	