UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VITÓRIA CRISTINA SILVA

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA EM EVENTOS ADVERSOS: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS HOSPITALARES NA FUNÇÃO GERENCIAL

ALFENAS/MG

2025

VITÓRIA CRISTINA SILVA

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA EM EVENTOS ADVERSOS: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS HOSPITALARES NA FUNÇÃO GERENCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Coorientadora: Profa. Dra. Roberta Seron Sanches.

ALFENAS/MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Silva , Vitória Cristina.
Profissionais de enfermagem como segunda vítima em eventos adversos : vivências de enfermeiros hospitalares na função gerencial / Vitória Cristina Silva . - Alfenas, MG, 2025.
129 f. : il. -

Orientador(a): Zélia Marilda Rodrigues Resck.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.
Bibliografia.

1. Segurança do Paciente. 2. Enfermeiros Administradores. 3. Equipe de Enfermagem. 4. Evento Adverso. I. Resck, Zélia Marilda Rodrigues , orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

VITÓRIA CRISTINA SILVA

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA EM EVENTOS ADVERSOS: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS HOSPITALARES NA FUNÇÃO GERENCIAL

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 01 de dezembro de 2025.

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck

Presidente da Banca Examinadora

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Mirelle Inácio Soares

Instituição: Universidade do Vale do Sapucaí

Documento assinado eletronicamente por **Zélia Marilda Rodrigues Resck**, **Professor do Magistério Superior**, em 03/12/2025, às 08:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1684033** e o código CRC **1140FA34**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, dirijo minha gratidão a Deus, fonte de força, esperança e resiliência. A Ele agradeço por todas as oportunidades concedidas e por me sustentar ao longo da minha trajetória.

À minha família, pelo amor incondicional, carinho e apoio silencioso, que serviu de alicerce nos momentos de dificuldade.

Ao meu parceiro, companheiro de todas as horas, ombro amigo e força nos momentos de fragilidade, que esteve ao meu lado nas crises, oferecendo amparo, incentivo e suporte para que eu pudesse seguir adiante.

À minha orientadora, Profª Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck, sou imensamente grata pela dedicação, paciência e zelo. Sua orientação cuidadosa, conselhos valiosos, constante disponibilidade para apoiar e confiança em meu potencial, bem como sua fé, foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À minha coorientadora, Profª Dra. Roberta Seron Sanches, agradeço por ter abraçado o tema desde o início, trazendo perspectivas enriquecedoras e guiando o desenvolvimento da pesquisa com sabedoria.

À banca examinadora, especialmente ao Prof. Dr. Fábio de Souza Terra e à Profª Dra. Mirelle Inácio Soares, expresso meu sincero agradecimento pelas observações perspicazes, questionamentos construtivos e valiosas contribuições, que enriqueceram e elevaram a qualidade deste trabalho.

À Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG e a todos os professores da Pós-Graduação em Enfermagem, expresso minha sincera gratidão por disponibilizarem conhecimento, recursos e oportunidades, os quais contribuíram significativamente para meu crescimento profissional e pessoal.

Às enfermeiras participantes, agradeço de coração pela generosidade em compartilhar suas experiências, reflexões e vivências. Sem a contribuição de vocês, este estudo não teria sido possível.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa caminhada, meu muito obrigada. Este trabalho é resultado do apoio, da confiança e da colaboração de cada um de vocês.

Por fim, agradeço à instituição parceira que financiou a pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

Os profissionais de enfermagem, por sua atuação direta na assistência, apresentam maior vulnerabilidade à ocorrência de eventos adversos. A vivência desses incidentes pode gerar impactos emocionais e temor de sanções disciplinares ou legais, configurando o fenômeno da "Segunda Vítima". Nesse contexto, enfermeiros que ocupam funções de liderança exercem papel estratégico na consolidação da cultura de segurança do paciente. Objetivou-se analisar a vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares face aos cuidados aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos. Estudo descritivo e analítico, de abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada a coleta de dados, entre outubro de 2024 e março de 2025, em ambiente virtual, por meio da plataforma *Google Meet*, e consistiu em entrevista única por participante. Foram 11 enfermeiras atuantes em funções gerenciais em instituições hospitalares, selecionadas por meio da técnica de amostragem *snowball*. A entrevista semiestruturada foi norteada por um instrumento elaborado pelas autoras, composto por um questionário de caracterização pessoal e profissional e por duas questões abertas, gravadas e posteriormente transcritas. Os dados de caracterização pessoal e profissional foram apresentados em tabelas por meio da estatística descritiva e para a organização e análise dos dados oriundos da entrevista utilizou-se a análise temática reflexiva. Adotou-se como fundamentação teórica a abordagem "*TRUST: The 5 Right of the Second Victim*". As participantes eram todas do sexo feminino, na faixa etária de 41 a 50 anos, em sua maioria casadas ou em união estável, distribuídas em dois estados e oito municípios. Possuíam de 15 a 20 anos de experiência na enfermagem, com mais de seis anos de atuação na instituição e na função ou cargo gerencial atual, destacando-se nos cargos de enfermeira responsável técnica e enfermeira de qualidade e segurança. A análise temática reflexiva possibilitou a definição de três temas: "Eventos adversos e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima", "Cultura organizacional, gestão e liderança e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos" e "Ações estratégicas de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos". No primeiro tema, evidenciou-se a compreensão do conceito e da complexidade que envolve a segunda vítima ainda incipientes. No segundo, apreendeu-se que a cultura institucional, os modelos de gestão e as práticas de liderança influenciam diretamente na condução dos eventos adversos e na forma como a segunda vítima vivencia essa experiência. Por fim, no terceiro tema identificou-se que as iniciativas de apoio permanecem pontuais e pouco institucionalizadas e reforçou a importância de ações preventivas voltadas à redução dos incidentes. Conclui-se que, mesmo com o reconhecimento da natureza sistêmica dos eventos, a cultura punitiva ainda persiste em muitos contextos. As ações estratégicas institucionais constituem desafio para a realidade vivenciada, o que reforça a necessidade de programas estruturados de suporte à segunda vítima.

Palavras-chave: segurança do paciente; enfermeiros administradores; equipe de enfermagem; evento adverso.

ABSTRACT

Nursing professionals, due to their direct role in care delivery, are more vulnerable to adverse events. Experiencing these incidents can generate emotional impacts and fear of disciplinary or legal sanctions, configuring the "Second Victim" phenomenon. In this context, nurses in leadership roles play a strategic role in consolidating a culture of patient safety. This study aimed to analyze the experiences of nurses in management roles in hospitals regarding the care of nursing professionals as second victims of adverse events. This is a descriptive and analytical study with a qualitative approach, based on the theoretical and methodological framework of dialectical hermeneutics. After approval by the Research Ethics Committee, data collection was conducted between October 2024 and March 2025 in a virtual environment, via the Google Meet platform, and consisted of a single interview per participant. Eleven nurses working in management roles in hospitals were selected using the snowball sampling technique. The semi-structured interview was guided by an instrument developed by the authors, consisting of a personal and professional profile questionnaire and two open-ended questions, which were recorded and later transcribed. Personal and professional profile data were presented in tables using descriptive statistics, and reflective thematic analysis was used to organize and analyze the interview data. The theoretical framework adopted was "TRUST: The 5 Rights of the Second Victim." All participants were female, aged 41 to 50, mostly married or in a stable relationship, and distributed across two states and eight municipalities. They had 15 to 20 years of nursing experience, with more than six years of experience at the institution and in their current management role or position, particularly in the roles of technical responsible nurse and quality and safety nurse. Reflective thematic analysis enabled the definition of three themes: "Adverse Events and the Interface with Nursing Professionals as Second Victims," "Organizational Culture, Management, and Leadership and the Interface with Nursing Professionals as Second Victims of Adverse Events," and "Strategic Actions to Support Nursing Professionals as Second Victims of Adverse Events." The first theme highlighted an incipient understanding of the concept and complexity surrounding the second victim. The second theme demonstrated that institutional culture, management models, and leadership practices directly influence the management of adverse events and how the second victim experiences them. Finally, the third theme identified that support initiatives remain isolated and poorly institutionalized, reinforcing the importance of preventive actions aimed at reducing incidents. The conclusion is that, despite recognizing the systemic nature of these events, a punitive culture persists in many contexts. Strategic institutional actions pose a challenge in the current reality, reinforcing the need for structured support programs for second victims.

Keywords: patient safety; nurse administrators; nursing, team; adverse event.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Sumarização dos 5 direitos das segundas vítimas segundo a abordagem TRUST..... 29

Quadro 2 – Apresentação dos códigos e extratos relevantes..... 100

Figura 1 – Mapa temático preliminar..... 119

Figura 2 – Mapa temático final..... 41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis sexo, faixa etária e estado civil. Alfenas, MG, 2025. (n=11)..... 38

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis estado e município de trabalho, tempo de experiência profissional como enfermeiro, tempo de atuação na instituição, função ou cargo atual e tempo de atuação na função ou cargo atual. Alfenas, MG, 2025. (n=11)..... 39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	*American Society of Anesthesiology*
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREQ	*Consolidated criteria for reporting qualitative research*
E	Enfermeiro
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
F	Frequência
ICPS	*International Classification for Patient Safety*
IOM	*Institute of Medicine*
ISMP	*Institute for Safe Medication Practices*
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MS	Ministério da Saúde
N	Tamanho da amostra
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada

REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente
RISE	*Resilience in Stressful Events*
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SVEST	*Second Victim Experience and Support Tool*
BR-SVEST	Questionário de Experiência e Apoio à Segunda Vítima
SWOT	*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRUST	*The 5 Right of the Second Victim*
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
VIGIPOS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**15**
2	**JUSTIFICATIVA**	**17**
3	**OBJETIVOS**	**19**
3.1	OBJETIVO GERAL	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	**REVISÃO DA LITERATURA**	**20**
4.1	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE	20
4.2	EVENTOS ADVERSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR E DA ENFERMAGEM	22
4.3	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS	25
5	**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**	**28**
6	**MÉTODO**	**30**
6.1	TIPO DE ESTUDO	30
6.2	CENÁRIO DO ESTUDO……..……..…….	31
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	31
6.4	COLETA DE DADOS	32
6.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	34
6.6	ASPECTOS ÉTICOS	35
7	**RESULTADOS**	**38**
7.1	CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	38
7.2	VIVÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NA FUNÇÃO GERENCIAL EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTO ADVERSO	40
7.2.1	**Eventos adversos e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima**	**41**

7.2.2 Cultura organizacional, gestão e liderança e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adverso…….. 47
7.2.3 Ações estratégicas de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos..... 54
8 DISCUSSÃO..... 60
8.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL……...……. 60
8.2 VIVÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NA FUNÇÃO GERENCIAL EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS……...…… 61
8.2.1 Eventos adversos e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima…… 61
8.2.1.1 Conhecimento do termo segunda vítima…… 61
8.2.1.2 Olhar para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos…….…….…….. 63
8.2.2 Cultura organizacional, gestão e liderança e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos……. 66
8.2.2.1 Cultura organizacional com foco na gestão e liderança tradicional e punitiva……...…… 66
8.2.2.2 Cultura organizacional na perspectiva sistêmica da segurança do paciente…….. 69
8.2.3 Ações estratégicas de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos……..…… 73
9 ANÁLISE À LUZ DA HERMENÊUTICA-DIALÉTICA…..…… 79
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS…….……..……... 84
REFERÊNCIAS..... 85
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... 99
APÊNDICE B - APRESENTAÇÃO DOS CÓDIGOS E EXTRATOS RELEVANTES..... 100
APÊNDICE C – MAPA TEMÁTICO PRELIMINAR……..…… 119

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... 120
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 124

1 INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente, é entendida como o ato de reduzir, a um mínimo aceitável, os riscos e os danos desnecessários aos quais um paciente pode estar exposto ao receber assistência à sua saúde. Assim, compreende iniciativas, com vistas a estabelecer uma estrutura de atividades organizadas, voltadas para a instauração de condutas e métodos nos ambientes de saúde, a fim de mitigar os riscos de forma consistente e duradoura (WHO, 2023).

Inquietações relativas à segurança do paciente ganharam repercussão mundial no final da década de 1990, após a publicação de um relatório que evidenciou os Eventos Adversos (EA) como importante causa de óbitos em hospitais norte-americanos (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000).

EAs são incidentes que provocam danos ou lesões ao paciente durante a assistência, podendo resultar em repercussões físicas, sociais ou psicológicas, temporárias ou permanentes (Brasil, 2013a; WHO, 2020; Assis *et al.,* 2022). No ambiente hospitalar, decorrem principalmente de falhas na identificação do paciente, na administração de medicamentos, quedas e entre outros (Furini; Nunes; Dallora, 2019; Ribeiro; Servo; Silva Filho, 2021).

Vale salientar que os EAs afetam não apenas o paciente, mas também os seus familiares, a organização hospitalar e a equipe de saúde (Furini; Nunes; Dallora, 2019; Ribeiro; Servo; Silva Filho, 2021). Particularmente, os elementos da equipe de saúde, quando envolvidos na ocorrência de um EA podem experienciar repercussões negativas relativas ao estresse emocional e ao receio de possíveis sanções éticas e legais (Duarte *et al.,* 2015).

Assim, considerando-se que os EAs também impactam os profissionais de saúde, utiliza-se o termo “Segunda Vítima”, proposto por Wu (2000). Este refere-se aos impactos negativos dos EAs ao profissional, incluindo sentimentos de culpa, ansiedade, insegurança na tomada de decisões, insônia ou sonolência, medo de erros futuros e desejo de deixar a profissão (Wu, 2000; Busch *et al.*, 2019; Mathebula *et al.,* 2022; Vanhaecht *et al.,* 2022).

Complementa-se que os profissionais de enfermagem, por seu envolvimento nos cuidados diretos aos pacientes e a complexidade de suas atividades, podem estar mais expostos aos erros e consequentes EAs, sendo também os que mais apresentam sofrimento psicológico após a ocorrência de incidentes relacionados à experiência de segunda vítima (Oliveira *et al.,* 2020; Quadros *et al.,* 2022; Rodrigues *et al.*, 2025).

Vale ressaltar que, enfermeiros, frequentemente assumem posição de liderança nas organizações de saúde, sobretudo, no que concerne à consolidação da assistência segura

(Pinto; Lourenço; Neves, 2022; Morcelli *et al.,* 2023). Nesse contexto, articulam as ações da equipe de enfermagem, influenciando a cultura organizacional e fomentando a adesão às diretrizes de qualidade e segurança, à transparência e ao aprendizado decorrente dos EAs (Adão; Silva, 2023; Bispo *et al.,* 2023; Calado, 2023).

Com isso, a literatura reconhece a necessidade de que as organizações e os líderes assegurem estratégias que busquem apoiar os profissionais envolvidos em EAs, mediante aconselhamento, acolhimento e apoio emocional, de modo seguro e sem julgamentos, a fim de reduzir o impacto emocional relacionado ao incidente (Quadros *et al.*, 2022; Ozeke *et al.,* 2019).

Embora a literatura aponte que cabe aos líderes e à instituição, a proposição de uma abordagem formalizada às segundas vítimas, reconhecendo que uma cultura solidária e não punitiva pode levar à melhoria do sistema que permitiu a ocorrência do erro, sabe-se que não se trata de uma realidade consolidada em todos os cenários (Denham, 2007; Sahay; Mckenna, 2023).

Corrobora-se que a cultura não punitiva ao erro e de segurança do paciente são dimensões que apresentaram menores percentuais de respostas positivas em um instrumento de avaliação da cultura de segurança em ambientes hospitalares. Tal fato reflete na diminuição da notificação de EA e suprime a oportunidade de aprendizado (Soares; Lima, 2023; Campos *et al.,* 2023; Batalha *et al.,* 2024).

Nesse sentido, é notável que em diversas instituições, ainda persiste a aplicação de penalidades, o que tende a agravar o sentimento de culpa, medo e insegurança no ambiente laboral. Essa realidade pode estar relacionada à existência de lacunas no cenário brasileiro quanto às estratégias de apoio para as segundas vítimas (Quadrado; Tronchin; Maia, 2019; Campos *et al.,* 2023).

Face ao exposto, despertam-se inquietações que se traduzem pelos seguintes questionamentos:

1. Como é a vivência dos enfermeiros que atuam na função de gerenciamento em instituições hospitalares, face aos cuidados aos profissionais de enfermagem como Segunda Vítima de EA?
2. Quais estratégias de apoio têm sido utilizadas aos profissionais de enfermagem como Segunda Vítima de EA?

2 JUSTIFICATIVA

O interesse da autora pela temática surgiu durante o estágio curricular supervisionado na área hospitalar, ao elaborar um procedimento operacional padrão (POP) sobre as segundas vítimas, momento em que identificou a escassez de referências nacionais sobre o reconhecimento, acolhimento e manejo de profissionais como segundas vítimas de EAs. A partir disso, despertou-se o desejo de aprofundar o tema e compreender como essa questão tem sido abordada em determinadas realidades institucionais.

Nesse sentido, EAs ocorrem nas organizações de saúde e, comumente, resultam da convergência de fatores contribuintes e não da conduta de maus profissionais (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000). Este entendimento, aliado aos estudos que retratam repercussões negativas da ocorrência de EAs para as segundas vítimas, colocam em perspectiva a necessidade de estratégia de apoio às mesmas (Wu, 2000; Busch *et al.*, 2019; Mathebula *et al.,* 2022; Vanhaecht *et al.,* 2022).

Destarte, analisar a vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares face aos cuidados dos profissionais de enfermagem como Segunda Vítima de EA poderá contribuir para a identificação das abordagens empregadas frente a estes incidentes e fornecer informações relevantes para a prática profissional de enfermeiros, gestores e instituições de saúde, a fim de ampliar a compreensão sobre os impactos aos profissionais e possibilitar a promoção de estratégias de apoio que minimizem estas repercussões.

Também, inerentes às contribuições sociais, poderão ser geradas melhorias tanto para pacientes quanto para colaboradores, uma vez que o conhecimento sobre as estratégias de apoio pode promover o bem-estar dos profissionais de enfermagem, auxiliando-os a enfrentar os impactos dos EAs. Do mesmo modo, ao incentivar a cultura de segurança justa, contribuirá para a prevenção de novos incidentes e para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, beneficiando diretamente os pacientes e, consequentemente, a sociedade como um todo.

Para mais, face às lacunas existentes na literatura nacional, estudos sobre a temática podem contribuir para o acréscimo de achados científicos e resultados relevantes, com vistas a fomentar ações para a assistência segura e fornecer informações para o cuidado das segundas vítimas. Corroborando o exposto, o Programa Nacional de Segurança do Paciente e o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente priorizam, entre seus eixos, o avanço de pesquisas na área (Brasil, 2014; WHO, 2021).

Por fim, os resultados deste estudo podem incentivar a formulação e a implementação de políticas públicas específicas e ações que promovam o acolhimento e o suporte efetivo às segundas vítimas de EAs, com vistas a ampliar a efetividade das estratégias de apoio no âmbito institucional e governamental, além de assegurar um ambiente de trabalho mais seguro, o que favorece o bem estar dos profissionais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares face aos cuidados aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação às variáveis pessoais e profissionais;

Identificar as estratégias de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EA.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, é apresentada uma revisão narrativa da literatura concernente à temática. Para tal, foram realizadas pesquisas não sistematizadas em bases de dados, bibliotecas eletrônicas, obras literárias, legislações e demais documentos oficiais, sem limitação temporal. Organizou-se a seção em três tópicos:

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

O fenômeno da segurança do paciente se configura como uma temática de relevância global, refletindo uma inquietação histórica. Esta preocupação remete aos primórdios da medicina, haja vista que Hipócrates, considerado o pai da Medicina, expôs o pressuposto *Primum non nocere*, que denota "primeiro não cause o dano", sugerindo a possibilidade de que os cuidados médicos poderiam acarretar riscos. Do mesmo modo, em 1859, Florence Nightingale, pioneira da enfermagem moderna, proferiu que o principal dever de um hospital é não causar mal ao paciente (Brasil, 2014; Oliveira; Simplício; Ferreira, 2023).

No ano de 2000, este tema obteve uma maior notoriedade, em virtude da publicação do relatório "*To Err is Human: Building a Safer Health System"*, pelo *Institute of Medicine* (IOM), que divulgou informações sobre a estimativa do número de mortes ocasionadas por erros médicos nos Estados Unidos da América (EUA). Isto resultou em um aumento de estudos sobre a segurança do paciente, uma vez que acarretou uma comoção social em escala internacional, por explicitar as implicações dos EAs às pessoas afetadas e as implicações econômicas para os serviços de saúde (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000; Brasil, 2014).

Vale salientar, que essa implicação decorre da estimativa mencionada no relatório, a qual indica a ocorrência de até 98 mil mortes anuais decorrentes de EA em hospitalizações, superando até as fatalidades relacionadas ao câncer de mama, acidentes automobilísticos e Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000).

Dado o impacto deste relatório, no ano de 2004, a WHO criou o programa *World Alliance for Patient Safety*, propondo-se a organizar e uniformizar os conceitos e definições referentes à segurança do paciente, bem como propor medidas para reduzir os EA e incentivar o desenvolvimento de pesquisas de âmbito mundial sobre a temática, de forma a assegurar que a busca por cuidados seguros se tornasse uma iniciativa mundial (WHO, 2004; Brasil, 2014).

Do mesmo modo, a WHO desenvolveu a *International Classification for Patient Safety* (ICPS), a fim de padronizar os conceitos de segurança do paciente, numa classificação internacionalmente aceitável, o que contribuiu para o entendimento sobre o tema (WHO, 2009; Brasil, 2014).

Iniciativas nacionais também integraram o movimento em prol da segurança do paciente, como é o caso da Rede Sentinela, estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2001 como o objetivo de fortalecer as ações da Vigilância Sanitária e a gestão do risco sanitário, por meio de um sistema ativo de monitoramento do desempenho e da segurança dos produtos de saúde (Brasil, 2014).

Posteriormente, em 2006, ocorreu o Primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação em Belo Horizonte-MG, organizado pela Associação Mineira de Farmacêuticos, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP)/EUA. Desse modo, em 2009, o ISMP foi estabelecido no Brasil, como uma entidade multiprofissional, que promove a disseminação de informações, por meio de eventos nacionais e internacionais, boletins, capítulos em livros e artigos sobre erros de medicação (Brasil, 2014).

Especificamente na área da Enfermagem, foi instituída em 2008, a Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente (REBRAENSP), com a finalidade de promover a disseminação de práticas de cuidado seguro nos serviços de saúde, atuando também como uma estratégia de articulação e cooperação técnica entre instituições ligadas à saúde e à educação, para a formação de redes colaborativas para o desenvolvimento da temática dentro da categoria profissional (REBRAENSP, 2020).

Ainda em 2009, foi publicada a Portaria nº 1660, de 22 de julho de 2009, que definiu um sistema de notificação e investigação da Vigilância Sanitária (VIGIPOS), com vistas ao monitoramento, análise e investigação precoce de casos associados aos produtos e serviços sob Vigilância Sanitária e em 2011, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde (Brasil, 2009; Brasil, 2011).

Contudo, o ano de 2013 é apontado como um marco nacional para a segurança do paciente, devido à publicação da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde no Brasil (Brasil, 2013a). A referida RDC estabeleceu a obrigatoriedade de notificação de EAs pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) para o Sistema Nacional

de Vigilância Sanitária (SNVS), contribuindo, para a geração de dados que retratem o panorama nacional sobre a ocorrência de tais incidentes, bem como para a promoção e implementação de ações destinadas à assistência segura (Brasil, 2013a; Brasil, 2014).

Também, no mesmo ano foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, do Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo geral é o aprimoramento da qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do país (Brasil, 2013a).

O PNSP também compreende objetivos específicos, que direcionam para a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, por meio dos NSPs: inclusão do paciente e os familiares neste processo; melhoria do acesso da sociedade às informações pertinentes; produção e sistematização das informações sobre a temática; e a inclusão do tema no ensino de saúde do país. Deste modo, incita uma prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na sua própria segurança, integrando o tema ao ensino e incrementando pesquisas sobre o assunto (Brasil, 2013a; Brasil, 2014).

Acrescenta-se que em 2012 ocorreu a 74ª Assembleia Mundial da Saúde, na qual foi pactuado o "Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente: 2021-2030". Este plano visa fomentar a Segurança do Paciente, como um elemento fundamental no desenho, nos procedimentos e na avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, com vistas a reduzir ao máximo os danos evitáveis e tornar os cuidados de saúde cada vez mais seguros (WHO, 2021).

Assim sendo, dispõe-se a fornecer diretrizes para os governos nacionais, entidades do setor da saúde, instituições de saúde e secretariado da WHO, sobre como efetivar a resolução da assembleia sobre a segurança do paciente. Isso inclui impulsionar o desenvolvimento de políticas, estratégias e iniciativas para garantir a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde em escala global (WHO, 2021).

Reitera-se, portanto, que a instalação de uma cultura de segurança nos serviços de saúde é concebida como uma proposta para reestruturar os processos de trabalho e os modos de cuidar, viabilizando abordagens seguras para mitigar a possibilidade da ocorrência de falhas e EA, além de priorizar a excelência na prestação do processo de cuidar (Penariol *et al.,* 2021).

4.2 EVENTOS ADVERSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR

EAs compreendem incidentes que resultam em danos desnecessários ao paciente. Entende-se por dano, o deterioramento da estrutura ou função corporal e seus efeitos resultantes, incluindo doenças, lesões, sofrimento, óbito, incapacidade ou disfunção, abrangendo aspectos físicos, sociais e/ou psicológicos (WHO, 2009; Brasil, 2013a).

No contexto hospitalar, a obrigatoriedade da notificação de um EA é atribuída aos NSPs, os quais possuem a responsabilidade de planejar e disseminar medidas preventivas e de controle, baseadas em indicadores estruturais e de processo. A notificação institucional pode ocorrer de forma espontânea pelos trabalhadores, pacientes e/ou acompanhantes ou por meio de uma revisão de prontuários, com o intuito de realizar uma busca ativa por EAs (Brasil, 2016a; Nazário *et al.,* 2022).

Destarte, estes eventos são notificados aos NSPs e por estes ao SNVS, o qual compila e divulga mensalmente, um relatório das notificações relacionadas à assistência à saúde, além do relatório com o panorama nacional, com vistas a propagar conhecimento e informação (Brasil, 2013a; Anvisa, 2022).

Segundo o relatório da Anvisa correspondente ao panorama nacional no período de janeiro a dezembro de 2023, foram notificados 368.895 incidentes. As instituições hospitalares se destacaram como o tipo de estabelecimento que mais notificou incidentes, sendo os mais frequentemente notificados, as falhas durante a assistência à saúde, as falhas envolvendo cateter venoso e as lesões por pressão (Anvisa, 2023).

Considerando-se o grau de dano, a maioria dos incidentes notificados à Anvisa no referido período resultou em danos leves, no entanto, falhas durante a assistência à saúde, broncoaspiração e falhas durante o procedimento cirúrgico estiveram entre os tipos de incidentes que mais resultaram em óbito (Anvisa, 2023).

Complementa-se ainda, a notificação de incidentes denominados *never events*, ou seja, eventos graves e que teoricamente não deveriam ocorrer. No ano de 2023, os *never events* mais notificados foram a retenção não intencional de corpo estranho em paciente após a cirurgia, suicídio, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência do paciente dentro do serviço de saúde, óbito intraoperatório ou imediatamente no pós-operatório de paciente ASA 1, ou seja, aqueles considerados saudáveis, segundo a *American Society of Anesthesiology*, e procedimentos cirúrgicos realizados no lado incorreto (Zaslow *et al.,* 2022; Anvisa, 2023).

Os dados de 2023 ratificam o relatório da referida agência no período de 2014 a 2021, em que se destacou a ocorrência de EAs principalmente por falhas na assistência à saúde e

que implicaram em danos leves aos pacientes, assim como a ocorrência de *never events* (Anvisa, 2021).

Importante destacar que nos ambientes hospitalares ainda persiste uma cultura organizacional de subnotificação, que resulta em atrasos na detecção de sinais de risco e na subavaliação de potenciais problemas. Isso pode ser atribuído à sobrecarga laboral, à falta de conhecimento sobre os critérios de notificação, à tendência ao esquecimento e ao medo das consequências, reflexo de uma cultura punitiva, caracterizada por punições verbais e/ou escritas, demissões e processos civis, legais e éticos (Fonseca; Santos; Campos, 2020; Sousa *et al.,* 2023).

Contudo, a detecção das informações de EAs notificados, revela-se pertinente para identificar e analisar as vulnerabilidades e as falhas institucionais, bem como a inadequação do processo de trabalho e dos recursos humanos. Assim, a partir deste processo, pode-se promover o estabelecimento de metas, intervenções e ações corretivas para contribuir com a diminuição dos EA (Resende *et al.,* 2020).

A implementação de estratégias no hospital, como a educação continuada e a promoção do aprimoramento do diálogo entre a equipe, pode resultar na diminuição de erros futuros. Portanto, é fundamental evitar uma abordagem punitiva, e direcionar os esforços para a identificação de falhas sistêmicas, visando fomentar o debate acerca da gestão e instigar mudanças na cultura organizacional, a fim de fortalecer ações que minimizem os EA, bem como estimular as notificações destes incidentes (Resende *et al.,* 2020; Fonseca; Santos; Campos, 2020).

Acrescenta-se, que a ocorrência de EAs podem impactar significativamente a vida dos pacientes e seus familiares, seja pelos danos causados ou pela maneira como são abordados pela instituição. Todavia, tais eventos também podem afetar os profissionais envolvidos no incidente, gerando estresse psicológico e provocando uma intensidade de emoções negativas e conflitos intrapessoais (Liukka *et al.,* 2020; Ferrús *et al.,* 2021).

Reitera-se, portanto, que os EAs constituem uma expressiva preocupação na esfera da saúde, impactando não apenas os pacientes, mas também os profissionais. Logo, é primordial a adoção de ações para reduzir as barreiras institucionais e comportamentais que dificultam a notificação de EAs, com ênfase na promoção de uma cultura não punitiva e na valorização do aprendizado com erros, com vistas à qualidade e a confiabilidade dos dados, fundamentais para orientar o desenvolvimento ações eficazes (Ferrús *et al.,* 2021; Nazário *et al.,* 2021).

Também, sinaliza-se para a necessidade de contemplar a formulação de estratégias direcionadas ao suporte dos profissionais de saúde envolvidos em EAs, uma vez que, comumente, estes experienciam repercussões negativas em sua saúde física e mental e também no desempenho de suas atividades profissionais. Estas estratégias podem fomentar uma maior interação de respeito, confiança e comprometimento profissional entre os profissionais e a instituição em que atuam (Quadrado; Tronchin; Maia, 2019).

4.3 PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS

O termo “Segunda Vítima”, introduzido por Albert Wu em 2000, refere-se aos profissionais envolvidos na ocorrência de EAs, em virtude dos impactos físicos e psicológicos, os quais podem resultar em adoecimento sistêmico, *burnout* ou até mesmo o suicídio do profissional (Wu, 2000; Paula *et al*., 2022; Li *et al.,* 2023).

Sendo assim, as manifestações decorrentes destes EAs podem envolver aspectos psicológicos, tais como ansiedade, depressão, remorso e angústia, bem como cognitivos, como dificuldade de concentração, insatisfação e estresse traumático secundário (Busch *et al.,* 2019; Tartaglia; Matos, 2020; Li *et al.,* 2023; New; Lambeth, 2024).

Ainda, há manifestações de cunho físico, como insônia, fadiga, tensão muscular, dores de cabeça e entre outros. Dessa maneira, tais fenômenos acarretam graves implicações no bem-estar e na capacidade funcional dos profissionais de saúde (Busch *et al.,* 2019; Tartaglia; Matos, 2020; Li *et al.,* 2023; New; Lambeth, 2024).

A equipe de enfermagem pode estar mais exposta a ocorrência EAs, haja vista que assume a maior parte das responsabilidades e atribuições relacionadas aos cuidados diretos ao paciente (Duarte *et al.,* 2015). Para corroborar, Huang *et al*. (2022) apontam que 70,50% dos enfermeiros sofreram pelo menos um EA ao longo de suas carreiras, e 42,56% estiveram envolvidos em pelo menos um EA que resultou principalmente em sofrimento psicológico.

Ganahl *et al.* (2022) identificaram que os enfermeiros na condição de segunda vítima relataram a manifestação de sentimento de culpa, distúrbios do sono, *flashbacks* do evento vivenciado, desempenho reduzido no ambiente de trabalho e dificuldades na realização de atividades rotineiras. Além disso, enfrentaram uma redução na qualidade de vida, inquietação interna, náuseas e receio de exclusão pela equipe.

Por conseguinte, o sofrimento e a sensação de solidão vivenciada pelos profissionais de enfermagem podem influenciar na intenção de absenteísmo e na rotatividade de pessoal, podendo levar à consideração de renúncia ou transferência de emprego (Aharon *et al.,* 2021; Ganahl *et al.*, 2022).

Huang *et al*. (2022) evidenciaram que os enfermeiros participantes indicaram preferir discutir os detalhes do ocorrido com um colega (84,8%), seguidos por uma discussão do incidente com o gerente ou supervisor (82,1%), e em seguida, recorrer a um programa de assistência aos trabalhadores, que fornece aconselhamento gratuito fora do ambiente de trabalho (81,5%). Por outro lado, a opção de apoio menos desejada foi afastar-se da unidade de trabalho por um período, selecionada por 39,7% dos participantes.

Dessa forma, é fundamental o estabelecimento de uma abordagem sistemática para garantir os direitos das segundas vítimas (Denham, 2007). Estes sistemas de apoio aos profissionais de saúde são essenciais para manter e desenvolver uma cultura de segurança nas instituições (Chen *et al.*, 2023).

Com isso, Denham (2007) propôs uma abordagem denominada “Cinco Direitos das Segundas Vítimas”, com o propósito de nortear os líderes e as instituições de saúde a desempenhar ações fundamentadas no contexto de cultura justa. Do mesmo modo, Scott *et al.* (2009), desenvolveram um modelo de história natural de recuperação das segundas vítimas, que inclui seis estágios iniciais de enfrentamento.

A implementação de medidas de apoio emocional para as segundas vítimas não exime sua responsabilidade pelo dano gerado à primeira vítima, ou seja, ao paciente. Contudo, objetiva investir no profissional qualificativo, a fim prevenir a recorrência de erros futuros e garantir a permanência destes profissionais no mercado de trabalho, refletindo a preocupação com a saúde do trabalhador e o fortalecendo os princípios da cultura de segurança (Quadrado; Tronchin; Maia, 2021).

Assim, é responsabilidade da instituição e dos supervisores estarem capacitados para fornecer apoio imediato e direcionado, além de disponibilizarem recursos adequados para oferecer suporte emocional e assistência em incidentes críticos. Deste modo, a implementação de medidas eficazes de vigilância e apoio às segundas vítimas pode mitigar o sofrimento destes profissionais (Scott *et al.,* 2009).

No entanto, no contexto nacional, são evidentes as lacunas inerentes aos estudos que abordam as estratégias de apoio para as segundas vítimas, assim, há uma limitação significativa entre o conhecimento produzido internacionalmente e no Brasil, o qual

possivelmente se reflete nas práticas adotadas no país (Rocha; Dalri, 2020; Quadrado; Tronchin; Maia, 2021; Paula *et al.*, 2022).

Em síntese, os programas de apoio possuem efeito positivo sobre os custos do sistema de saúde e sobre a saúde dos profissionais envolvidos. Sendo assim, se faz necessário que a liderança de enfermagem esteja capacitada para identificar e promover apoio às segundas vítimas de EAs, proporcionando suporte emocional e evitando problemas organizacionais decorrentes (Aharon *et al.,* 2021; Mathebula *et al.,* 2022; Ganahl *et al.*, 2022).

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este estudo tem como fundamentação teórica o "*TRUST: The 5 Right of the Second Victim*" de Denham (2007).

Trata-se de uma proposta de abordagem que delineia os Cinco Direitos das Segundas Vítimas, conhecidos pela sigla *TRUST* **(***Treatment that is just, Respect, Understanding and compassion, Supportive Care, and Transparency and the opportunity to contribute to learning***)** (Quadro 1), com o propósito de nortear os líderes e as instituições de saúde a desempenhar ações fundamentadas no contexto de cultura justa (Denham, 2007).

Isso porque em um ambiente de cultura justa, os profissionais envolvidos em EA, resultante de falhas sistêmicas e/ou erros humanos não intencionais, possuem direitos que não são habitualmente concedidos pelos serviços de saúde. Assim, faz-se necessário a implementação de um modelo que possibilite a adoção de medidas não punitivas, justas e pertinentes (Denham, 2007).

Destarte, segundo o TRUST, o primeiro direito, *Treatment that is just* (tratamento justo) remete ao tratamento justo e inclui o reconhecimento de que um EA é uma falha sistêmica, que predispõe ao erro humano. Tem-se o *Respect* (respeito) como segundo direito, considerado como a regra de ouro e consiste no ato de incentivar o tratamento respeitoso com os colegas, demonstrando-o às segundas vítimas (Denham, 2007).

Como terceiro direito, há o *Understanding and compassion,* (entendimento e compaixão) que compõe o entendimento da fragilidade dos sistemas e a percepção relacionada às etapas de emergência psicológica que se desdobram quando um profissional prejudica involuntariamente um paciente. *Supportive Care* (cuidados de suporte) constituem o quarto direito, em que os profissionais, tal como os pacientes, carecem de serviços sistemáticos de apoio e psicológicos para auxiliá-los a lidar com o trauma decorrente do evento (Denham, 2007).

Por fim, no quinto e último direito há a *Transparency and the opportunity to contribute to learning* (transparência e oportunidade de contribuir com o aprendizado), que enfoca a importância de se desenvolver uma cultura de revelação do erro, fundamentada na ética entre os profissionais de saúde e pacientes e também, de reconhecer a intrínseca natureza do erro na prestação de assistência, e compreender que a partir deles emergem oportunidades de aprendizado, aprimoramento de processos e auxílios para a recuperação do trauma (Denham, 2007).

Quadro 1 – Sumarização dos 5 direitos das segundas vítimas segundo a abordagem TRUST

TRUST: The 5 Right of the Second Victim	
T	*Treatment that is just* (Tratamento justo);
R	*Respect* (Respeito);
U	*Understanding and compassion* (Entendimento e compaixão);
S	*Supportive Care* (Cuidados de suporte);
T	*Transparency and the opportunity to contribute to learning* (Transparência e oportunidade de contribuir com o aprendizado).

Fonte: Denham (2007).

6 MÉTODO

Nesta seção, apresenta-se os aspectos metodológicos que nortearam o estudo.

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de abordagem qualitativa, seguindo o referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-dialética (Minayo, 2014).

A pesquisa qualitativa visa o entendimento e a interpretação dos fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhe atribuem (Creswell; Creswell, 2021). Os estudos descritivos possuem o objetivo de apresentar características e significados de um fenômeno específico, por meio de uma análise minuciosa e descritiva, sem a interferência direta do pesquisador (Gil, 2019).

As abordagens descritivas qualitativas, empregadas na área da saúde e da enfermagem, apresentam uma diversidade de aplicações e proporcionam uma visão abrangente sobre percepções e experiências de fenômenos específicos, contribuindo significativamente para o avanço e o desenvolvimento das práticas e políticas relacionadas à saúde e à enfermagem (Doyle *et al.,* 2019).

As abordagens analíticas, por meio da hermenêutica e da dialética, auxiliam para o entendimento e para o discernimento do contexto acerca do ser humano, considerando as variáveis que envolvem os fatores sociais, a saúde e a doença (Minayo, 2014).

Vale salientar que, a hermenêutica visa elucidar o contexto dos diversos atores e de suas propostas, utilizando linguagens que desempenham o papel de meio de comunicação; contextualizar os fatos, os relatos e as observações de acordo com os seus agentes, em um determinado tempo e espaço dentro da sua própria esfera contextual e cultural, ou seja, sobre o que ouve, observa e compartilha em relação à vida cotidiana e o senso comum (Minayo, 2014).

A dialética estuda o diálogo, os questionamentos e as divergências de opiniões, buscando elucidar as incógnitas e discrepâncias presentes na vivência humana, e fazendo a sua contextualização sobre elas (Minayo, 2014).

Ressalta-se que o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi utilizado para nortear a execução e a elaboração do relatório final deste estudo (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Para a seleção dos participantes, foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística *snowball* (bola de neve), a qual possibilitou a busca de populações pouco conhecidas ou de difícil alcance, sendo particularmente útil quando se trata da abordagem de temas mais privados (Vinuto, 2014).

Utilizou-se de cadeias de referências a partir de um pequeno número de informantes, denominadas "sementes", que puderam indicar participantes adicionais, com o perfil requerido para a pesquisa, a fim de capturar uma cadeia crescente de participantes (Vinuto, 2014). Sendo assim, o estudo não se vinculou a nenhuma instituição hospitalar, de modo que os participantes foram indicados por seus pares com base em sua vivência.

Dessa forma, foi efetuado um contato inicial por telefone com um enfermeiro que fazia parte dos contatos pessoais das pesquisadoras, sendo este convidado a participar do estudo. A partir desse contato, o participante indicou outros potenciais participantes que estavam entre seus contatos pessoais e assim sucessivamente, configurando uma cadeia de referências (Vinuto, 2014). Esclarece-se que, ao indicarem possíveis participantes, estes informaram um contato pessoal do indicado para que, de forma individualizada, fosse encaminhado o convite para o estudo. Os contatos não foram divulgados, respeitando-se a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (Brasil, 2018).

Acrescenta-se que, em casos em que não houve a indicação de contatos pelo enfermeiro convidado e diante de recusas e/ou ausência de resposta dos enfermeiros contatados, retornou-se aos contatos pessoais das próprias pesquisadoras e contatos de acesso público, por meio do *Linkedin.*

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Participaram do estudo 11 enfermeiros que atuam em função gerencial em instituições hospitalares. Estabeleceu-se como critérios de elegibilidade a atuação como enfermeiro em função gerencial, com experiência mínima de seis meses no cargo de gerenciamento e como critérios de exclusão os enfermeiros que atuavam exclusivamente em função assistencial.

Esclarece-se que como função gerencial foram considerados os enfermeiros nos cargos de chefia, supervisão, coordenação, e comissões de assessoria técnica, a exemplo do Núcleo de Segurança do Paciente, Gestão de Qualidade e Educação Continuada.

No que concerne ao dimensionamento do número de participantes, conforme indicado por Braun e Clarke (2019), o mesmo foi determinado no decurso da coleta de dados, em consonância com o intervalo estipulado, sendo direcionado pela profundidade e riqueza dos dados para uma abordagem adequada da questão de pesquisa.

Foram contatados 31 enfermeiros de localidades diferentes do território nacional. Destes, 11 manifestaram concordância em participar do estudo e atenderam aos critérios de elegibilidade. Destarte, definiu-se o número de 11 participantes, por se considerar que os depoimentos obtidos pelas vivências dos entrevistados contemplaram o objeto do estudo e foram suficientes para o alcance dos objetivos propostos.

6.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2024 a março de 2025, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL – MG, sendo realizada em ambiente virtual, por meio da Plataforma *Google Meet*, com duração média de 25 minutos.

A pesquisadora participante, mestranda em Enfermagem, conduziu as entrevistas semiestruturadas, únicas e individuais, as quais foram gravadas em áudio, por meio do recurso de gravação de voz de celular da marca *Iphone*, modelo 14 e de um aparelho de gravador de voz digital, marca LCD mp4 *Knup*, haja vista que a plataforma *Google Meet* não possuía recurso próprio de gravação.

É importante destacar que a pesquisadora responsável por conduzir as entrevistas foi treinada pelas duas docentes orientadoras, sendo uma doutora em enfermagem e a outra doutora em ciências.

A entrevista foi norteada por um instrumento elaborado pelas autoras, fundamentado na experiência das pesquisadoras (APÊNDICE A) e composto por duas partes. A primeira consistiu em um questionário para caracterização pessoal e profissional e a segunda, em um roteiro de entrevista composto pelas perguntas “Fale sobre sua vivência quanto aos profissionais de enfermagem como segundas vítimas de eventos adversos” e “Na sua vivência, quais estratégias são utilizadas para apoio aos profissionais na condição de segunda vítima de eventos adversos?”.

Ressalta-se que, para assegurar a clareza e a compreensão das questões norteadoras, foi conduzido um teste piloto do instrumento de coleta de dados com dois enfermeiros.

Contudo, não houve necessidade de alteração, e nenhuma entrevista precisou ser excluída do *corpus* de análise.

Esclarece-se que o agendamento das entrevistas ocorreu após o contato prévio, em que os participantes foram convidados a integrar o estudo, sendo-lhes apresentados o título, os objetivos e os procedimentos utilizados. Mediante a manifestação favorável dos enfermeiros e conforme a sua disponibilidade, a pesquisadora criou um *link* de acesso à sala virtual, conforme data e horário escolhidos pelo possível participante, o qual foi encaminhado para o *e-mail* ou *WhatsApp* pessoal informado pelo mesmo. Antes do início da entrevista, foi solicitada a autorização para a gravação de voz.

Vale salientar que, em virtude da natureza virtual da entrevista, as pesquisadoras não tiveram influência direta e controle sobre o ambiente em que o participante esteve inserido. Contudo, no momento do agendamento da entrevista, os mesmos foram orientados a selecionar um ambiente propício ao conforto e à privacidade. O mesmo foi realizado pela pesquisadora responsável pela condução da entrevista, que assegurou um ambiente tranquilo, reservado para a condução da entrevista.

Ao término das entrevistas, foi realizado o *download* das respectivas gravações em um dispositivo local e a transcrição integral dos depoimentos, por meio do aplicativo *gladia*, ferramenta de digitação por voz.

A transcrição dos depoimentos consistiu em duas etapas: a primeira envolveu a transcrição automática, por meio do aplicativo supracitado, de forma simultânea à reprodução da gravação das entrevistas, e a segunda em uma revisão minuciosa dos textos gerados do início ao fim da entrevista, durante a qual fragmentos das gravações foram repetidos e os textos conferidos detalhadamente, a fim de assegurar a precisão e a fidelidade das transcrições.

Posteriormente, o registro foi apagado do celular e do gravador, visando garantir a preservação do sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Também, foram realizadas correções ortográficas nas falas dos entrevistados, visando clarificar o entendimento sem que houvesse modificação no sentido original das falas.

Esclarece-se que no momento da entrevista, a pesquisadora informou que o participante poderia ter acesso à transcrição de sua entrevista, permitindo-lhes fazer comentários ou correções. Assim, após a transcrição e conferência, a pesquisadora ofereceu aos oito participantes que manifestaram interesse, os textos de sua respectiva entrevista. Não foram solicitados ajustes às mesmas.

6.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados de caracterização pessoal e profissional foram organizados e apresentados em tabelas, por meio de estatística descritiva. Para a organização e análise dos dados provenientes da entrevista semiestruturada, utilizou-se a Análise Temática Reflexiva, baseada em Braun e Clarke (2006) e Braun e Clarke (2021).

Esta consiste em um método analítico qualitativo, de abordagem interpretativa e flexível, que, por meio de seis fases, permite organizar e descrever os dados de maneira detalhada, destacando o papel ativo do pesquisador na identificação de padrões de significado no conjunto de dados, a partir do engajamento reflexivo com o processo analítico (Braun; Clarke, 2006; Braun; Clarke, 2021).

Destarte, a primeira fase compreende a familiarização com os dados, com a transcrição, leitura e releitura, a fim de averiguar padrões de significado e apontar ideias que podem ser codificadas na fase consecutiva (Braun; Clarke, 2006; Braun; Clarke, 2021). Para tanto, nessa fase, as entrevistas foram transcritas, e realizou-se a leitura das mesmas para familiarização e aproximação com o objeto de estudo.

A segunda fase consiste na geração de códigos iniciais, com a produção sistemática de códigos a partir da análise dos dados realizada na fase anterior. Assim, os códigos permitem identificar características próprias e organizar os padrões repetidos de significado (Braun; Clarke, 2006; Braun; Clarke, 2021). Nessa fase, os códigos iniciais foram identificados por cores e extraídos os extratos relevantes, sendo apresentados no Quadro 2 (APÊNDICE B).

Na terceira fase, realiza-se a busca por temas, haja vista que após o processo de codificação e com a geração de uma vasta lista de códigos, é necessário a análise destes códigos, a fim de categorizá-los em temas principais e subtemas. Assim, recomenda-se a elaboração de um mapa temático para a organização dos temas e subtemas, explicitando a relação entre eles (Braun; Clarke, 2006; Braun; Clarke, 2021). O mapa temático preliminar está apresentado na Figura 1 (APÊNDICE C).

A quarta fase constitui a revisão e o refinamento dos temas, em dois níveis. O primeiro consiste na revisão dos extratos codificados dos dados, com o propósito de certificar se formam um padrão coeso e o segundo, no refinamento dos temas frente ao conjunto de dados (Braun; Clarke, 2006; Braun; Clarke, 2021). Após refinamento e recodificação, os temas e

subtemas foram organizados dentro da temática central, estabelecendo-se o mapa temático final (Figura 2), no item 7.2 dos Resultados.

Na quinta fase, os temas são definidos e nomeados. Assim, identifica-se a essência de cada um, considerando também a relação entre eles, seguida pela atribuição de títulos que retratam o seu cerne ao leitor (Braun; Clarke, 2006; Braun; Clarke, 2021). Nesse momento, recorreu-se novamente aos depoimentos que expressavam a vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EA, para nortear a definição e nomeação dos temas.

A sexta fase correspondeu ao produto final da dissertação, com a análise final e a redação de um relatório conciso e coerente sobre os dados que contém em cada tema, abordando a essência de cada tema desenvolvido e a sua correlação com a literatura, à luz do referencial da hermenêutica dialética (Braun; Clarke, 2006; Braun; Clarke, 2021; Minayo, 2014).

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo CEP da UNIFAL – MG via Plataforma Brasil, pelo Parecer nº 7.091.185 e CAAE nº 81767624.0.0000.5142 (ANEXO A), conforme os pressupostos da Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2013b).

Após a aprovação pelo CEP da UNIFAL-MG, foi realizado o convite para a participação no estudo, a um enfermeiro que estava entre os contatos pessoais da pesquisadora, por contato via *WhatsApp*. A partir da adesão do primeiro participante, iniciou-se a cadeia de referências pela técnica *snowball*. Justifica-se que o fornecimento dos contatos pessoais de possíveis participantes é permitido pela LGPD, que estabelece no artigo 7º sobre "o tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:", explicitando no parágrafo IV, "para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais" (Brasil, 2018).

Os potenciais participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Os que demonstraram interesse em participar, receberam, de forma individualizada em seus *e-mails*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (TCLE) (APÊNDICE D). Se estivessem de acordo com seu conteúdo, deveriam assiná-lo

digitalmente e enviá-lo à pesquisadora através de seu e-mail pessoal. Assim, uma via ficou com a pesquisadora e a outra com o participante.

Posteriormente, com o consentimento do participante e o recebimento do TCLE devidamente assinado, a entrevista foi agendada e, no momento de sua realização, foi solicitada novamente ao participante, a autorização para a gravação de voz.

Vale destacar, que se assegura que os arquivos digitais pertinentes serão mantidos sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa, em conformidade ao Art. 17, inciso VI e Art. 28, inciso IV da Resolução CNS 510/2016 (Brasil, 2016b).

Para a realização deste estudo, previu-se a ocorrência de riscos mínimos de dimensão física e/ou psíquica, uma vez que a realização da entrevista, poderia ocasionar desconforto e/ou constrangimento aos participantes. Diante disso, foi estabelecido que, em caso de necessidade, a entrevista seria interrompida de forma cautelosa, com o propósito de reforçar o anonimato e a confidencialidade em relação às respostas, além de garantir que os dados seriam utilizados somente para fins científicos. Contudo, se desejado, o participante poderia retirar o seu consentimento prévio a qualquer momento, sem que houvesse quaisquer tipos de prejuízos.

Também, incluiu riscos mínimos morais, uma vez que os pesquisadores não poderiam garantir um ambiente que assegurasse total privacidade e ausência de interferências externas durante a entrevista, dado que a mesma foi conduzida via internet, permitindo assim, que o próprio participante escolhesse o local da sua realização.

Assim, para a redução destes riscos, o participante foi orientado a escolher um ambiente confortável e que lhe garantisse privacidade, de modo a evitar as interferências externas e a presença de outras pessoas no local. No entanto, em casos de interferências, a entrevista poderia ser interrompida, reagendada ou o participante poderia optar por retirar o seu consentimento. Igualmente, a pesquisadora conduziu a entrevista de um local que assegurou a privacidade e o sigilo do participante, evitando influências de terceiros não relacionados ao estudo e minimizando possíveis ruídos ou outros fatores externos que pudessem prejudicar o desenvolvimento da entrevista.

Durante a execução da pesquisa não se identificou a ocorrência dos riscos mínimos previstos, em quaisquer das dimensões.

Adicionalmente, para assegurar o anonimato, o sigilo e a confidencialidade dos participantes, os mesmos foram designados por combinações de letras e números (E1, E2, E3,

e assim sucessivamente), em que E refere-se a enfermeiro e o número corresponde à ordem das entrevistas, sendo de 1 a 11.

A participação no estudo não resultou em nenhuma despesa ou tipo de gasto ao participante, ou seja, nenhuma cobrança foi realizada. Igualmente, os participantes não receberam nenhuma remuneração por participar da pesquisa.

Além disso, vale salientar que, o presente estudo não possui conflitos de interesse de qualquer ordem – financeira, comercial, política, pessoal ou institucional, e que os recursos necessários (materiais e financeiros) foram próprios, não contando com fomentos.

Reforça-se ainda que apesar dos riscos mínimos elencados, os resultados do estudo podem contribuir para a análise da vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EAs, para a literatura sobre a temática, como também, subsidiar estratégias de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EAs.

7 RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se os resultados do presente estudo, organizados em duas seções. A primeira seção aborda a caracterização pessoal e profissional dos participantes, enquanto na segunda expõe-se os temas oriundos da vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EA.

7.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

A Tabela 1 apresenta a caracterização pessoal dos enfermeiros participantes do estudo, de acordo com as variáveis sexo, faixa etária e estado civil.

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis sexo, faixa etária e estado civil. Alfenas, MG, 2025. (n=11)

Variáveis	F	%
Sexo		
Feminino	11	100,0
Total	11	100,0
Faixa etária		
20 a 30 anos	2	18,2
31 a 40 anos	1	9,1
41 a 50 anos	8	72,7
Total	11	100,0
Estado civil		
Solteira	3	27,3
Casada/Em união estável	7	63,6
Divorciada	1	9,1
Total	11	100,0

Fonte: Autores (2025).

Observou-se que todos os participantes eram do sexo feminino (100%), com maior percentual na faixa etária de 41 a 50 anos (72,7%), e predominantemente casadas ou em união estável (63,6%).

A Tabela 2 apresenta a caracterização profissional dos enfermeiros participantes do estudo, de acordo com as variáveis estado e município de trabalho, tempo de experiência profissional como enfermeiro, tempo de atuação na instituição, função ou cargo atual e tempo de atuação na função ou cargo atual.

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as variáveis estado e município de trabalho, tempo de experiência profissional como enfermeira, tempo de atuação na instituição, função ou cargo atual e tempo de atuação na função ou cargo atual. Alfenas, MG, 2025. (n=11)

Variáveis	F	%
Estado e município de trabalho		
Alfenas (MG)	2	18,2
Belo Horizonte (MG)	2	18,2
Carmo do Rio Claro (MG)	1	9,1
Poços de Caldas (MG)	1	9,1
Pouso Alegre (MG)	1	9,1
São João da Boa Vista (SP)	1	9,1
São Paulo (SP)	1	9,1
Varginha (MG)	2	18,1
Total	11	100,0
Tempo de experiência profissional como enfermeiro		
1 a 5 anos	2	18,2
6 a 10 anos	1	9,1
11 a 15 anos	2	18,2
16 a 20 anos	6	54,5
Total	11	100,0
Tempo de atuação na instituição		
1 mês a 5 anos	4	36,3
6 a 10 anos	3	27,3
11 a 15 anos	2	18,2
16 a 20 anos	2	18,2
Total	11	100,0
Função ou cargo atual		
Enfermeira Responsável Técnica (RT)	3	27,3
Enfermeira da Qualidade e Segurança	3	27,3
Enfermeira Coordenadora da Educação Continuada	1	9,1
Gerente de Enfermagem	1	9,1
Enfermeira de Gestão de Risco	1	9,1
Membro do Núcleo de Segurança do Paciente	2	18,1
Total	11	100,0
Tempo de atuação na função ou cargo atual		
1 a 5 anos	5	45,5
6 a 10 anos	4	36,3
11 a 20 anos	2	18,2
Total	11	100,0

Fonte: Autores (2025).

Visto que o método de amostragem *snowball* preconiza a indicação do próximo entrevistado a partir da rede de contatos do anterior, foi possível abranger participantes de dois estados e oito municípios.

A experiência profissional das enfermeiras variou de um ano e seis meses a 20 anos, sendo que 54,5% delas relataram atuar entre 16 e 20 anos na profissão. Quanto ao tempo de trabalho na instituição atual, este variou de um mês a 20 anos, sendo que 63,6% das participantes atuam há mais de seis anos.

Em relação ao tempo na função ou cargo gerencial, oscilou entre um ano e dois meses e 18 anos, com 54,5% exercendo o cargo há mais de seis anos. No que se refere às funções desempenhadas, destacaram-se as de enfermeira RT e de qualidade e segurança, ambas correspondendo a 27,3% das participantes.

7.2 VIVÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NA FUNÇÃO GERENCIAL EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS

A análise dos dados provenientes das entrevistas semiestruturadas possibilitou a identificação de 51 códigos iniciais, os quais foram agrupados por similaridade e, posteriormente, sinalizados em cores distintas nos trechos correspondentes nas falas das participantes. Em seguida, os códigos foram organizados e classificados em temas e subtemas e, após o processo de refinamento, foram definidos três temas, com subtemas, quando pertinente.

Apresenta-se, no Quadro 2 (APÊNDICE B), os excertos das falas das participantes, a partir dos quais foram definidos os referidos temas e subtemas, a saber:

Tema 1: Eventos adversos e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima, com os seguintes subtemas:

Subtema 1: Conhecimento do termo segunda vítima;

Subtema 2: Olhar para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos.

Tema 2: Cultura organizacional, gestão e liderança e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos, com os seguintes subtemas:

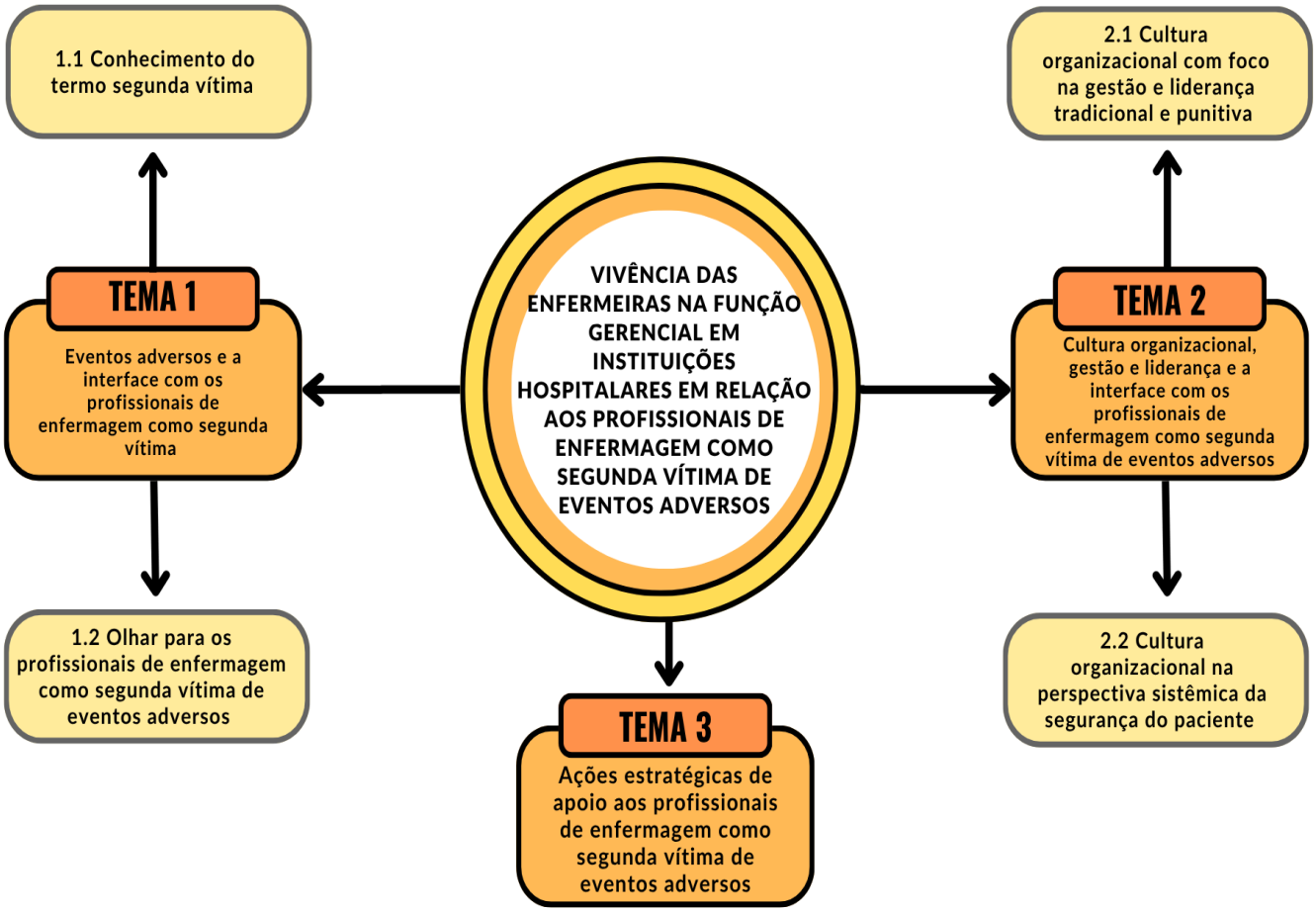
Subtema 1: Cultura organizacional com foco na gestão e liderança tradicional e punitiva;

Subtema 2: Cultura organizacional na perspectiva sistêmica da segurança do paciente.

Tema 3: Ações estratégicas de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos.

Os temas e subtemas estão graficamente representados no Mapa Temático Final (Figura 2).

Figura 2 – Mapa Temático Final



Fonte: Autores (2025).

7.2.1 Eventos adversos e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima

Neste tema evidenciou-se aspectos relevantes sobre a compreensão do conceito de segunda vítima e a complexidade deste fenômeno no contexto dos profissionais de enfermagem envolvidos em EAs, a partir das vivências de enfermeiras em função gerencial.

Para tanto, no primeiro subtema, denominado “Conhecimento do termo segunda vítima”, identificou-se que o mesmo ainda pode ser pouco difundido. A participante E1 relatou que o conceito não foi introduzido no início de sua atuação de segurança do paciente, tendo surgido apenas a partir de um incômodo pessoal, como ilustrado na seguinte fala:

> O termo segunda vítima, para mim, nunca foi comum [...] não ingressei na segurança do paciente conhecendo [...] o conhecimento partiu de um incômodo, justamente de lidar com as notificações dos eventos adversos (E1).

Apresenta ainda como crítica, que alguns profissionais consideram inadequado o uso do termo segunda vítima, uma vez que pode sugerir a isenção da culpa profissional, perspectiva que parece se distanciar da cultura justa.

> Condenam inclusive o termo segunda vítima, porque dizem que é como se quiséssemos tirar a culpa do profissional envolvido (E1).

Além disso, os depoimentos das participantes E2 e E5, trouxeram a existência de dúvidas conceituais quanto ao significado do termo, conforme mencionado nos seguintes enxertos:

> [...] como que é essa questão? O profissional de enfermagem, quando atende a vítima [...] ou presta o atendimento? (E2).

> Quando você fala segunda vítima, está falando de quando acontece acidente com o profissional ou quando tem acidente de trabalho? (E5).

No segundo subtema, denominado “Olhar para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos”, as percepções das enfermeiras, foram sobre as repercussões e consequências vivenciadas pelas segundas vítimas, evidenciando a compreensão dos impactos emocionais, laborais, institucionais e sociais associados a essa experiência.

Nesse contexto, as enfermeiras apontaram os profissionais de enfermagem como um dos mais acometidos como segundas vítimas, conforme evidenciam os seguintes depoimentos:

> [...] a maioria é equipe de enfermagem [...] enfermeiro e técnico (E3).

> Importante entendermos a perspectiva do profissional da enfermagem como profissional mais acometido [...] por sermos o maior quantitativo de profissionais de saúde (E6).

Foi mencionada a dupla jornada de trabalho na enfermagem, como fator de risco.

> [...] cansaço, ali na hora estava exausta, tinha chegado de um plantão e ido para outro diretamente (E2).

> [...] a grande maioria dos profissionais de saúde tem dupla jornada, normalmente os técnicos, os enfermeiros talvez menos, mas os técnicos têm bastante (E5).

Por outro lado, foi abordado, pela participante E2, que a enfermagem, por vezes, tende a justificar falhas e banalizar os EAs.

> A enfermagem enxerga muito pouco as oportunidades de melhorias, prefere justificar suas falhas [...] casos relacionados a unha de gel estão acontecendo demais [...] causou evento adverso sério no paciente, que estava com ferida aberta, com contaminação, porque cortou com a unha de gel [...] os eventos vão acontecendo, os erros se tornam comuns e normais, começamos a banalizar essa situação e colocamos em risco o paciente e a equipe de enfermagem também (E2).

Os relatos também revelaram diferentes percepções sobre a relação entre a gravidade do evento e o impacto sobre os profissionais. Para E1, eventos mais graves tendem a intensificar o sofrimento da segunda vítima, embora não exclua a possibilidade de impactos em outros tipos de eventos.

> Não tem como pensar em eventos adversos e não associar a segunda vítima, é claro que quando o evento tem uma gravidade e uma repercussão maior para o paciente, fica mais agudo a questão da segunda vítima (E1).

Nessa perspectiva, a participante E7 complementou ao mencionar a complexidade emocional em eventos com desfecho de óbito:

> Tem casos que o desfecho é óbito [...] deve ser muito complicado você viver dentro da sua profissão, aquilo que você escolheu para fazer e se levar pelo pensamento do porquê que aconteceu isso (E7).

Já E4 e E10 indicaram que, na prática, a maioria dos eventos é leve ou configura *near misses*, o que nem sempre gera sofrimento emocional significativo.

> Não temos eventos graves que geram a segunda vítima [...] o que mais tem são os *near misses*, que às vezes não atingem o paciente, ou uma circunstância de risco [...] os com segunda vítima são mais raros de acontecer (E4).

> Temos eventos adversos leves, não tenho aquela vítima direta, tenho mais vítimas indiretas [...] por exemplo [...] o paciente levantou-se do leito e tentou ir ao banheiro, não chamou o acompanhante e caiu, de quem é a culpa? [...] somos corresponsáveis

> [...] não teve um trauma que mexesse com a gente enquanto profissional, enquanto nosso emocional (E10).

Ainda assim, as repercussões emocionais e psicológicas foram fortemente destacadas pelas participantes, conforme os relatos a seguir:

> [...] o medo dessas segundas vítimas [...] é muito comum de observar [...] estão imersos naquele sentimento de culpa, vergonha, sofrimento psíquico, que se torna por muitas vezes físico [...] estão com sofrimento agudo, só conseguem martirizar e remoer [...] (E1).
>
> Ficam muito assustados [...] muito mal, se sentem muito culpados, querem se penalizar [...] a enfermagem se penaliza muito por essas questões (E2).
>
> [...] ficou bem abalado, porque nunca tinha acontecido nada semelhante com ele (E3).
>
> O impacto, infelizmente, é negativo [...] ela ficou desesperada, ficou em choque (E4).
>
> [...] se sentiu muito mal, foi embora chorando (E5).
>
> [...] ficou muito abalada, teve que fazer tratamento com o psicólogo (E7).
>
> [...] ela ficou muito abalada e é uma profissional extremamente responsável de anos de experiência [...] não fez de propósito, mas abalou muito [...] na entrevista, chorava, deu uma desestruturada nela (E8).
>
> [...] foi evento sem danos, mas mesmo assim o profissional se sente acuado (E9).
>
> Eles se sentem frustrados, decepcionados, culpados (E11).

Em determinadas situações, esses efeitos podem se prolongar por longos períodos, impactando a continuidade da trajetória profissional.

> [...] após 15 anos, estava fazendo um curso de reciclagem, para tentar voltar para a área de enfermagem, mas dizia que foram 15 anos de sonhos frustrados. (E1).

Outro aspecto mencionado, diz respeito à chamada "visão de túnel", uma limitação que dificulta a análise racional e a busca por soluções diante do sofrimento.

> Será que conseguem entender o que está acontecendo? [...] não conseguem, porque estão imersas naquele sofrimento [...] visão de túnel [...] quando os profissionais envolvidos em evento, emergência, intercorrência [...] não conseguem analisar outras saídas para resolver aquele problema, é uma visão fechada (E1).

Diante dessas situações, muitos profissionais de enfermagem tenderam a se afastar, evitando o assunto ou até mesmo o ambiente de trabalho, bem como demonstraram resistência em assumir o erro ou de relatar o ocorrido, muitas vezes por medo de punições ou estigmas.

> [...] não querem falar, porque estão com medo de retaliação [...] falar sobre aquilo é revisitar uma dor, que ainda é uma ferida aberta [...] é muito comum surgir atestado, troca inesperada, porque essas pessoas querem fugir do assunto, do que pode acontecer (E1).
>
> São muito resistentes para contar, às vezes, até para assumir [...] porque a pessoa não quer errar [...] ao invés de enxergar aquilo como uma oportunidade de melhoria [...] fica se justificando [...] talvez a resistência aconteça porque não quer que fique tão evidenciado tudo o que aconteceu (E2).
>
> Tem receio, existe preconceito do profissional, ele não se aceita, não aceita o erro [...] não aceita comunicar [...] tende a não falar na hora, até mesmo com medo [...] receio de notificar [...] se esconde por medo e culpa (E9).
>
> É comum não manifestarem o evento para não ter punição, retaliação, dispensa de trabalho [...] não sustentam que houve evento adverso por medo, e consequentemente, nem ocupam o papel de segunda vítima (E11).

Além disso, evidenciaram a falta de apoio por parte dos colegas e as repercussões vivenciadas dentro da instituição, nas quais destacaram o remanejamento de setor, o afastamento do trabalho e até mesmo a desistência da profissão, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

> O evento em si não causou tanto trauma como a repercussão dos colegas [...] passava pelos corredores e ouvia os burburinhos das pessoas comentando [...] foi tão marcante, tão pesado, que desistiu da profissão (E1).
>
> Outros colegas ficam sabendo [...] é disseminado entre eles, e a pessoa fica com o filme marcado, uma carta marcada, e uma instituição conversa com a outra [...] evidenciar um erro pode te colocar em fragilidade com relação à instituição (E2).
>
> [...] precisou ser afastada das atividades por um tempo, retornou ao trabalho e foi deslocada de área, só que depois de seis, sete meses, pediu desligamento da empresa e afastou da enfermagem, foi para outra área (E4).
>
> [...] pediu conta [...] e falou que a carreira dela tinha encerrado (E5).
>
> [...] ficou afastada um tempo (E7).

Outrossim, identificou-se também, repercussões vivenciadas fora dos muros institucionais, como a exposição pública e o julgamento social.

> [...] a gota d'água foi quando uma ex-coordenadora, que trabalhava em outro hospital, ligou para saber se realmente ele tinha feito aquilo [...] (E1).

> A família fez boletim de ocorrência, que caiu na mão do jornal e virou uma coisa muito grande (E7).

Conforme relato da participante E9, a repercussão midiática tende a ser desproporcional quando envolve profissionais de enfermagem.

> [...] quando motorista causa acidente, e quando um profissional da saúde, um enfermeiro, causa acidente, é tratado na mídia de forma muito diferente, uma proporção muito maior (E9).

Diante disso, ressaltaram a preservação do sigilo, a fim de favorecer a reintegração segura no ambiente de trabalho.

> Pensar, principalmente, no sigilo [...] não expor o profissional [...] facilita o retorno ao trabalho [...] a equipe fica sabendo, mas procuramos lidar com isso de forma discreta [...] podemos pedir mudança de setor, mas de forma que não exponha esse profissional (E9).

Os depoimentos também demonstraram o reconhecimento da falibilidade humana como inerente à prática profissional, como apontam os trechos a seguir:

> Um fator muito importante nos serviços de saúde, é o fator humano, e o humano é falho. Aprendemos na faculdade que quando estamos no local de trabalho, deixamos as questões pessoais da porta para fora, mas isso não existe, ninguém consegue [...] elas nos acompanham no nosso dia a dia (E1).

> As pessoas erram, mas não é intencional [...] nós somos susceptíveis a isso, nós somos humanos (E7).

Nesse sentido, destacou-se o incômodo diante da falta de acolhimento institucional às segundas vítimas.

> Partiu o incômodo e a pergunta [...] e esses profissionais? Quem é que está olhando para eles? Quem é que está cuidando deles? [...] porém não é comum encontrar instituições que favoreçam ou promovam alguma estratégia de cuidado, de acolhimento que seja mínimo para essas pessoas (E1).

Ainda, a participante E5, refletiu sobre casos em que o profissional pode não ser vítima, como em situações de denúncias por parte do paciente, de crime cometido pelo profissional.

> Quando o paciente relata que foi, por exemplo, violentado [...] tocado por um profissional, acaba que é evento, e quem é a segunda vítima é quem ele alega, o funcionário [...] é a palavra do paciente contra a do funcionário [...] não tem como provar [...] falta às vezes orientação do funcionário [...] ou, às vezes ele também agiu de má fé, como eu vou saber (E5).

Por fim, ressaltaram a compreensão ampliada do impacto dos EAs, ultrapassando o conceito de segunda vítima e alcançando o de terceira vítima.

> Tanto as pessoas envolvidas diretamente, como as envolvidas indiretamente, que são as que trabalham com a segurança do paciente, e também se fala da instituição, que são três vítimas. A primeira é o paciente, a segunda é o profissional envolvido [...] a terceira é a instituição e os profissionais que trabalham com segurança do paciente. E esses dois? Quem olha por eles? Quem avalia? Quem cuida? (E1)

> Falamos até em terceira vítima, porque nós [instituição] somos a terceira vítima (E3).

> Temos também o protocolo da terceira vítima, nós somos a terceira vítima, porque não é fácil analisar um evento adverso, emergimos nele, como se estivéssemos vivenciando, então acabamos sendo a terceira vítima, e todo mundo nos cobra muito como setor (E8).

7.2.2 Cultura organizacional, gestão e liderança e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos

No segundo tema, apreendeu-se que a cultura institucional, os modelos de gestão e as práticas de liderança impactaram diretamente a forma como os EAs são conduzidos e como os profissionais de enfermagem envolvidos vivenciaram essas situações.

O primeiro subtema, intitulado “Cultura organizacional com foco na gestão e liderança tradicional e punitiva”, desvelou que a presença da cultura punitiva nas instituições intensificou a culpabilização e inibiu as notificações de EAs.

Nesse sentido, observou-se, pelos depoimentos das participantes, que, apesar de os EAs possuírem natureza sistêmica, ainda prevaleceu uma cultura da busca por culpados e práticas de julgamento.

> [...] o primeiro indício de punição vem da liderança, porque quer punir, achar culpado, quer de alguma forma resolver aquele episódio, mas de maneira errada, porque só quer fazer novas violências com os seus profissionais [...] as lideranças, as instituições estão sempre buscando culpados [...] todo evento é sistêmico, é uma cadeia [...] o que mais vemos é que não se investiga o processo, mas se arruma um culpado (E1).

> [...] uma cultura muito punitiva, em que quando acontecia algum evento, o gestor da área chamava o colaborador, aplicava penalidade, advertência, suspensão, sem

> realmente verificar todas essas questões [...] quando começamos com as entrevistas individuais [...] o colaborador muitas vezes falava [...] já contei isso dez vezes [...] chegava até chorando para conversar, já tinha sido questionado pelos gestores e liderança [...] com abordagem de culpabilidade (E3).

> Quando tem incidente [...] a primeira coisa que fazemos é culpar a pessoa, quem foi e por que fez [...] a análise é muito mais justificativa para culpabilizar pessoas [...] temos que pensar sem julgar (E7).

> Vemos muito o acusar, foi o profissional, e esquecemos que por trás do profissional existe um processo muito grande, e na maioria das vezes foi induzido pelo processo que está vivendo (E8).

> Sempre achamos os culpados e nunca a falha do processo [...] todo mundo quer achar o culpado, ninguém quer achar onde foi a falha, se foi de máquina, de processo [...] buscam melhoria chamando atenção do colaborador, dando advertência, corrigindo a pessoa que, às vezes não é nem só ele, pode ter contribuído, mas não é só ele [...] tem outras questões por trás, mas durante a análise olham só para quem errou (E11).

Identificaram que os técnicos de enfermagem assumem a maior carga de responsabilização diante da ocorrência de um EA.

> [...] leva o maior fardo, a maior culpa, pessoas que na hierarquia da classe dos profissionais de saúde e dos profissionais de enfermagem, estão na ponta do cuidado [...] a repercussão é muito maior quando envolve técnico de enfermagem (E1).

Para complementar, a participante E1 apontou a presença de viés racial no processo de culpabilização.

> [...] quando eram técnicas negras, a mão era muito mais pesada, a punição muito maior, a culpabilização muito mais intensa [...] quando eu comparava a profissionais que não eram da enfermagem, como médicos, fisioterapeutas [...] até enfermeiras ou técnicas de pele branca [...] comecei a observar o viés racial e que o racismo estava impregnado (E1).

A participante E6 também contribuiu, ao evidenciar que a culpabilização tende a ser ainda mais acentuada em eventos com consequências graves para o paciente, mesmo quando envolvem profissionais em formação, como acadêmicos de enfermagem.

> Os eventos que têm maior ocorrência de ausência de cultura justa, são os de consequências mais graves para o paciente [...] um episódio que teve uma acadêmica de enfermagem [...] algumas discussões foram muito inadequadas [...] voltado para restringir a equipe de enfermagem de realizar o procedimento [...] acadêmicos não realizariam mais o procedimento [...] estava envolvida como uma culpada (E6).

Percebeu-se que a cultura punitiva está enraizada e, muitas vezes, reforçada pela falta de entendimento sobre a notificação de EA e sobre a segunda vítima.

> Nossa sociedade é punitiva [...] no dia a dia as repercussões e as tratativas são um modelo pessoal (E1).
>
> [...] as pessoas não entendem, não aceitam esse termo, acham errado e abominam [...] uma cultura que está muito enraizada, para vencermos esses paradigmas é uma luta diária [...] a cultura antiga é o pior inimigo que a gente tem hoje (E9).
>
> Ainda precisa ter uma maturidade muito grande quando estamos falando de evento adverso [...] pouca gente entende o que é evento adverso, temos que dar um passo atrás quando estamos falando ainda de segunda vítima, primeiro, entenderem o que é evento adverso (E11).

O processo de formação em enfermagem foi identificado como um fator limitante, especialmente no que diz respeito à segurança do paciente e à cultura de segurança.

> [...] enquanto curso de enfermagem na graduação [...] eu não tive uma disciplina que falava sobre segurança do paciente [...] nos deparamos com uma formação que não nos traz essa bagagem [...] se eu tiver alguma falha, algum erro, corro o risco de ser mandado embora, então quem vai expor o seu problema ou erro? [...] o medo vem de questões anteriores, do processo de formação que não prepara o profissional (E11).

Além disso, desvelou-se que em instituições marcadas por uma cultura médico-centrada, pouco foi abordado sobre segurança do paciente e segunda vítima.

> Quando tem cultura muito médico-centrada na instituição, a questão da segurança do paciente e da segunda vítima é pouco trabalhada [...] o envolvimento com o corpo clínico, em algumas instituições de saúde, ainda é muito distante e são poucos inseridos nos processos (E6).

Por fim, destacaram que a punição diante uma notificação pode inibir outros colaboradores de notificarem os EAs, devido ao medo, como ilustrado a seguir:

> [...] não pode é ser punido, dependendo da notificação, se não inibe os demais de notificar (E5).
>
> [...] sabemos que existem eventos que não são notificados por medo (E8).

No segundo subtema, denominado “Cultura organizacional na perspectiva sistêmica da segurança do paciente”, apreendeu-se a importância do engajamento das lideranças, do caráter educativo da notificação de EAs, da análise aprofundada dos mesmos e os desafios na institucionalização da cultura de segurança.

Nessa perspectiva, a consolidação da cultura de segurança e da cultura justa depende diretamente do engajamento da liderança, desde a alta direção até o nível operacional, como evidenciaram os depoimentos a seguir:

> As lideranças precisam entender que estão fazendo gestão com pessoas, e não de pessoas [...] a partir desse entendimento, consegue-se humanizar o processo [...] é preciso partir da alta gestão [...] a instituição precisa da cultura de segurança [...] observar quando o profissional está em sofrimento iminente [...] trabalhar no dia a dia corporativo, para que desenvolva essas habilidades para lidar com a equipe (E1).

> A atuação da liderança em prol da cultura justa é o principal fator para chegar na ponta de maneira efetiva [...] fala-se pouco sobre cultura justa e segunda vítima, precisa ter um olhar para esses profissionais [...] se não tivermos cultura de segurança inserida na instituição e pessoas que trabalham em prol dessa cultura, desde a alta direção até a ponta no operacional, não conseguimos desenvolver as ações (E6).

> Sensibilização, principalmente da coordenação [...] tinham que estar mais envolvidos (E8).

> [...] a gestão tem que estar preparada para acolher e atender esse profissional (E9).

> Precisa de apoio da alta liderança, desde a presidência, diretoria [...] é de cima para baixo [...] se não vermos essas pessoas fazendo, quem está embaixo não vai fazer, não vai adquirir cultura [...] é falta de apoio da alta gestão [...] sempre trazendo a diretoria, o diretor técnico, para dentro do NSP, e mostrar para os colaboradores que ele também é profissional, que pode errar, que erra, e que está ali junto para buscarmos alternativas (E11).

A busca pela acreditação foi mencionada como um fator que impulsionou a institucionalização da cultura de segurança, haja vista ser esta, um dos pilares estruturantes do processo de certificação da qualidade. No entanto, muitas vezes esse processo ocorreu sem comprometimento genuíno com a causa, buscando-se apenas o resultado final, ou seja, a obtenção do selo de qualidade. O caráter voluntário e a ausência de cobranças quanto ao referido processo foram apresentados como dificultadores, uma vez que a busca pela certificação de qualidade ocorreu por iniciativa institucional.

> As correntes são muito fortes para a questão da acreditação, porque um dos pilares está muito atrelado com a segurança do paciente, então querem mostrar que tem segurança para conseguir o desfecho final, que é um selo de acreditação, está indo muito nesse viés, mas o difícil é que as pessoas realmente entendam a proposta e cumpram a causa (E1).

> [...] se a instituição não tiver selo de acreditação [...] não optar por fazer parte do processo, seja qual for o selo, ninguém vai cobrar para fazer [...] ou é uma iniciativa da própria instituição, por vontade própria, que é difícil [...] tudo é política e não vem para dentro dos muros da instituição, é uma grande dificuldade [...] não tem quem olha, vigia, cobra, tem políticas, documentos, mas ninguém vai lá cobrar e a vigilância raramente pede uma vistoria ou outra (E11).

A notificação de incidentes, indispensável para o fortalecimento da cultura de segurança, foi relatada como consolidada em determinados contextos, sendo reconhecida pelos colaboradores como um elemento fundamental para a segurança do paciente e dos próprios profissionais.

> Temos uma cultura muito grande de notificação, e não adianta, só não acontece onde e com quem não notifica (E7).

> Os funcionários entendem e fazem essa notificação [...] querem passar o ocorrido para que a ação seja estabelecida [...] sabem que a notificação é necessária em benefício ao paciente e em benefício próprio, porque se nada for feito mediante um ocorrido, podemos ter problema futuro, até judicial, então temos que fazer o que for melhor para o paciente e para nós mesmos (E10).

Entretanto, a participante E7 trouxe que a vivência da cultura justa pode expor fragilidades que muitas instituições relutaram em reconhecer. Isso incluiu a análise aprofundada dos incidentes e de suas causas, como também, o processo de *disclosure*, em que o próprio paciente e seus familiares, por meio de procedimentos padronizados, são informados sobre a ocorrência do incidente e das condutas adotadas frente ao mesmo.

> Viver a cultura justa é difícil, quando se faz análise profunda, chega em causas raízes que às vezes as instituições não gostam de perceber (E7).

> Sempre fazemos o *disclosure*, não envolve a segunda vítima, mas fazemos o *disclosure* inicial e o final, com o paciente, família, mas não expomos o profissional envolvido, a não ser que ele peça (E8).

As participantes E1 e E3 relataram que na perspectiva da cultura de segurança, as falhas são analisadas de forma sistêmica, considerando os EAs em um contexto amplo, justo e imparcial.

> [...] a cultura de segurança visa analisar as quebras de processos, os eventos adversos, em um modelo sistêmico, pensando no todo [...] (E1).

> O fluxo de cultura justa direciona [...] é um fluxograma, dependendo da resposta sim ou não [...] para não fazer julgamento da cabeça de quem está analisando, se foi um erro, violação, falha de processo, falha de sistema [...] alguns casos entra na questão da violação ou do erro humano, e tem alguns amenizadores e atenuantes, se o colaborador está passando por algum problema, se a escala estava adequada, se tinha protocolo e rotina publicada para a consulta, se ele era treinado [...] para que realmente a justiça seja tanto para o colaborador, quanto para a instituição (E3).

Para tanto, as participantes referiram utilizar ferramentas e protocolos para a análise dos incidentes e a elaboração de planos de ação com vistas ao aprendizado organizacional com a prevenção de novas ocorrências.

> O Protocolo de Londres direciona para a análise cronológica dos fatos [...] precisamos aplicar o quanto antes [...] o formulário de notificação é uma ferramenta que as pessoas notificam, descrevem o que presenciaram e o NSP recebe [...] a partir desse formulário, disparamos outras ações [...] montam-se os planos de ação, utilizando o 5W2H, diagrama de Ishikawa [...] nos deparamos com a segunda vítima por conta da ferramenta (E1).

> Dentro da ocorrência, precisamos usar as ferramentas de qualidade [...] o diagrama de Ishikawa, o Pareto, o 5W2H [...] para entender por que aquela ocorrência e desvio aconteceram [...] temos que trazer uma ação (E2).

> A qualidade faz o processo de análise de causa raiz [...] pedimos parecer de especialista externo [...] apresentamos toda a análise, com alguns fatores contribuintes no diagrama de Ishikawa [...] juntos classificamos o incidente [...] partimos para o plano de ação [...] usamos o diagrama de causa e efeito [...] colocamos prazo e o responsável para desdobrar aquela ação em toda a instituição (E3).

> Fazemos a análise SWOT, olhamos todas as causas [...] usamos o protocolo de Londres, fazemos todas as análises, depois montamos uma planilha de ação (E7).

Destacaram que falhas de processo e sistema estão na origem da maioria dos EAs.

> A grande maioria são falhas de processo e sistema [...] outros profissionais poderiam errar, cometer a falha [...] o colaborador pode estar enfraquecido, com problema de saúde, a escala pode estar incompleta, inadequada [...] os protocolos são ambíguos (E3).

> Várias falhas de processo podem levar ao erro (E4).

> O problema está no processo [...] um monte de fatores [...] a pessoa só é a ponta do *iceberg* [...] teve aquela parcela, mas tudo levou para que cometesse a falha [...] talvez falha de treinamento, de capacitação [...] às vezes a falha está na gestão [...] falha de desenvolvimento, porque as coisas ficam muito superficiais, é tanto treinamento, tudo muito por cima, temos que averiguar se as pessoas entenderam o que foi dito (E7).

Assim, a abordagem não punitiva foi descrita como uma prática consolidada em determinados cenários.

> Não temos a cultura de penalizar erros na instituição (E2).

> Não tratamos a notificação de evento adverso como castigo, e sim como revisão de processos [...] escutamos o envolvido, verificamos o que pode ter acontecido de falha [...] não lembro de ter dado alguma advertência ou penalidade para o meu funcionário mediante evento [...] punição não é uma estratégia utilizada (E5).

> A conscientização de que o evento adverso não tem caráter punitivo, mas educativo [...] a conscientização do que é evento e segunda vítima (E4).

> É um trabalho diário de conscientização, de explicar a importância da notificação, dos eventos adversos, do profissional como segunda vítima, o caráter da notificação, que é educativo, de apoio (E9).

> O nosso NSP não é punitivo [...] em relação à segunda vítima, tem que frisar que não pode punir, o sistema de punição é muito negativo (E10).

No entanto, para a consolidação da cultura justa, faz-se necessário diferenciar os erros das violações, aplicando-se as tratativas adequadas para cada situação, conforme relataram E3 e E7. Ainda, E3 retratou uma situação de aplicação de conduta disciplinar face à violação deliberada de um profissional.

> [...] houve violação do processo [...] foi aquele queijo suíço, várias barreiras [...] por ter sido violação, temos o fluxo de cultura justa [...] o manual de disciplina dos recursos humanos, então ele teve advertência de alguns dias de trabalho (E3).

> [...] nessa análise toda desse evento, chegamos à conclusão de que várias barreiras foram quebradas [...] um evento quando acontece, não acontece sozinho, não é uma barreira que rompe, são várias [...] precisamos entender todas as barreiras desde o início para tratarmos (E7).

Ressaltou-se também, que todas as ações decorrentes dos EAs são devidamente evidenciadas e registradas, incluindo *feedbacks*, orientações e capacitações.

> Fazemos registro de *feedback*, de orientação [...] se for falha de alguma coisa, propomos treinamento, depois anexamos a ata de capacitação, é tudo evidenciado, tudo tem registro (E7).

Por fim, as participantes apontaram que o trabalho desafiador da gestão e das lideranças dificultou o acolhimento das segundas vítimas, sobretudo em contextos de sobrecarga.

> Minha experiência enquanto líder do NSP, é extremamente desafiador [...] precisa o tempo inteiro engajar pessoas para a causa [...] é mais desafiador quando o cenário é de comissão, porque exige tempo, dedicação [...] quando tem setor exclusivo [...] o desafio maior é fazer com que as áreas envolvidas entendam que as mudanças e as melhorias são necessárias para o processo, e comprem, de verdade essa causa com você (E1).

> Nosso papel enquanto gestão não é esse [...] é entender o que aconteceu, investigar a situação para que não se repita [...] criar um ambiente seguro [...] foge do meu controle compreender o que está acontecendo com a pessoa naquele momento, por mais que eu tente verificar, a gente pode ser falho, pode se estressar, ela está cometendo um erro, uma situação [...] eu estou tendo que, como gerente, tratar, dez situações de eventos, então será que sou a pessoa adequada para tratar e lidar com

> aquela pessoa? [...] como segunda vítima, entendo que é, mas espera aí, tenho meu paciente também (E2).
>
> Não é uma área fácil [...] é muito sobrecarregada, cobrada e enxuta. Nosso hospital tem quase 500 leitos [...] imagina o tanto de incidentes que acontecem, e estamos em cinco enfermeiros e duas pediram demissão por essa sobrecarga, então quem fica, fica mais sobrecarregado [...] é um estresse muito grande (E3).
>
> Minha experiência como RT é péssima, porque é minha preocupação, sou responsável pela situação, conivente a qualquer erro, me vejo nessa situação, então minha primeira preocupação é com o paciente, e depois com o psicológico do meu profissional (E5).

7.2.3 Ações estratégicas de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos

No terceiro tema, as enfermeiras apontaram a existência ou a ausência de iniciativas institucionais de suporte, além de destacar a importância de ações preventivas de EAs.

Nesse contexto, refletiram sobre apoio, acolhimento e escuta qualificada como estratégias para lidar com o sofrimento emocional do profissional de enfermagem enquanto segunda vítima.

> [...] Cuidado, escuta qualificada [...] as instituições precisam investir em serviços que acolham estes profissionais [...] escuta humanizada, escuta empática, entender o que está acontecendo (E1).
>
> Grupos de apoio têm que existir [...] nós próprios enfermeiros, coordenadores, a psicóloga se houver necessidade [...] fazemos acolhimento junto com a comissão para poder dar apoio ao colaborador [...] quem faz normalmente o acolhimento é a equipe do local onde ocorreu o evento (E4).
>
> [...] converso, escuto [...] com o coordenador do lado, então é formal, e comunico que provavelmente no segundo momento a qualidade irá chamar também [...] a estratégia é mesmo o diálogo (E5).
>
> Tem que acolher, o acolhimento é ouvir [...] entender o que aconteceu [...] chama, senta, ouve [...] a escuta é a melhor forma que tem de tentar acolher a pessoa, fazer *feedback*, orientar e observar [...] a conversa e o acolher são o principal (E7).
>
> [...] conversamos, ouvimos [...] eles têm um pouco de receio de falar [...] não levamos gestor, ninguém de coordenação e vamos só para ouvir mesmo, é como se deixássemos desabafar [...] a princípio, vamos para ouvir, para acolher mesmo esse profissional envolvido (E8).
>
> A conversa com o próprio coordenador, para se sentirem parte da equipe (E9).
>
> [...] converso [...] se porventura for necessário, encaminhamos para o psicólogo [...] faço essa primeira conversa [...] depois passo para o NSP, que também faço parte (E10).

A garantia de um ambiente seguro, em que o profissional possa se expressar sem risco de punições posteriores foi mencionada no depoimento de E11.

> O apoio começa deixando essa pessoa falar, se expor de uma forma segura, que garanta que não vai acarretar em advertência, em rompimento de contrato [...] trazer essa segurança, para se exporem, conseguir falar realmente o que aconteceu [...] ser sustentável e ela permanecer trabalhando dá um apoio muito grande [...] permitir que fale com segurança, sem punições, e isso ser sustentável (E11).

Assim, ressaltaram que o acolhimento, a educação e o apoio psicológico constituem elementos fundamentais no suporte às segundas vítimas, conforme evidenciado nas falas:

> O apoio, a educação continuada, o apoio psicológico, vem formar essa rede (E4).

> O acolhimento, a educação e o apoio psicológico, acredito que são, até hoje na minha vivência, os básicos mesmo (E9).

A participante E6 apontou para o acompanhamento contínuo do profissional envolvido. No entanto, reconheceu que esse processo ainda precisa ser aprimorado.

> [...] a longo prazo como está o desempenho do colaborador [...] é um processo que precisa ser melhorado [...] penso na atuação em conjunto entre o líder da área, coordenador de enfermagem, supervisor, RH e o NSP [...] como o núcleo tem reunião periódica, tem estabelecido todos os processos de acompanhamento, talvez fortalecer de alguma forma, com que tenha algum processo de retomada com o colaborador, ter proximidade (E6).

Outra forma de acolhimento apontada foi a possibilidade de transferir o profissional de setor, visando sua readaptação e segurança.

> [...] um acolhimento talvez, dela estar insegura de trabalhar naquele departamento, fazendo aquela função, transferir para outro departamento para voltar a ter essa segurança [...] transferir de setor (E11).

A atuação do psicólogo, a fim de acolher as segundas vítimas após a ocorrência de EAs nas instituições, foi identificada em vários depoimentos.

> Temos equipe de psicologia interna [...] psicólogas próprias da instituição fazem parte deste programa, são profissionais capacitadas com experiência nesse tipo de assunto [...] essas tratativas não temos acesso, fica a cargo da psicologia (E3).

> A psicóloga fornece apoio [...] o apoio não só momentâneo [...] não só no ato da detecção da falha, do erro [...] vigilância contínua de apoio psicológico e profissional (E4).

> Temos a atuação da psicóloga e está muito relacionada à questão ética, do sigilo [...] os colaboradores se sentem mais confortáveis [...] o NSP entra em contato com os colaboradores [...] mas quem conduz o processo de atendimento à segunda vítima é a psicóloga (E6).

> Oferecemos o serviço de atendimento psicológico [...] o psicólogo procura a pessoa envolvida no evento para prestar atendimento, caso a pessoa não aceite, ela assina um formulário [...] caso aceite, ela tem acompanhamento do psicólogo organizacional [...] ele vai dando os *feedbacks*, temos um formulário onde ele vai registrando (E8).

> Não temos psicólogo exclusivo para os profissionais, se precisar de avaliação, acolhimento, o próprio psicólogo clínico faz a abordagem (E9).

> Temos profissional psicólogo [...] eu passo para o RH, e o RH encaminha para o psicólogo (E10).

Contudo, conforme relatado por E4, o suporte psicológico foi ofertado a depender do tipo e da gravidade do evento.

> [...] se realmente o evento teve a segunda vítima, porque não é para todos, depende do tipo do evento [...] acionamos a psicóloga e ela dá seguimento (E4).

Ainda, algumas participantes relataram que suas instituições já possuíam protocolos e fluxos institucionais voltados ao suporte de profissionais em condição de segunda vítima.

> Foi implementado o ambulatório de segunda vítima [...] qualquer colaborador pode se colocar como segunda vítima na própria notificação de ocorrência, ou o gestor ou um colega de trabalho pode indicar [...] tudo em particular [...] tendo a indicação, acionamos a equipe de psicologia [...] passamos os dados, elas fazem abordagem em dois atendimentos [...] a partir desses atendimentos vai ser definido se será encaminhado para a continuidade de tratamento [...] a princípio, o ambulatório de segunda vítima dentro da instituição é só psicólogo, e se ele precisa de acompanhamento externo, vai para o programa, lá tem outros profissionais […] psiquiatra, psicólogos [...] uma equipe de atendimento e acompanhamento do colaborador (E3).

> Implantamos um processo de atendimento à segunda vítima [...] o RH em parceria com o NSP, estabeleceu esse fluxo [...] começa na ocorrência de evento moderado ou grave, com o profissional envolvido, notificando à coordenação de enfermagem, ao diretor clínico, ao diretor técnico, aos médicos envolvidos na assistência desse paciente, porque eles vão ter a tomada de decisão imediata, para minimizar as consequências com os pacientes. Em um segundo momento, o NSP faz o acompanhamento de toda a tratativa [...] nesse momento o processo da segunda vítima é inserido, o RH é envolvido, principalmente pensando na atuação da psicóloga organizacional [...] o núcleo entra em contato com os colaboradores, informando sobre a possibilidade de acompanhamento, mas quem conduz o processo de atendimento à segunda vítima é a psicóloga (E6).

> Temos um protocolo multidisciplinar de assistência à segunda vítima [...] de conhecimento de toda a instituição (E8).

Por outro lado, ainda existiam instituições que não possuíam apoio psicológico ou protocolos estruturados.

> Sou enfermeira, posso sentar, conversar, tentar de alguma forma, confortar aquela pessoa que está em sofrimento [...] só consigo ir até aí, não sou psicóloga, não tenho formação para isso [...] não tenho nada que possa utilizar como ferramenta, como apoio para a segunda vítima, [...] não tenho um direcionamento, ah, eu posso acionar um serviço para acompanhá-la, serviço da psicologia, da enfermagem do trabalho, não, não posso, não tenho esse aparato, e nas instituições nas quais trabalhei, nunca tive (E1).

> Se tivesse psicólogo para tratar dos profissionais, uma equipe que pudesse não simplesmente relatar e tratar de forma gerencial [...] seria incrível (E2).

> Não temos psicólogo para fazer acompanhamento, talvez fosse uma opção, porque as coisas precisam ser trabalhadas [...] um acompanhamento psicológico, uma equipe que pudesse dar esse apoio seria legal (E7).

> Quase nada [...] apoio, não vejo (E11).

Desse modo, destacou-se ser responsabilidade institucional oferecer recursos adequados de suporte à segunda vítima, especialmente diante de agravamentos do quadro, como acesso a serviços psicológicos e psiquiátricos ou necessidade de afastamento laboral.

> Pode ser que esse profissional precise de algo além [...] um apoio extra, de repente esse profissional pode precisar de afastamento, de licença médica, então deve ter atendimento médico, atendimento psiquiátrico (E9).

> Se a segunda vítima acabar evoluindo com o processo de depressão, de ansiedade [...] querer se demitir por alguma situação, minimamente a instituição tem que dar o apoio de recurso que ela precisa conforme for manifestando [...] um psicólogo para acompanhar uma crise de ansiedade [...] um profissional para dar esse recurso para ela (E11).

Observou-se que, quando acolhidos, os profissionais tenderam a compreender a cultura justa e a colaborar com melhorias nos processos que contribuíram para o erro.

> [...] o colaborador [...] deu uma devolutiva muito positiva, falou que se sentiu acolhido, apesar de ter errado, sabia que existia a etapa de segurança e não fez [...] houve incidente [...] ele viu aquilo como positivo para o aprendizado, e o acolhimento que teve, não aquela cultura de penalidade, entendeu que aquela advertência era necessária, porque tinha descumprido uma etapa que sabia que tinha que fazer [...] ele continua trabalhando conosco, sem nenhum outro evento (E3).

> [...] teve o acolhimento da profissional envolvida [...] com essa aproximação, ela trouxe alguns processos que precisavam melhorar [...] para que pudéssemos ter um êxito na criação de outras barreiras em prol da segurança do paciente (E6).

> [...] o profissional envolvido é a melhor pessoa para falar onde precisa ter mudança [...] quando são envolvidos e acolhidos como segunda vítima [...] entendem melhor a

> cultura justa [...] não é punição [...] entendem que é importante, e para a instituição também é importante apresentar essa questão [...] trazemos eles de forma mais especial para perto da gente, quando somos transparentes, sem punição (E8).

Apreendeu-se também pelos depoimentos a relevância do *feedback* e da devolutiva acerca dos eventos e ações, como estratégia de apoio e de aprendizado institucional.

> Tentamos fazer reuniões de *feedback* [...] obtendo retorno [...] como você se sente, como que poderíamos fazer para melhorar, para evitar que isso acontecesse (E2).

> Fazemos o *feedback* para as equipes e a devolutiva das análises de causa raiz [...] não contando o setor e os profissionais envolvidos, divulgamos para o aprendizado da equipe e para a ciência dos eventos adversos da instituição [...] contamos a linha do tempo e o diagrama de causa e efeito e a ação implementada [...] é uma ação forte [...] fazemos em todos os plantões, para todos os colaboradores [...] temos o painel de gestão à vista e a gestora da área faz essa análise (E3).

Percebeu-se ainda que as participantes refletiram sobre estratégias voltadas à prevenção de EAs, mesmo que não estejam diretamente relacionadas ao apoio às segundas vítimas. Assim, apontaram a relevância de ações preventivas e de mitigação de danos, direcionadas não somente à equipe de enfermagem, mas à toda a equipe multidisciplinar e também, aos pacientes e acompanhantes.

> Estratégias preventivas para que não ocorra novamente [...] trabalhar em cima do ocorrido para que não tenha nenhum agravamento, quanto antes agirmos, menos risco tem para o paciente [...] estabelecer ações preventivas, e se já ocorreu, fazer de tudo, para que aquele paciente não tenha danos mais graves.

> [...] não é só o profissional de enfermagem que está envolvido, são vários setores que estão envolvidos na prevenção de evento adverso (E10).

> [...] cabe também, na admissão, orientar a suposta primeira vítima, que é o paciente, quais são as rotinas, o que é normal e o que não é normal (E4).

Os treinamentos e a educação permanente também foram citados como pilares da prevenção.

> Temos oferecido muitos treinamentos [...] ofertamos também uma plataforma de treinamentos auto instrucionais [...] treinamento de segurança, com a equipe de segurança do trabalho (E2).

> Educação permanente, constante, manter todo mundo sempre em desenvolvimento, atualizado [...] ficar sempre por dentro das normas, das rotinas, dos protocolos [...] educação continuada para poder resgatar o que pode ter perdido ao longo do tempo de profissão (E4).

> Uma das estratégias é treinamento [...] educação permanente é tudo, se o funcionário entra treinado, orientado quanto aos processos daquele setor que está assumindo,

> minimiza-se os eventos [...] diminui a chance de errar, de acontecer alguma coisa com o paciente ou até mesmo emocionalmente com ele [...] acredito que o estudo, a experiência, a pós (E5).

> Em capacitações, treinamentos relacionados à segurança do paciente, sempre falamos sobre notificação, evento adverso e cultura justa [...] temos que cumprir alguns treinamentos obrigatórios relacionados à segurança do paciente (E6).

> Medidas educativas referentes ao dano [...] educação continuada [...] treinamentos [...] rever protocolos [...] a medida educativa é basicamente treinamento (E9).

Outro ponto refere-se à integração de profissionais recém-admitidos como forma de prevenção de EAs:

> [...] o principal é um de recrutamento [...] de integração [...] o primeiro plantão deles é acompanhado também por profissional que verifica se estão fazendo a técnica correta, se tem algo para corrigir (E2).

> Quando é enfermeiro recém-admitido, a preocupação é extrema, ele é tenso, chama, fica preocupado [...] a partir do momento que aceitei admitir enfermeiro, técnico recém-formado sem experiência, tenho como compromisso capacitá-lo para aquele setor, é orientação, reunião, integração [...] tem que ser integrado, conhecer as rotinas, os processos e cobrar que também faça a parte dele, que ele estude (E5).

> [...] na entrada dos novos colaboradores, temos um processo de integração [...] para fortalecer a cultura de segurança, inserimos esse assunto também relacionado à segunda vítima (E6).

> [...] se temos funcionário recém-contratado, colocar a par de toda a rotina, de tudo que acontece no hospital [...] acompanhamos direto esse profissional, seja técnico, seja supervisor de enfermagem [...] continuamos a nossa rotina normalmente, mas ele observando, e no segundo momento é ele fazendo e passamos a ser observador [...] acompanhamos do zero [...] é uma ação importante de prevenção para que não ocorra o evento adverso (E10).

O depoimento de E7 reforçou as ações educativas, uma vez que apontou as fragilidades na formação acadêmica como fator dificultador frente às demandas do ambiente hospitalar.

> [...] hoje a formação das escolas é muito ruim e as pessoas entram não sabendo quase nada (E7).

Por fim, destacaram a adoção de medidas para prevenir a sobrecarga provocada pela dupla jornada.

> Tem hospital que não aceita chegar de outro hospital como segundo vínculo [...] são estratégias para evitar erro, cansaço de dupla jornada (E5).

8 DISCUSSÃO

Apresenta-se, neste tópico, a discussão referente às experiências vivenciadas e compartilhadas pelas enfermeiras participantes desse estudo.

8.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Na caracterização das enfermeiras participantes do estudo utilizou-se as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, estado e município de trabalho, tempo de experiência profissional como enfermeira, tempo de atuação na instituição, função ou cargo atual e tempo de atuação no mesmo.

A partir da análise dos dados, traçou-se o perfil das participantes, sendo todas mulheres, predominantemente casadas ou em união estável, na faixa etária de 41 a 50 anos, em sua maioria com mais de seis anos de experiência como enfermeiras, na instituição e na função gerencial atual.

Os resultados deste estudo estão alinhados aos dados nacionais, que indicam a predominância feminina na enfermagem, com 85,1% de mulheres na categoria. Do mesmo modo, a faixa etária prevalente, observada entre as participantes, é compatível com o perfil nacional, que concentra 40% dos profissionais entre 36 e 50 anos. Além disso, quanto ao estado civil, também se encontra semelhança ao índice nacional de 48,7% com vínculos conjugais estáveis (Machado *et al.,* 2017).

Nesse contexto, observa-se que, enquanto a maioria dos profissionais no cenário nacional possui até 10 anos de formação, as participantes deste estudo apresentaram, em sua maioria, tempo de formação superior, o que sugere um perfil profissional com maior experiência em comparação à média nacional (Machado *et al.,* 2017).

De acordo com a literatura, o tempo de experiência contribui para o aprimoramento da maturidade profissional do enfermeiro, o que amplia a sua capacidade analítica diante das demandas e complexidades inerentes ao exercício da profissão, podendo assim, fortalecer o desempenho de práticas de liderança no âmbito da gerência de enfermagem (Silva *et al.,* 2017).

Nacionalmente, 35,3% dos enfermeiros exercem cargos de chefia, sendo 15,3% como gerentes, chefes ou diretores gerais de enfermagem (Machado *et al.,* 2017). No presente

estudo, as participantes, em sua maioria relataram mais de seis anos em funções ou cargos gerenciais, com destaque para os cargos de RT e atuação em qualidade e segurança.

Por fim, a utilização da técnica de amostragem *snowball* viabilizou a inclusão de participantes não apenas do município de origem do estudo, mas também de municípios circunvizinhos, estendendo-se à capital do estado e a um estado limítrofe, ampliando assim o alcance territorial da pesquisa, permitindo uma compreensão mais abrangente das vivências em distintos contextos regionais.

8.2 VIVÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NA FUNÇÃO GERENCIAL EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS

Percebeu-se a partir das vivências das enfermeiras em função gerencial em instituições hospitalares três temas, sendo: eventos adversos e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima; cultura organizacional, gestão e liderança e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos; e ações estratégicas de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos.

8.2.1 Eventos adversos e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima

Este tema desvelou aspectos sobre a compreensão do conceito de segunda vítima e a complexidade deste fenômeno no contexto dos profissionais de enfermagem envolvidos em EAs, evidenciando, a partir das vivências de enfermeiras em função gerencial, as percepções sobre as repercussões enfrentadas por esses profissionais.

8.2.1.1 Conhecimento do termo segunda vítima

O conhecimento do termo segunda vítima foi abordado em poucos relatos, e nestes as enfermeiras atribuíram que o mesmo só foi conhecido a partir de situações práticas relacionadas a EAs, não tendo sido incorporado formalmente no início de suas atividades em

segurança do paciente. Corroborando esses achados, a maioria dos profissionais de enfermagem desconhece o conceito (Alevi *et al.,* 2024).

Adicionalmente, em estudo com enfermeiros do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da *Mayo Clinic Rochester*, em Rochester, Minnesota, EUA, 74,8% dos participantes nunca haviam ouvido falar sobre o referido termo, e entre os que conheciam, o aprendizado se deu por meio de colegas ou experiências práticas (Finney *et al.*, 2020).

Salienta-se que inicialmente o termo descrevia a necessidade de apoio aos médicos afetados após cometerem erros e, posteriormente, foi ampliado ao englobar todos os profissionais de saúde (Wu, 2000; Scott *et al.*, 2009). Complementa-se que, a segunda vítima é qualquer profissional, direta ou indiretamente envolvido em um EA ou erro de assistência à saúde não intencional ou lesão ao paciente (Vanhaecth *et al.*, 2022).

Nesse contexto, esse conceito contribui para mitigar os impactos dos EAs sobre os profissionais e as instituições, favorecendo indiretamente a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a gestão de recursos humanos. As segundas vítimas, em geral, sentem-se pessoalmente responsáveis pelos desfechos e carregam a sensação de terem falhado com o paciente (Vanhaecht *et al.,* 2022).

Nesse estudo, uma das participantes apontou que alguns profissionais consideram inadequado o uso do termo segunda vítima, por entenderem que ele pode sugerir isenção de responsabilidade individual. Entretanto, a literatura reitera que, embora seja alvo de críticas, visto a conotação da palavra vítima, que pode sugerir equivalência entre o sofrimento do profissional e o dano sofrido pelo paciente, ele é importante por dar visibilidade aos impactos dos EAs sobre os profissionais, frequentemente afetados por falhas ativas e condições organizacionais latentes (Tumelty, 2021; Vanhaecht *et al.,* 2022).

Identificou-se, ainda, por meio de dois depoimentos, a existência de dúvidas conceituais entre as enfermeiras quanto à abrangência e aplicação do conceito. Esse achado é reforçado por pesquisas que apontam que estudantes de enfermagem frequentemente apresentam definições parciais ou imprecisas, devido à pouca abordagem do tema durante a graduação (Abrantes; Montanari; Garzin, 2024).

Do mesmo modo, observou-que profissionais possuem apenas familiaridade superficial com o termo segunda vítima, associando-o comumentemente a erros graves ou danos significativos ao paciente, como lesões ou óbitos, o que reforça a necessidade de maior clareza e capacitação sobre o fenômeno (Cohen; Sela; Gannot, 2023).

Para tanto, embora parte da literatura defenda a necessidade de revisitar o termo até que se estabeleça uma nomenclatura mais apropriada e reconhecida internacionalmente, é provável que seu uso persista (Tumelty, 2021). De todo modo, torna-se fundamental o aprofundamento do conhecimento sobre o tema, uma vez que tal compreensão pode contribuir para mitigar o peso da culpa e da responsabilização individual pelo EA (Abrantes; Montanari; Garzin, 2024).

8.2.1.2 Olhar para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos

As enfermeiras, deste estudo, desvelaram que os profissionais de enfermagem são os mais acometidos como segundas vítimas. No ambiente hospitalar, a enfermagem está mais exposta às ocorrências de EAs, por atuarem diretamente na assistência e representarem a maior parte do corpo clínico (Almeida; Moura, 2021; Silveira *et al.,* 2023). Acrescenta-se que após o envolvimento em um EA, identificou-se que 82%, declararam-se como segunda vítima, evidenciando a abrangência do fenômeno entre a equipe de enfermagem (Potura *et al.,* 2024).

Nos últimos dois anos, a maioria dos profissionais de enfermagem se envolveu em pelo menos um EA, predominando os casos sem dano ou com dano leve, seguidos por EAs com dano moderado, grave e, em menor proporção, com desfecho fatal (Almeida; Moura, 2021). Reitera-se que 70,5% dos enfermeiros já vivenciaram ao menos um EA e que 42,56% relataram sofrimento psicológico associado (Huang *et al.,* 2022).

As enfermeiras acrescentaram, ainda, que a sobrecarga de trabalho na enfermagem, intensificada pela dupla jornada, configura-se um fator de risco para a ocorrência de EAs. Corrobora a literatura que a sobrecarga, associada à dupla jornada, déficit de profissionais, alocação inadequada, alta proporção de pacientes por profissional e escassez de insumos, compromete a qualidade da assistência e eleva o risco de EAs, refletindo no esgotamento físico e emocional da equipe (Santos; Ramos; Santos, 2024; Soósová, 2020; Oliveira; Massuqueto, 2024).

Outro recorte nos relatos, foi a tendência da enfermagem em justificar falhas e banalizar os EAs, o que pode levar à naturalização de situações que oferecem riscos. Para tanto, destaca-se que eventos sem dano ou com dano leve frequentemente não recebem a devida atenção, o que contribui para a desvalorização e normalização de erros com potenciais desfechos negativos (Quadros *et al.,* 2022).

Para algumas das participantes, a gravidade do EA foi considerada fator determinante no impacto emocional, sendo que eventos mais graves, especialmente os que resultam em óbito, tendem a intensificar o sofrimento. Por outro lado, outras expõem que eventos leves ou *near misses*, nem sempre geram sofrimento emocional significativo. Reitera-se que a gravidade do evento pode influenciar o nível de sofrimento vivenciado (Potura *et al.,* 2024).

Essas experiências podem gerar sofrimento intenso e duradouro, com repercussões pessoais e profissionais (Paula *et al.,* 2022). Além disso, o estresse vivenciado associa-se à fadiga emocional e mental, o que compromete a saúde e a qualidade do cuidado prestado, além de favorecer absenteísmo e intenção de deixar o emprego (Li *et al.,* 2023; Shahbazzadeh *et al.,* 2025).

Evidenciaram as repercussões emocionais e psicológicas, incluindo culpa, vergonha, medo, ansiedade, as quais, muitas vezes, evoluem para manifestações físicas. Acrescenta a literatura aos sintomas mais recorrentes, as memórias perturbadoras, a raiva, a insônia, as dificuldades de concentração, a redução do desempenho no trabalho e as manifestações psicossomáticas como cefaleia, náuseas e dor lombar (Busch *et al.,* 2019; Ganahl *et al.,* 2022; Ribeiro; Silva, 2022; Silveira *et al.,* 2023; Potura *et al.,* 2024; Sedile *et al.*, 2024).

Nesse contexto, estudo apresenta seis etapas no processo de recuperação da segunda vítima, em que inicialmente, o foco se volta ao paciente que sofreu o dano, enquanto o profissional vivencia autorreflexão. Em seguida, surgem períodos de isolamento e questionamentos sobre como o incidente poderia ter sido evitado. Na terceira etapa, há busca de apoio em pessoas de confiança, embora persista a insegurança quanto à percepção da equipe (Scott *et al.,* 2009).

Posteriormente, manifesta-se a preocupação com possíveis repercussões institucionais e consequências para a carreira. A quinta etapa envolve a procura por suporte emocional efetivo. Por fim, na sexta etapa, ocorre o desfecho, que pode se dar de três formas: desistência da profissão, persistência na carreira com insegurança ou prosperidade, quando o evento é ressignificado como aprendizado e crescimento (Scott *et al.,* 2009).

As enfermeiras apontaram que a falta de apoio dos colegas e as repercussões institucionais agravam o sofrimento das segundas vítimas. Para corroborar, a literatura indica que comentários e julgamentos podem ser extremamente prejudiciais, contribuindo para a persistência dos sintomas (Kappes, 2024). Refere ainda, a vontade de não relatar o erro por medo das consequências, embora, em muitos casos, o façam por reconhecer os riscos ao paciente (Naya *et al.,* 2023; Silveira *et al.*, 2023).

Ademais, indicaram que em determinadas situações, os efeitos podem se prolongar por longos períodos, impactando a continuidade da trajetória profissional. Pesquisas trazem que em alguns casos, os sintomas persistem por mais de um ano após o evento, caracterizando sofrimento psíquico persistente e impacto significativo na segunda vítima (Naya *et al.,* 2023; Silveira *et al.*, 2023). A intensidade e duração variam conforme o indivíduo, sendo mais severas em casos que envolvem morte ou invalidez permanente do paciente (Kappes, 2024).

Do mesmo modo, características individuais podem elevar a intensidade dos sintomas, como o sexo feminino, enquanto fatores como idade, escolaridade, tempo de experiência, função gerencial e traços de personalidade não se mostraram preditores significativos, indicando a complexidade da segunda vítima e a necessidade de abordagens personalizadas de apoio (Potura *et al.,* 2024).

As enfermeiras também destacaram a dificuldade de dissociar questões pessoais do ambiente de trabalho e o reconhecimento de que os erros não são intencionais, refletindo a falibilidade humana como parte inerente da prática profissional. Dessa maneira, a análise dos EAs deve considerar o impacto subjetivo, sobretudo na enfermagem, profissão fortemente centrada no resultado final e marcada por baixa tolerância à falibilidade. Assim, a forma como a instituição lida com os erros pode fomentar os sentimentos na segunda vítima (Quadros *et al.,* 2022).

A busca por apoio pode ser limitada pela sobrecarga de trabalho, receios quanto à confidencialidade, medo de julgamento por parte dos colegas, estigmatização e a percepção de ineficácia dos serviços oferecidos (McDaniel; Morris, 2020). Esses fatores agravam os impactos profissionais e sociais, manifestados pelo sofrimento associado ao julgamento próprio, dos pares e dos pacientes (Silveira *et al.,* 2023).

Ainda, identificou-se que repercussões externas ao ambiente institucional, como a exposição pública e o julgamento social, tendem a ser desproporcionais quando envolvem profissionais de enfermagem. A literatura confirma que a exposição midiática de erros de enfermagem agrava o sofrimento, uma vez que o enfoque sensacionalista frequentemente associa o erro à negligência ou à intencionalidade. Essa narrativa reforça estigmas, compromete a imagem profissional e intensifica sentimentos de culpa, medo e insegurança (Forte *et al.,* 2021).

Por fim, enfermeiras salientaram a terceira vítima, representada pelas instituições, gestores e profissionais de segurança do paciente, que igualmente enfrentam pressões, cobranças e desgaste emocional ao lidar com incidentes. Refere-se que a terceira vítima diz

respeito às instituições de saúde, gestores e instituições de ensino, incluindo também os profissionais de segurança do paciente, responsáveis pela investigação e melhoria dos incidentes, que podem vivenciar impactos psicológicos e esgotamento semelhantes aos das segundas vítimas (Holden; Card, 2019).

Nesse aspecto, fatores como supervisão abusiva e *bullying*, são evitáveis, enquanto outros, como o estresse decorrente de incidentes críticos, são inerentes à função. Para mitigá-los, as instituições de saúde devem implementar estratégias para reduzir os danos psicológicos, expandir o apoio às segundas vítimas e oferecer treinamento em resiliência às terceiras vítimas (Holden; Card, 2019).

Apesar disso, ainda há escassez de modelos sistematizados para orientar respostas institucionais, evidenciando a necessidade de compreensão ampla do fenômeno e de comprometimento institucional com sua gestão efetiva (Liukka *et al.,* 2020). À medida que novas pesquisas sobre terceiras vítimas identificarem métricas específicas, estas devem ser incorporadas para auxiliar na mitigação do problema (Holden; Card, 2019).

8.2.2 Cultura organizacional, gestão e liderança e a interface com os profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos

Identificaram-se, neste tema, as influências da cultura punitiva e da cultura de segurança na condução dos EAs e na experiência dos profissionais de enfermagem envolvidos.

8.2.2.1 Cultura organizacional com foco na gestão e liderança tradicional e punitiva

A maioria das enfermeiras deste estudo denotaram que a cultura punitiva ainda prevalece, apesar de ações pontuais voltadas para a segurança do paciente. No contexto nacional, a literatura corrobora que há predominância de hospitais com uma cultura de segurança comprometida e subdesenvolvida (Almeida; Moura, 2021).

Revelaram que a resposta institucional é marcada pela tendência da busca de culpados diante de EAs, prática também destacada na literatura, que descreve a permanência da cultura punitiva em muitos serviços de saúde brasileiros, marcada por advertências, suspensões e até demissões (Yamamoto *et al.,* 2021; Alevi *et al.,* 2024).

Ademais, conforme os relatos, o primeiro indício de punição vem da liderança, e a condução inadequada pode gerar conflitos. Confirma-se que a liderança e a supervisão inadequadas ou inexistentes favorecem conflitos, falhas de comunicação e fragilizam o trabalho em equipe, aumentando o risco de erros e violações (Santiago et al., 2025).

Salienta-se que a punição destes profissionais não apresenta impacto na redução dos EAs e na implantação de estratégias eficazes para preveni-los (Ribeiro; Silva, 2022). Nesse contexto, essa abordagem reforça a necessidade urgente de mudanças que promovam um ambiente mais seguro e de apoio ao erro como oportunidade de aprendizado (Almeida; Moura, 2021).

Para tanto, de acordo com as enfermeiras, a cultura de culpabilização estava enraizada na maioria dos contextos hospitalares, por elas experienciadas. Outrossim, ocorre o uso inadequado das ferramentas de qualidade, atribuindo-lhes um caráter punitivo em vez de educativo, o que compromete o avanço das dimensões da cultura de segurança, sendo necessário intervenções para uma mudança de paradigma, o que ainda constitui um desafio (Toledo *et al.,* 2021; Almeida; Moura, 2021).

Enfatizaram que a cultura punitiva concorre para a subnotificação, uma vez que que muitos EAs não são notificados por medo da punição, o que ratifica a literatura, que evidencia que a persistência da cultura punitiva desencoraja a notificação, devido ao medo de punições, do julgamento de colegas, do autojulgamento e do registro de erros em fichas (Maldonado; Nascimento; Lazzari, 2020; Almeida; Moura, 2021; Yamamoto *et al.,* 2021; Toledo *et al.,* 2021; Auto *et al.*, 2025; Silveira *et al.,* 2023).

Acrescentaram, ainda, que a subnotificação pode estar relacionada à falta de entendimento dos profissionais sobre os EAs e segunda vítima. Esse comportamento é influenciado pela ausência de melhorias após incidentes, baixa percepção da ocorrência de EAs, desconhecimento do processo de notificação, esquecimento, insuficiência de profissionais, sobrecarga de trabalho, falta de entendimento e desvalorização do tema. Assim, erros e danos aos pacientes continuam a ocorrer, porém muitos passam despercebidos (Auto *et al., 2*025).

Complementa-se que a baixa percepção dos profissionais de enfermagem sobre o risco de EAs limita a adoção de práticas seguras e indica falta de conhecimento ou treinamento. Sendo assim, a predominância de percepção inadequada aumenta a frequência de falhas, prejudicando a segurança do paciente e o ambiente laboral, enquanto ambientes bem estruturados favorecem a conscientização e a atenção aos riscos (Gomes *et al.,* 2025).

Resgatou-se que sobre os profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado direto ao paciente, como os técnicos, recai o fardo de segunda vítima decorrente de EAs, haja vistas serem os profissionais responsáveis por grande parte dos cuidados diretos aos pacientes e, por conseguinte, mais propensos ao envolvimento em EAs. No contexto da enfermagem, quando um EA é notificado, o foco comumente permanece no profissional e não no problema (Willrich *et al.,* 2025). Identificou-se que esses profissionais temem que as falhas sejam inseridas em seus registros funcionais (Almeida; Moura, 2021).

Importante inserir à discussão o recorte de depoimento que trouxe sobre a presença de viéses raciais no processo de culpabilização. Reitera-se que pardos e pretos constituem o grupo étnico predominante na equipe de enfermagem (Machado *et al.,* 2017). Corrobora-se que manifestações de racismo interseccionam-se com o gênero, visto que a enfermagem é historicamente feminizada e composta majoritariamente por mulheres negras, o que intensifica as vulnerabilidades e as discriminações vivenciadas por essas profissionais (Ulbrich *et al.,* 2025).

Apresentaram que EAs de consequências mais graves para o paciente, geram maior culpabilidade, que refletem em impacto emocional no profissional envolvido. A literatura confirma que a severidade do dano amplia os efeitos negativos sobre o profissional envolvido, aumentando o impacto emocional e a necessidade de suporte, muitas vezes não buscado por medo de repercussões, o que dificulta a recuperação da segunda vítima (Jeong *et al.,* 2025; Alevi *et al.*, 2024).

Nesse sentido, a inexistência de protocolos institucionais específicos para o manejo das segundas vítimas configura-se a principal barreira à sua abordagem efetiva. Evidências indicam que enfermeiros manifestam disposição para utilizar programas de apoio, quando disponíveis, reforçando a necessidade de institucionalizar fluxos e a comunicação imediata após EAs, a fim de assegurar suporte e reduzir os impactos (Kappes, 2024).

Nessa perspectiva, admitir que EAs acontecem é o primeiro passo para preveni-los (Tavares *et al.,* 2022). A notificação deve ser incentivada, a fim de identificar os riscos nos processos de trabalho e implementar estratégias que garantam a segurança (Viana *et al.*, 2021). Para tanto, falar abertamente sobre a ocorrência de EAs sem culpabilização e punição é essencial para o fortalecimento das práticas seguras (Toledo *et al.,* 2021; Alevi *et al.,* 2024).

No entanto, enfermeiras apontaram que na cultura médico-centrada a segurança do paciente e a notificação de EA são pouco incentivadas. Corrobora-se que os médicos tendem a notificar menos os EAs, por falta de tempo, incerteza sobre o que relatar, medo de punição ou

percepção de que a notificação não gera melhorias (Auto *et al.,* 2025). Acrescenta-se que técnicos e auxiliares de enfermagem demonstraram percepção mais positiva sobre a segurança do paciente, enquanto médicos apresentaram respostas menos favoráveis (Lemos *et al.,* 2021).

Por fim, apreendeu-se também, que a formação em enfermagem, foi considerada insuficiente quanto à segurança do paciente e ao conceito de segunda vítima. A literatura reitera essa lacuna, uma vez que no processo de ensino-aprendizagem ainda se transmite a concepção de erro como inaceitável, o que dificulta a consolidação de uma cultura de segurança e perpetua a culpabilização individual, a punição e a omissão de erros, potencializando o fenômeno da segunda vítima (Toledo *et al.*, 2021; Tavares *et al.*, 2021).

Por outro lado, o PNSP reconhece a relevância da educação sobre segurança do paciente e tem como um de seus objetivos, fomentar a inclusão da temática no ensino técnico, de graduação e de pós-graduação na área da saúde (Brasil, 2013a).

8.2.2.2 Cultura organizacional na perspectiva sistêmica da segurança do paciente

O PNSP define a cultura de segurança como a integração de condutas que reforçam o compromisso com a qualidade do cuidado, valorizando o aprendizado em vez de práticas punitivas (Brasil, 2013c). Complementa-se que a cultura justa se baseia em um ambiente de confiança, no qual o compartilhamento de informações é incentivado e valorizado, preservando a distinção entre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis (Jeong *et al.,* 2025).

As enfermeiras apontaram que a vivência da cultura justa pode evidenciar fragilidades que muitas instituições relutam em reconhecer. Nesse sentido, diagnosticar a cultura predominante na instituição constitui o primeiro passo para orientar decisões estratégicas e sustentar mudanças voltadas à melhoria da qualidade. Além disso, sua consolidação exige vigilância contínua sobre os processos, dependendo do comprometimento efetivo da liderança e da gestão institucional (Almeida; Moura, 2021).

Retrataram que o engajamento da liderança desde a alta direção até o nível operacional, é determinante para consolidar a cultura de segurança. Ratifica-se essa percepção ao indicar que cabe aos gestores e líderes reconhecerem sua relevância e adotarem políticas de conscientização e integração, uma vez que ela fortalece a comunicação aberta, o fornecimento de *feedback*, a melhoria contínua e a abordagem sistêmica dos EAs, contribuindo para a redução de impactos negativos no ambiente de trabalho (Campelo *et al.,* 2021; Jeong *et al.,* 2025).

Nesse aspecto, relataram que a abordagem não punitiva é percebida como prática consolidada em determinados contextos, na qual a notificação é compreendida como oportunidade de revisão de processos e aprendizado. A literatura evidencia que instituições que adotam essa estrutura cultural tendem a responder de forma educativa aos erros, fortalecendo o aprendizado organizacional e o cuidado seguro, o que pode reduzir a demanda por suporte entre os profissionais de enfermagem e atenuar a manifestação da segunda vítima (Martins *et al.,* 2023; Jeong *et al.,* 2025).

Entretanto, no contexto brasileiro, a avaliação da cultura de segurança hospitalar ainda é incipiente, e há escassez de estudos que abordem sua relação com a manifestação da segunda vítima entre profissionais de enfermagem (Almeida; Moura, 2021). Todavia, é fundamental reconhecer que o ambiente laboral e seu nível de segurança impactam diretamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (Batalha; Borges; Melleiro, 2024).

Por conseguinte, evidencia-se a necessidade de fortalecer políticas institucionais que sustentem a cultura de segurança e assegurem intervenções aos profissionais de enfermagem como segundas vítimas, reconhecendo o impacto emocional dos EAs e oferecendo recursos para enfrentar e superar suas consequências, promovendo a segurança do paciente e dos trabalhadores (Martins *et al.,* 2023).

A busca pela acreditação foi mencionada neste estudo como um fator que impulsionou a institucionalização da cultura de segurança, no entanto, observou-se que, muitas vezes, esse processo ocorreu sem comprometimento genuíno com a causa, voltando-se apenas para a obtenção do selo de qualidade.

Aponta-se que a acreditação atua como ferramenta estratégica para a promoção da cultura de segurança, ao favorecer o cuidado seguro, padronizar práticas e incentivar a educação permanente. Contudo, constata-se que as práticas de segurança tendem a se intensificar durante os períodos de avaliação externa, indicando adesão pontual e condicionada à fiscalização. Dessa forma, ressalta-se que o cuidado seguro deve ser contínuo e independente das exigências da certificação (Oliveira *et al.*, 2020).

Outro ponto mencionado para fortalecer a segurança do paciente e dos profissionais foi a notificação de incidentes. Salienta-se que o processo de notificação está diretamente associado à forma como a instituição organiza seu processo de comunicação e as rotinas de *feedback* (Almeida; Moura, 2021). Sua interpretação pode seguir uma perspectiva tradicional, que responsabiliza o indivíduo, ou uma abordagem contemporânea, que reconhece a

falibilidade humana e interpreta os incidentes como decorrentes de falhas sistêmicas (Tavares *et al.,* 2022).

As enfermeiras enfatizaram que, sob a perspectiva da cultura de segurança, as falhas são analisadas de forma sistêmica, considerando os EAs em um contexto amplo, justo e imparcial. Ademais, os relatos evidenciaram que a maioria dos EAs se originam de falhas de processos e de sistemas.

Em consonância, observa-se que na cultura justa, a análise dos EAs amplia o foco para as causas organizacionais, com menor ênfase no indivíduo e maior atenção a fatores sistêmicos, como falhas na comunicação, sobrecarga laboral e ausência ou fragilidade de protocolos, que se mostram mais determinantes na ocorrência de EAs do que erros humanos isolados (Mello *et al.*, 2022; Tavares *et al.*, 2022).

Complementa-se que a investigação de EAs constitui uma forte estratégia organizacional, integrada ao planejamento institucional. Assim sendo, o uso de ferramentas ou instrumentos auxiliam para uma análise robusta, contribuindo para o aprendizado organizacional com a prevenção de novas ocorrências (Mello *et al.,* 2021).

Desvelaram a utilização de diversas ferramentas de qualidade e protocolos na análise dos incidentes e na elaboração de planos de ação, incluindo o Protocolo de Londres, 5W2H, Diagrama de Ishikawa, Diagrama de Pareto e Matriz SWOT. Corroborando a esses relatos, destaca-se que as principais metodologias de investigação de EAs incluem a Análise de Causa Raiz com fatores contribuintes, *Human Factors Analysis and Classification System*, *Canadian Incident Analysis Framework*, *Yorkshire Contributory Factors Framework* e o Protocolo de Londres, sendo fundamental o domínio desses modelos por profissionais de saúde e gestores para a aplicação dos mesmos (Mello *et al.,* 2021; Jost *et al.,* 2021).

Ainda, salientaram que, para consolidar a cultura justa, é necessário diferenciar erros de violações, aplicando as tratativas adequadas a cada situação. Instituições com cultura organizacional positiva se caracterizam por comunicações pautadas na confiança mútua, percepção compartilhada da segurança, divisão de responsabilidades em todos os níveis e reconhecimento das distinções entre erro humano, negligência, violação e imprudência (Mello *et al.,* 2022; Alevi *et al.,* 2024).

Adicionalmente, verifica-se que, no ambiente hospitalar, tarefas repetitivas favorecem falhas por lapsos de atenção ou memória, mas também violações, quando profissionais optam por não seguir práticas estabelecidas, mesmo reconhecendo seu papel preventivo. A tolerância institucional a essas condutas faz com que se tornem hábitos incorporados à cultura,

manifestando-se como descumprimento rotineiro de políticas ou adoção de soluções alternativas (Mello *et al.,* 2022).

Nessa perspectiva, relataram a realização do *disclosure*, processo que envolve comunicação inicial e final com o paciente e familiares, preservando a confidencialidade do profissional envolvido, salvo quando este solicita exposição. O *disclosure* é um procedimento ético, jurídico e fundamentado na cultura justa, que inclui pedido de desculpas, relato factual, escuta ativa, discussão das consequências e explicação das ações corretivas, garantindo transparência, reparação, aprendizado institucional e fortalecimento da confiança (Albuquerque, 2022).

Entretanto, sua implementação é dificultada pela persistência de práticas punitivas, receio de repercussões legais, ausência de políticas institucionais e insuficiência de treinamento aos profissionais. Outrossim, a falta de programas estruturados de apoio, como os destinados à segunda vítima, compromete a transparência, o aprendizado organizacional e a abordagem empática diante de EAs (Santos; Alves, 2024).

Acrescentaram as enfermeiras que o trabalho desafiador da gestão e das lideranças dificulta o acolhimento das segundas vítimas, sobretudo em contextos de sobrecarga. Para corroborar, certifica-se na literatura que no contexto hospitalar, a gestão de enfermagem enfrenta desafios no gerenciamento de pessoas, processos assistenciais e materiais, como conflitos, déficit de profissionais, limitações estruturais e de recursos, esgotamento e baixo reconhecimento (Vandresen *et al.,* 2023).

Sendo assim, a assistência à segunda vítima é dificultada por cargas de trabalho elevadas, número de funcionários e volume de informações (Järvisalo *et al.,* 2023). Ainda, grande parte dos gestores desconhece o fenômeno, o que dificulta o suporte efetivo e deixa o profissional em situação de vulnerabilidade (Ribeiro; Silva, 2022). Dessa forma, a necessidade de conciliar diversas demandas e atender diferentes profissionais simultaneamente intensifica a complexidade das intervenções e resulta em sensação de inadequação na gestão do apoio (Järvisalo *et al.,* 2023).

Nesse sentido, esses desafios podem comprometer o acolhimento às segundas vítimas. Ressalta-se, contudo, o papel central do gestor de enfermagem no reconhecimento e encaminhamento da segunda vítima, conduzindo fluxos de atendimento e implementando barreiras para prevenir a recorrência de EAs, alinhadas aos princípios da cultura de segurança (Ribeiro; Silva, 2022).

Para tanto, a capacitação de enfermeiros na gestão de EAs é fundamental para transformar a cultura institucional e aprimorar a segurança do paciente, pois, devido à sua posição estratégica no cuidado, contribui para a mudança cultural, redução de litígios e fortalecimento da segurança, desde que respaldados por políticas institucionais e programas estruturados de suporte (Santos; Alves, 2024).

8.2.3 Ações estratégicas de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos

As enfermeiras identificaram a importância do acolhimento, a escuta qualificada e o apoio psicológico como elementos fundamentais no suporte às segundas vítimas. Acrescentaram que iniciativas preventivas podem evitar que falhas ocorram e atinjam o paciente, por meio da Educação Permanente.

Nesse contexto, salientaram que é responsabilidade da instituição investir e oferecer recursos adequados para suporte, sobretudo diante de agravamentos do quadro, necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico e afastamento laboral. Convergindo com os relatos, aponta-se que as instituições de saúde devem disponibilizar mecanismos que atendam às necessidades das segundas vítimas, como treinamentos regulares, serviços de aconselhamento, grupos de apoio e canais de comunicação (Lee; Lee, 2025).

Complementa-se que cabe aos gestores promover um ambiente psicologicamente seguro, que favoreça o diálogo sobre erros, falibilidade e vulnerabilidade sob uma perspectiva não punitiva (Mira *et al.,* 2025). O reconhecimento da segunda vítima é fundamental, visto que o seu acompanhamento deve contemplar atenção às necessidades individuais e promoção do bem-estar, a fim de assegurar cuidado em saúde mental (Ribeiro; Silva, 2022).

Do mesmo modo, a proximidade do gerente de enfermagem com a equipe pode desempenhar papel estratégico nesse processo, pois permite a oferta de intervenções individuais e a articulação de medidas adicionais aliviando sentimento de culpa, quando o auxílio inicial não for suficiente para identificar as necessidades e promover a recuperação (Järvisalo *et al.,* 2023).

Assim, com o objetivo de avaliar o sofrimento das segundas vítimas, as percepções de apoio organizacional e de colegas, a intenção de mudança de emprego, o absenteísmo e as formas de auxílio almejados, desenvolveu-se em 2013, nos EUA, o instrumento *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST), adaptado para o Brasil em 2020 como

Questionário de Experiência e Apoio à Segunda Vítima (BR-SVEST), que permite identificar oportunidades de melhoria, reduzir efeitos negativos e fortalecer a cultura de segurança (Sordi *et al.*, 2022).

Acrescentaram que o acolhimento facilita a compreensão da cultura justa e permite identificar melhorias nos processos em que ocorreram falhas, ressaltando que o próprio profissional envolvido é o mais indicado para apontar as mudanças necessárias. Corrobora-se que quando acolhidos, os profissionais compreendem melhor o incidente, colaboram com melhorias e transformam o enfrentamento em oportunidade de aprendizado (Ribeiro; Silva, 2022).

Dessa forma, diversas estratégias têm sido identificadas, destacando-se programas, serviços e intervenções institucionais, que contribuem para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e para o alívio do sofrimento das segundas vítimas, favorecendo a estabilidade psicológica e o desempenho da equipe de enfermagem (Quadrado; Tronchin; Maia, 2020; Lee; Lee, 2025).

No entanto, na maioria das realidades vividas pelas enfermeiras, as ações estratégicas ainda foram pontuais, mediante ao pouco apoio do grupo gestor, enraizado a uma cultura organizacional conservadora com foco punitivo e, ainda, não possuem protocolos voltados à segunda vítima. Agregou-se que as ações estratégicas foram conduzidas pela líder e demais membros da equipe em que a segunda vítima está inserida.

Assim, à luz da abordagem TRUST (Denham, 2007), que define como cinco direitos das segundas vítimas, o tratamento justo, o respeito, o entendimento e compaixão, os cuidados de suporte e a transparência e a oportunidade de contribuir com o aprendizado, observou-se que esses direitos não são efetivamente contemplados nas ações relatadas pelas enfermeiras, evidenciando a incipiência do suporte institucional, caracterizada pelo predomínio da cultura punitiva, acolhimento limitado, ausência de mecanismos formais de apoio e transparência restrita.

Ademais, as ações permanecem restritas ao âmbito operacional das equipes locais, o que representa um desafio a ser superado, especialmente porque apenas uma minoria relatou a existência de protocolos institucionais de apoio alinhados à cultura sistêmica dos EAs.

Corrobora a literatura que, no Brasil, há escassez de protocolos estruturados às segundas vítimas e, embora existam iniciativas consolidadas em diversos países, o cenário nacional carece de ações institucionais capazes de identificar os impactos dos incidentes sobre

os profissionais, evidenciando um distanciamento entre o conhecimento internacional e a realidade brasileira (Quadrado; Tronchin; Maia, 2020; Silveira *et al.,* 2023).

Para tanto, reforça-se a importância do desenvolvimento de sistemas de suporte que contemplem as necessidades individuais dos profissionais, a fim de reduzir os impactos emocionais e laborais (Alevi *et al.,* 2024; Lee; Lee, 2025). Ressalta-se que tais medidas não os isentam da responsabilidade pelo erro, mas visam prevenir sua recorrência, assegurando capacitação e permanência no mercado de trabalho (Quadrado; Tronchin; Maia, 2020).

As enfermeiras complementaram que garantir um ambiente seguro, no qual o profissional possa se expressar sem risco de punições, é essencial, iniciando-se o apoio ao permitir que a pessoa fale e se exponha de forma segura, assegurando que não haverá advertências ou rompimento de contrato. Reitera-se a importância de promover um ambiente seguro, aprimorar a comunicação, oferecer assistência em saúde mental, otimizar protocolos e sistemas de notificação, aperfeiçoar a tratativa dos EAs e combater a cultura punitiva (Almeida; Moura, 2021; Jeong *et al.,* 2025).

Acrescenta-se que as estratégias podem ser formais, estruturadas pelas instituições de saúde e organizações de referência em segurança do paciente, ou informais, derivadas das relações interpessoais com pessoas de confiança (Martins *et al.,* 2025). Além disso, devem priorizar os primeiros socorros psicológicos, por meio de escuta ativa e acompanhamento emocional, sustentados, de preferência, por equipes especializadas (Mira *et al.,* 2025).

Conforme relato, fez-se importante a existência de grupos de apoio como estratégia de suporte. Estudos realizados complementam que os programas de apoio entre pares é a forma de apoio mais desejada pelos profissionais, além de ser uma opção economicamente mais sustentável para as instituições. Ademais, esses programas devem priorizar o atendimento individual, entretanto, sessões em grupo revelam-se vantajosas quando múltiplos profissionais são impactados pelo mesmo EA (Mira *et al.,* 2025; Jeong *et al.*, 2025).

Outra estratégia partilhada pelas enfermeiras foi que o acolhimento envolve oferecer *feedback*, orientar e acompanhar o profissional, evidenciando a importância da devolutiva sobre os eventos e ações como estratégia de apoio e de aprendizado institucional. De forma corroborada, contribui-se que estratégias como a escrita reflexiva e o *feedback* positivo são apontadas como ferramentas eficazes de suporte às segundas vítimas (Quadrado; Tronchin; Maia, 2020).

Mencionaram sobre a transferência do profissional para outro setor como estratégia de readaptação e segurança. Agrega a literatura que em casos de incapacidade laboral, seja

realizado um breve afastamento aliado à implementação de ajustes individualizados, como rodízio de funções, setores e turnos, para facilitar o retorno às atividades. Todavia, em situações mais complexas, pode ser indispensável a assistência externa especializada, incluindo enfermeiros do trabalho, médicos ou psicólogos (Järvisalo *et al.,* 2023).

Adicionalmente, enfatizaram a relevância da atuação do psicólogo no acolhimento das segundas vítimas, evidenciando a necessidade de vigilância contínua de suporte psicológico e profissional. Para tanto, torna-se fundamental o estabelecimento de fluxos de encaminhamento para acompanhamento psicológico (Ribeiro; Silva, 2022; Martins *et al.,* 2025). Revela-se que após um incidente, é essencial oferecer assistência psicológica imediata e promover resiliência a longo prazo, a fim de prevenir novos erros, afastamentos, rotatividade ou litígios e reduzir o sofrimento físico e psicossocial (Mira *et al.,* 2025).

No entanto, uma enfermeira do estudo, relatou que o suporte psicológico não é para todos, sendo oferecido apenas a depender do tipo e da gravidade do evento. Contudo, estudo recomenda que intervenções de acolhimento devem ser acionadas não apenas em EAs graves, como eventos sentinela, mas também em incidentes sem dano ou em situações altamente estressantes, garantindo suporte adequado às necessidades do profissional (Mira *et al.,* 2025).

A minoria das enfermeiras trouxe que em suas instituições já existiam programas e fluxos institucionais voltados ao suporte da segunda vítima. De modo geral, nesses fluxos, o colaborador pode se identificar como segunda vítima ou ser indicado por colegas ou gestores, recebendo atendimento individual e sigiloso pela equipe de psicologia, com encaminhamento para acompanhamento especializado quando necessário, envolvendo múltiplas áreas institucionais, como coordenação, RH e serviços de psicologia, garantindo monitoramento contínuo e integração das ações de suporte.

Em consonância com iniciativas internacionais mais consolidadas, a literatura descreve programas estruturados de suporte, como o *for YOU*, da *University of Missouri*, que oferece três níveis de assistência: primeiros socorros emocionais no local do incidente; avaliação das necessidades por equipes de apoio; e encaminhamento, quando necessário, para cuidados especializados, como assistência ao trabalhador, psicologia clínica, serviço social e apoio espiritual (Scott *et al.,* 2010).

No *Johns Hopkins Hospital*, o programa RISE *(Resilience in Stressful Events*) disponibiliza dois níveis de auxílio, com resposta em até 30 minutos, por socorristas treinados em todos os turnos, complementados pelo apoio de um segundo membro e supervisão de um diretor (Edrees *et al.,* 2016). Outros modelos também têm sido descritos, mas sua efetividade

depende da adaptação às particularidades da cultura organizacional e do contexto legal de cada instituição, a fim de potencializar os resultados das intervenções (Mira *et al.,* 2025).

Como pilares da prevenção de EAs foram destacados, pelas enfermeiras, os treinamentos e a educação permanente, uma vez que profissionais bem treinados e orientados apresentam menor incidência de erros. Em consonância, certifica-se que equipes regularmente capacitadas tendem a apresentar maior adesão a protocolos e práticas mais seguras. Adicionalmente, ações educativas, como a educação continuada e treinamentos, fortalecem a prática profissional, promovem a qualidade e a segurança do cuidado e contribuem positivamente para o desenvolvimento profissional e o bem-estar dos colaboradores (Frota *et al.,* 2025).

Adicionalmente, a reorientação e os treinamentos de procedimentos relacionados aos incidentes beneficiam o profissional afetado, pois a análise e o gerenciamento desses incidentes, integrados à educação permanente, favorecem reflexão sobre falhas, aprendizado, prevenção de eventos futuros e abordagem sistêmica, sem negligenciar necessidades individuais (Ribeiro; Silva, 2022).

Para complementar, as enfermeiras destacaram a pertinência do período de integração de profissionais recém-admitidos, como estratégia de prevenção de EAs. Nesse contexto, reforça-se que o treinamento admissional contribui para reduzir as inseguranças, qualificar a prática e suprir lacunas de desenvolvimento de profissionais da enfermagem recém-formados (Alevi *et al.,* 2024).

As enfermeiras também trouxeram que as fragilidades na formação acadêmica concorrem para dificultar a atuação diante das demandas do ambiente hospitalar, o que remete para a necessidade de ações educativas contínuas. De igual modo, aponta-se que a inserção da segurança do paciente na formação em enfermagem estimula o reconhecimento do erro, promove aprendizado e contribui para a redução dos efeitos da segunda vítima (Tavares *et al.,* 2022). Nesse contexto, instituições de ensino e saúde devem orientar estratégias de suporte aos profissionais em situações emocionalmente desafiadoras (Martins *et al.,* 2023).

Acrescentaram a importância de que as orientações para ações preventivas não se restrinjam à equipe de enfermagem, mas abranjam também pacientes e acompanhantes. Assegura-se que orientações verbais, planos conjuntos, materiais educativos e recursos tecnológicos, favorecem o engajamento dos pacientes e acompanhantes no cuidado, ampliam a adesão a comportamentos seguros e contribuem para a redução de EAs (Luiz *et al.,* 2022;

Soares *et al.,* 2021). Ademais, a interação paciente-profissional e a percepção dos protocolos de segurança são essenciais para o fortalecimento da segurança do paciente (Báo *et al.,* 2023).

Por fim, apresentaram a necessidade de adotar medidas para prevenir a sobrecarga provocada pela dupla jornada na enfermagem. Evidencia-se a necessidade de ajustes nos contextos laborais da enfermagem, especialmente quanto à dupla jornada, pois compromete a saúde dos trabalhadores e a qualidade da assistência prestada (Soares *et al.*, 2020). Assim, hospitais públicos e privados devem assegurar condições laborais adequadas, com carga horária compatível e remuneração digna, em consonância com os direitos trabalhistas da categoria (Santos; Ramos; Santos, 2024).

9 ANÁLISE À LUZ DA HERMENÊUTICA-DIALÉTICA

Apresenta-se a análise dialética à luz dos eixos teóricos e da fundamentação teórica do estudo.

Ao analisar as vivências das enfermeiras na função gerencial em instituições hospitalares, face ao cuidado aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EAs, revelou-se que, além da temática ser incipiente, há múltiplas formas de sofrimento entre esses profissionais, sendo a cultura institucional um fator determinante, capaz de favorecer a recuperação ou agravar o quadro, a depender de como a instituição gerencia o evento e como as estratégias de apoio são disponibilizadas**.**

Mesmo ocupando funções e cargos gerenciais, enfermeiras ainda demonstraram desconhecimento e dúvidas conceituais sobre o termo segunda vítima, o que enfatiza a sua incipiência, e embora alguns profissionais o considerem inadequado, percebe-se que a discussão sobre seu uso é fundamental para ampliar a compreensão e orientar o manejo adequado no contexto institucional.

Os profissionais de enfermagem são provavelmente os mais afetados, devido à proximidade contínua com os pacientes e à elevada representatividade na equipe hospitalar. Acrescentou-se que essa vulnerabilidade é potencializada pela sobrecarga de trabalho, dupla jornada e propensão a normalizar situações de risco.

A gravidade do evento foi considerada significativa no impacto emocional, de modo que eventos mais graves tendem a gerar sofrimento mais intenso, no entanto, essa relação não deve ser interpretada de forma simplista, uma vez que os efeitos são subjetivos.

Nesse contexto, os incidentes provocaram repercussões emocionais, psicológicas, físicas, sociais e laborais, variando de acordo com cada profissional e com o suporte institucional recebido, como punições ou demissões, comentários depreciativos e ainda, com implicações extrainstitucionais, decorrentes de exposição pública e julgamento social, que tendem a agravar o sofrimento.

Apesar de reconhecerem a falibilidade humana no ambiente de trabalho, persiste entre as instituições a percepção arraigada de que erros são inaceitáveis, desconsiderando essa falibilidade, em especial, na enfermagem, onde se espera que os profissionais mantenham uma separação rigorosa entre questões pessoais e laborais, expectativa muitas vezes inviável diante das pressões institucionais, da sobrecarga e das exigências culturais que permeiam o exercício da profissão.

Os EAs também afetaram a terceira vítima, representada pelas instituições de saúde, que podem sofrer consequências decorrentes de custos financeiros ou sobre sua imagem institucional, assim como pelos profissionais que atuam na análise e gestão desses eventos e enfrentam o desgaste emocional face às constantes pressões e cobranças dos superiores.

Para mais, aponta-se como imprescindível incluir nessa análise a cultura institucional, distinguindo aquela pautada na gestão e liderança tradicionais e punitivas daquela baseada na perspectiva sistêmica da segurança do paciente, visto que cada uma orienta posturas distintas frente aos EAs referente a segunda vítima.

No cenário estudado, a conduta punitiva predominou, na qual erros foram analisados isoladamente, recaindo a responsabilidade sobre os profissionais, sendo que eventos mais graves geralmente resultaram em repreensões mais severas. Essa postura gera medo de punições, favorece a ocultação de falhas e a subnotificação, além de sustentar a percepção equivocada de que erros não ocorrem.

Dessa forma, os profissionais de enfermagem, especialmente os técnicos, por sua maior exposição a EAs, tenderam a ser os mais responsabilizados pelos incidentes. Ademais, fatores raciais e de gênero, influenciados por desigualdades sociais e estruturais, intensificaram a culpabilização, uma vez que esses profissionais representam a maioria da categoria, reforçando a perpetuação de práticas de racismo e misoginia ainda presentes.

Salienta-se que aspectos como a abordagem superficial da segurança do paciente e da segunda vítima na formação em enfermagem, aliados à limitada participação de outras categorias profissionais nos processos institucionais relacionados à temática, contribuíram para a manutenção da cultura punitiva.

A perspectiva sistêmica, incorporada em poucos contextos institucionais, configurou-se um desafio. Torna-se indispensável que a gestão e a liderança das instituições compreendam e analisem com profundidade cada ocorrência, distinguindo erros de violações, de modo a direcionar as tratativas de forma proporcional, favorecendo, assim, a implementação de medidas de apoio adequadas.

O processo de acreditação, responsável por conferir a certificação de qualidade, constituiu um instrumento relevante para fortalecer essa cultura, ao enfatizar a padronização de práticas seguras, o que pode favorecer o acolhimento das segundas vítimas. Todavia, seus resultados dependem da participação legítima da instituição, independentemente das exigências formais.

A cultura de segurança incentiva a notificação de EAs e a transparência institucional e, embora isso possa gerar resistência por expor as falhas da própria instituição, ressalta-se que a identificação e a análise dos erros constituem o principal meio para aprimorar os processos e prevenir novos incidentes.

O uso de protocolos e ferramentas de qualidade e segurança, por sua vez, configurou-se como instrumento essencial para a análise ampla dos EAs e para a elaboração de planos de ação para evitar novas ocorrências, desde que aplicados de forma imparcial e com domínio técnico pelos profissionais responsáveis.

Observou-se a transparência com pacientes e familiares por meio do *disclosure*, o qual assegura a comunicação sobre o EA e as medidas adotadas para sua correção e prevenção, valorizando o direito à informação e, simultaneamente, preservando a confidencialidade da segunda vítima, exceto quando esta opta por se expor.

Não obstante, a equipe nem sempre se engaja na incorporação dessa cultura como parte integrante do processo, reforçando a necessidade de maior sensibilização. Nesse cenário, a liderança de enfermagem é fundamental para consolidar condutas alinhadas aos princípios da cultura de segurança.

Entretanto, essas lideranças enfrentaram dificuldades no acolhimento das segundas vítimas devido à sobrecarga inerente à profissão, frequentemente responsável por lidar simultaneamente com múltiplos eventos, o que limitou sua capacidade de oferecer apoio direto aos profissionais afetados.

Nessa perspectiva, o enfrentamento dos EAs e o apoio às segundas vítimas envolvem estratégias formais e informais, reconhecidas na literatura e no cenário empírico desse estudo, embora ainda permeadas por desafios.

Recorre-se à abordagem TRUST, que descreve os cinco direitos das segundas vítimas, articulando-os às vivências relatadas pelas enfermeiras. À luz dessa fundamentação teórica, verificou-se que a maioria desses direitos não é contemplada nas ações mencionadas pelas participantes, o que evidenciou a incipiência da temática no contexto institucional.

No *Treatment that is just*, verificou-se, a partir do contexto empírico, que os EAs foram reconhecidos como decorrentes, predominantemente, de fragilidades nos processos. Entretanto, esse direito mostrava-se limitado, uma vez que persistiram medidas punitivas nas instituições, em desacordo com os princípios da cultura justa.

Portanto, entende-se que a criação de um ambiente seguro e justo, aliado ao acolhimento e à escuta qualificada, permite que a segunda vítima relate o ocorrido sem temor

de punições, favorecendo a compreensão da cultura justa e a identificação de melhorias a partir da experiência do próprio profissional envolvido.

No *Respect*, observou-se que a falta de apoio entre colegas e a propagação de comentários negativos intensificaram os efeitos sobre os profissionais envolvidos, evidenciando que esse direito permanecia parcialmente atendido, uma vez que as atitudes e julgamentos da equipe contribuíam para ampliar o sofrimento e a estigmatização.

Em contrapartida, identificou-se que a existência de grupos de apoio pode atuar como estratégia para fortalecer as relações interpessoais. Assim, consolida-se a necessidade de instituir o respeito como prática organizacional, a fim de prevenir o estigma associado ao erro e fortalecer a confiança e a coesão entre os membros da equipe de enfermagem.

No *Understanding and Compassion*, as enfermeiras apontaram que os EAs resultavam, majoritariamente, de falhas nos processos e não de condutas individuais, evidenciando que os profissionais não agiam de forma intencional. Entretanto, constatou-se fragilidade nesse direito, uma vez que o acolhimento permanecia ainda incipiente.

Diante da emergência psicológica, as participantes apontaram como estratégias relevantes o acolhimento, a escuta ativa, o apoio psicológico e a preservação do sigilo, possibilitando que o ocorrido fosse processado de maneira segura e ética em alguns contextos. Complementam-se a essas medidas as ações de readaptação profissional, como a transferência para outro setor, que podem auxiliar na redução do estresse e favorecer a recuperação emocional da segunda vítima.

O *Supportive Care* mostrou-se igualmente deficiente, devido à escassez de políticas institucionais e à ausência de fluxos formais de apoio na realidade estudada. Para que esse direito se concretize, é fundamental que a instituição assuma a responsabilidade de implementar estratégias organizadas de suporte.

Ressalta-se que a ausência de programas institucionais de suporte compromete a transparência organizacional, limita o aprendizado institucional e enfraquece a consolidação de uma cultura justa.

Por fim, na *Transparency and the opportunity to contribute to learning* observaram-se avanços tímidos, uma vez que a análise empírica evidenciou que os *feedbacks* e as orientações positivas estimulavam a participação ativa dos profissionais na melhoria dos processos, tornando-os agentes de transformação.

Ademais, evidenciaram a relevância de treinamentos e educação continuada fundamentados nos erros, capazes de transformar falhas em oportunidades de aprendizado e

prevenir a ocorrência de novos EAs. Destacou-se também a prática do *disclosure*, que assegurava transparência institucional e responsabilidade diante dos erros.

Além de tudo, destacaram outras ações estratégicas voltadas à prevenção de EAs, como a integração de profissionais recém-admitidos, medidas para minimizar a dupla jornada de trabalho na enfermagem e iniciativas que reforcem a temática durante a formação acadêmica.

No entanto, apesar de tais ações contribuírem para reduzir a ocorrência de erros, sabe-se que falhas ainda ocorrerão. Nesse sentido, é necessário avançar para uma cultura de segurança que, de fato, compreenda os erros em uma perspectiva sistêmica e o profissional como um elemento que também é impactado pela ocorrência, haja vista que na maioria das vezes, os EAs decorrem de atos não intencionais. Reforça-se, portanto, a necessidade de implementação de estratégias institucionais formais para apoiar os profissionais na condição de segunda vítima.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras participantes eram todas mulheres, em sua maioria casadas ou em união estável, com idade entre 31 e 50 anos e com mais de seis anos de experiência na enfermagem, na instituição e na função gerencial atual.

A partir das vivências das enfermeiras na função gerencial em instituições hospitalares face aos cuidados aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de EA, observou-se que os mesmos enfrentam repercussões emocionais, laborais, institucionais e sociais.

Constatou-se que a cultura punitiva ainda persiste em muitos ambientes hospitalares, mesmo diante do reconhecimento de que os EAs possuem origem sistêmica, o que pode intensificar o sofrimento da segunda vítima. Além disso, embora existam iniciativas de apoio, estas permanecem pontuais, incipientes e pouco institucionalizadas.

Assim, torna-se fundamental o engajamento da gestão e da liderança na promoção de uma cultura de segurança que transcenda a visão reducionista que atribui os EAs à responsabilidade individual, direcionando o foco para o aprimoramento dos processos institucionais e o acolhimento efetivo dos profissionais envolvidos.

Dessa forma, a superação do paradigma tradicional e punitivo pode favorecer a resolução efetiva das falhas e diminuir a subnotificação ainda presente em diversos contextos, pois, quando acolhidos, os profissionais tendem a colaborar na melhoria dos processos que levaram ao erro, fortalecendo a qualidade e a segurança do cuidado ao paciente.

Aponta-se como relevância do estudo que fortalecer a função gerencial do enfermeiro como agente da cultura de segurança constitui avanço no conhecimento, ao proporcionar suporte aos profissionais envolvidos em EAs e garantir a qualidade do cuidado. Além disso, essa perspectiva pode sensibilizar gestores a aprimorar políticas institucionais voltadas à segurança do paciente e ao acolhimento das segundas vítimas.

Como limitação deste estudo, aponta-se para a abrangência dos participantes, uma vez que a bola de neve pode se restringir à cadeia de referências a partir dos contatos do pesquisador e por isso, pode não ter atingido cenários mais abrangentes e diversificados, uma vez que a inclusão de diferentes contextos institucionais poderia oferecer uma visão mais ampla das diferentes realidades.

Recomenda-se, portanto, a realização de novas pesquisas que incluam diferentes níveis hierárquicos e contextos institucionais, a fim de aprofundar a compreensão sobre o fenômeno da segunda vítima e fortalecer estratégias de apoio aos profissionais.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. P.; MONTANARI, J. V. O.; GARZIN, A. C. A. Percepção dos discentes da graduação em enfermagem sobre o fenômeno segunda vítima. **Nursing Edição Brasileira**, Osasco, v. 28, n. 317, p. 10226-10231, 2024. Disponível em: https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3255. Acesso em: 09 jul. 2025.

ADÃO, L. C.; SILVA, E. O. O papel do enfermeiro na promoção da segurança da qualidade do paciente. **Revista de trabalhos acadêmicos–Centro universo Juiz de Fora**, Juiz de Fora, v. 1, n. 18, p. 1-12, 2024. Disponível em: https://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1JUIZDEFORA2&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=13147&path%5B%5D=8912. Acesso em: 03 jun. 2025.

AHARON, A. A. *et al.* Nurses as 'second victims' to their patients' suicidal attempts: A mixed‐method study. **Journal of clinical nursing**, Manchester, v. 30, n. 21-22, p. 3290-3300, 2021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15839?casa_token=-PgBzBUR3EUAAAAA:bl828r4loyf6fEi8cYGqfY2xIs53ZxLTxPcEISl5QnWr2Kn2Hm4tvvUCB48BS-gMNcKFpt-etl0rAgE. Acesso em: 04 jun. 2024.

ALBUQUERQUE, A. Disclosure de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 70-90, 2022. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/925. Acesso em: 28 ago. 2025.

ALEVI, J. O. *et al.* The newly graduated nurse as a second victim. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, p. eAPE02721, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/CvGNPfYWm4rh67ctFhx3D8C/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 09 jul. 2025.

ALMEIDA, P. P.; MOURA, G. G. **Avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança e as manifestações de segunda vítima de evento adverso.** 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Universidade Federal de Uberlândia, MG, 2021.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Incidentes relacionados à assistência à saúde.** Brasília: Anvisa, 2021. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, 2014 a 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude/BR_2014__2021_1.pdf. Acesso em: 31 mar. 2024.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Relatórios de incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Brasília: Anvisa, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-inciden

tes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude. Acesso em: 31 mar. 2024.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Incidentes relacionados à assistência à saúde.** Brasília: Anvisa, 2023. Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2023. Disponível em: p]https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil/view. Acesso em: 31 mar. 2024.

ASSIS, S. F. *et al.* Eventos adversos em pacientes de terapia intensiva: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210481, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xy8z6shd87fFBrBHgfDcdDH/?lang=pt. Acesso em: 15 set. 2023.

AUTO, B. S. D. *et al.* Cultura de segurança em UTI neonatal de um hospital escola sob o olhar multiprofissional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 34, p. e20240129, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/qH9zcmjHd3MbLfK7PPJD99v/?lang=pt. Acesso em: 15 ago. 2025.

BÁO, A. C. P. *et al.* Experiência do paciente acerca de sua segurança no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 1, p. e20220512, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/yhbxfT7C7hdt5CDzcszs8Ws/?lang=pt. Acesso em: 02 set. 2025.

BATALHA, E. M. S. S. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente: Percepção de trabalhadores de enfermagem e fatores associados. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 38, p. e5203, 2024. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/52037/31433. Acesso em: 24 mar. 2024.

BATALHA, E. M. S. S.; BORGES, E. M. N.; MELLEIRO, M. M. Associação entre cultura de segurança do paciente e qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. e20230359, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yh6hYdR4XVLXB5PpKZ3qLcL/?lang=pt. Acesso em: 17 ago. 2025.

BISPO, C. A. *et al.* Atuação do enfermeiro na qualidade e segurança do paciente. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasília, v. 6, n. 13, p. 1741-1754, 2023. Disponível em: https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/783/723. Acesso em: 03 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2016b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2013c. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 08 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Anvisa. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 31 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Brasília, DF, 2016a. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf. Acesso em: 31 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.160 de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Estabelece a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 17 set. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?. **Qualitative research in psychology**, Philadelphia**,** v. 18, n. 3, p. 328-352, 2021. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14780887.2020.1769238. Acesso em: 05 jun. 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health,** Durhan, v. 13, n. 1, p. 201-216, 2019. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/2159676X.2019.1704846. Acesso em: 15 fev. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, Philadelphia, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: https://doi:10.1191/1478088706qp063oa. Acesso em: 15 fev. 2024.

BUSCH, I. M. *et al.* Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. **Journal of patient safety**, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. e61, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7386870/. Acesso em: 15 set. 2023.

CALADO, M. B. R. **Cultura de notificação de incidentes como prática para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico**. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Évora, Évora, Portugal, 2023.

CAMPELO, C. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. e03754, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/njj8qzrCWL7Lf7qCVvBDgkC/?lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2025.

CAMPOS, L. P. S. *et al*. Cultura de segurança: Percepção dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, p. eAPE008532, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/p5tQs4sY78wyJhXKcNBNrRS/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 24 mar. 2024.

CHEN, S. *et al.* The second victim of unanticipated adverse events. **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**, Philadelphia, v. 166, n. 3, p. 890-894, 2023. Disponível em: https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223(22)00953-9/fulltext. Acesso em: 05 jun. 2024.

COHEN, R.; SELA, Y.; NISSANHOLTZ-GANNOT, R. Addressing the second victim phenomenon in Israeli health care institutions. **Israel Journal of Health Policy Research**, Jerusalem, v. 12, n. 1, p. 30, 2023. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s13584-023-00578-5. Acesso em: 09 jul. 2025.

CRESWELL, J. W.; DAVID CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DENHAM, C. R. TRUST: The 5 rights of the second victim. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 3, n. 2, p. 107-119, 2007. Disponível em: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/citation/2007/06000/trust__the_5_rights_of_the_second_victim.10.aspx. Acesso em: 20 fev. 2024.

DOYLE, L. *et al.* DOYLE, Louise et al. An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. **Journal of research in nursing**, Thousand Oaks, v. 25, n. 5, p. 443-455, 2019. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1744987119880234. Acesso em: 23 mar. 2024.

DUARTE, S. C. M. *et al*. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 set. 2023.

EDREES, H. *et al.* Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. **BMJ open**, London, v. 6, n. 9, p. e011708, 2016. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e011708.short. Acesso em: 02 set. 2025.

FERRÙS, L. *et al*. Qualitative study about the experiences of colleagues of health professionals involved in an adverse event. **Journal of patient safety**, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 36-43, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/abstract/2021/01000/qualitative_study_about_the_experiences_of.6.aspx. Acesso em: 30 mar. 2024.

FINNEY, R. E. *et al.* Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 29, n. 4, p. 642-652, 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13198. Acesso em: 09 jul. 2025.

FONSECA, P. N. O.; SANTOS, T. R. S.; CAMPOS, E. A. D. **Causas de subnotificação de eventos adversos por profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos (Uniceplac), Brasília, DF, 2019.

FORTE, E. C. N. *et al.* O desfecho do erro de enfermagem como atrativo para a mídia. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20190168, 2021. Disponível em:https://www.scielo.br/j/tce/a/gpQm84HRkrytWBf4C4W6yRp/?lang=pt. Acesso em: 24 jul. 2025.

FROTA, I. J. G. *et al.* Gestão de recursos humanos em saúde: a importância da educação continuada. **Asclepius International Journal of Scientific Health Science**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 6, p. 329-341, 2025. Disponível em: https://asclepiushealthjournal.com/index.php/aijshs/article/view/170. Acesso em: 01 set. 2025.

FURINI, A. C. A.; NUNES, A. A.; DALLORA, M. E. L.V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180317, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ghp6h3SKJMjjwbY96yyd3Yz/. Acesso em: 15 set. 2024.

GANAHL, S.*et al*. Second Victims in Intensive Care - Emotional Stress and Traumatization of Intensive Care Nurses in Western Austria after Adverse Events during the Treatment of Patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v.

19, n. 6, p. 3611, 2022. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3611. Acesso em: 04 jun. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOMES, M. S. B. *et al.* Atitudes de profissionais de enfermagem nos eventos adversos em terapias intensivas neonatal e pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. e20240407, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Lh9x3cbqxgS3hQSvfjG8wsh/?lang=pt. Acesso em: 13 ago. 2025.

HOLDEN, J.; CARD, A. J. Patient safety professionals as the third victims of adverse events. **Journal of Patient Safety and Risk Management**, Thousand Oaks, v. 24, n. 4, p. 166-175, 2019. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2516043519850914. Acesso em: 12 ago. 2025.

HUANG, R. *et al.* Second‐victim experience and support among nurses in mainland China. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 30, n. 1, p. 260-267, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13490?casa_token=Ac_L1j-242sAAAAA:hNlpjl1kZb53bMFkRtIk5z6DRnWKnxr8VAIGBFkNSU6z-RbfZhL1Tx9yvgl2m2Xpy68L6UNoIC3ycLE. Acesso em: 04 jun. 2024.

JÄRVISALO, P. *et al.* Interventions to support nurses as second victims of patient safety incidents: A qualitative study of nurse managers' perceptions. **Journal of advanced nursing**, Sydney, v. 80, n. 6, p. 2552-2565, 2024. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.16013. Acesso em: 01 set. 2025.

JEONG, S. *et al.* How does just culture reduce negative work outcomes through second victim distress and demand for support in clinical nurses? A path analysis. **BMC nursing,** London, v. 24, n. 1, p. 192, 2025. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-025-02685-x. Acesso em: 15 ago. 2025.

JOST, M. T. *et al.* Ferramentas para a organização do processo de trabalho na segurança do paciente. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. e20200210, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/HjB4HknRW8WYshrqb54Y5pj/?lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2025.

KAPPES, M. Segundas víctimas en enfermería y su desafío para Latinoamérica. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 40, n. 1, e6073, 2024. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192024000100012&script=sci_arttext. Acesso em: 10 ago. 2025.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err Is Human**: Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000. *E-book.* Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/. Acesso em 20 mar. 2024.

LEE, H.; LEE, N. An Exploration of Safety Culture, Second Victim Phenomenon and Negative Work Outcomes in Health Care Settings. **Journal of Nursing Scholarship**,

Medford, v. 57, n. 3, p. 472-485, 2025. Disponível em: https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.13048. Acesso em: 01 set. 2025.

LEMOS, G. S. *et al.* Cultura de segurança do paciente e notificação de eventos adversos de equipe multiprofissional de saúde. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 8, p. e27410817291-e27410817291, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17291. Acesso em: 15 ago. 2025.

LI, X. *et al.* The mediating role of coping styles in the relationship between second victim experience and professional quality of life among nurses: a cross-sectional study. **BMC nursing**, London, v. 22, n. 1, p. 312, 2023. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-023-01473-9. Acesso em: 27 abr. 2024.

LIUKKA, M. *et al.* Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. **International journal of environmental research and public health**, Basel, v. 17, n. 13, p. 4717, 2020. Disponível em: https://www-ncbi-nlm-nih.ez37.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7369881/. Acesso em: 30 mar. 2024.

LUIZ, R. B. *et al.* Eficácia de estratégias educativas no envolvimento do paciente para a segurança no cuidado: revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. e20210198, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/RXSJY6Fxpp5y5NpFVwM36bs/?lang=pt. Acesso em: 02 set. 2025.

MACHADO, M. H. *et al.* P**erfil da enfermagem no Brasil: relatório final.** Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf. Acesso em: 19 ago. 2022.

MALDONADO, X. A. N.; NASCIMENTO, E. R. P.; LAZZARI, D. D. Nursing professionals and adverse event reporting. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, n. spe, p. e20190282, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/psgyFmjZRFRkZ89B9k6PKqd/?lang=en. Acesso em: 15 ago. 2025.

MARTINS, M. S. *et al.* Fenômeno da segunda vítima: impacto no profissional de saúde, responsabilidade organizacional e estratégias de suporte. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 16, n. 2, p. e5072, 2025. Disponível em: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/5072. Acesso em: 01 set. 2025.

MARTINS, R. F. *et al.* Ações de apoio à enfermagem envolvida como segunda vítima de erros e eventos adversos: revisão integrativa. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 9, n. 2, p. 228-237, 2023. Disponível em: https://saber.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/32460. Acesso em: 16 ago. 2025.

MATHEBULA, L. C. *et al*. Second victim experiences of healthcare providers after adverse events: A cross-sectional study. **Health SA Gesondheid**, Cape Town, v. 27, p. 1-6, 2022.

Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9453125/. Acesso em: 20 mar. 2024.

MCDANIEL, L. R.; MORRIS, C. The second victim phenomenon: how are midwives affected?. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Minneapolis, v. 65, n. 4, p. 503-511, 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.13092. Acesso em: 26 jul. 2025.

MELLO, L. R. G. *et al.* Ferramentas para investigação de eventos adversos: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. e20210519, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jfm8Mc34Nvvj6VtqdcdsyVL/?lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2025.

MELLO, L. R. G. *et al.* Núcleo segurança do paciente: perfil dos recursos humanos no cenário brasileiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 4, n. 1, p. eAPE001165, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/WcLB5zFFXG7HdRB5Mstp6wd/?format=html&lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2025.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRA, J. J. *et al.* Key elements for designing effective second victim support interventions: a focus group study in European clinical settings. **BMJ open**, London, v. 15, n. 1, p. e089923, 2025. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/15/1/e089923.abstract. Acesso em: 01 set. 2025.

MORCELLI, L. M. B. *et al*. Influência da liderança do enfermeiro na segurança dos pacientes: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 37, p. e54967, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/54967/30754. Acesso em: 30 mar. 2024.

NAYA, K. *et al.* Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: A systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. **PLoS One**, San Francisco, v. 18, n. 10, p. e0292108, 2023. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0292108. Acesso em 25 jul. 2025.

NAZÁRIO, S. S. *et al.* Caracterização de eventos adversos hospitalares: busca ativa versus notificação espontânea. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, p. e82040, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/xqZvHMBHNxCh934wnXfwRrb/. Acesso em: 31 mar. 2024.

NAZÁRIO, S. S. *et al.* Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. eAPE001245, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/WB7ZqwPVF49FTpcQ9wDm7Bw/#. Acesso em: 31 mar. 2024.

NEW, L.; LAMBETH, T. Second-Victim Phenomenon. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v. 59, n. 1, p. 141-152, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646523001056?via%3Dihub. Acesso em: 03 jun. 2024.

OLIVEIRA, L. F. O.; MASSUQUETO, R. R. H. **O impacto da sobrecarga de trabalho na assistência de enfermagem.** 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro universitário Campo Real, Guarapuava, PR, 2024.

OLIVEIRA, L. F. S., SIMPLÍCIO, F. E. B.; FERREIRA, J. E. S. M. O contexto histórico da segurança do paciente e a percepção da enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Avançados sobre Saúde e Natureza,** João Pessoa, v. 17, p. 486-501, 2023. Disponível em: https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/1782/1570. Acesso em: 31 mar. 2024.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Interface entre acreditação e segurança do paciente: perspectivas da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. e03604, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Z8jZdDGTkCcxTNfLy9cBkfS/?lang=pt. Acesso em: 17 ago. 2025.

OZEKE, O. *et al*. Second victims in health care: current perspectives. **Advances in Medical Education and Practice**, Auckland, v. 10, p. 593-603, 2019. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/AMEP.S185912. Acesso em: 15 set. 2023.

PAULA, A. G. *et al*. Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa. **Revista Nursing,** Osasco, v. 25, n. 284, p. 6953-6968, 2022. Disponível em: https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2145/2648. Acesso em: 03 jun. 2024.

PENARIOL, M. D. C. B. *et al.* Segurança do paciente no contexto da hemodiálise: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 1620-1639, 2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23467/18845. Acesso em: 09 mar. 2024.

PINTO, T. M. B; LOURENÇO, A. C.; NEVES, T. M. A. **Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência.** 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2022.

POTURA, E. *et al.* Second victims among Austrian nurses (seViD-A2 study). **Healthcare**, California, v. 12, n. 20, p. 206, 2024. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9032/12/20/2061. Acesso em: 24 jul. 2025.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. O. M. **Estratégias Para Apoiar Profissionais De Saúde Na Condição De Segunda Vítima: Uma Revisão De Escopo.** 2019.

Tese (Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2019.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. O. M. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03669, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/C3dyp8pzSHMqTTYXxvPCYBx/?lang=pt. Acesso em: 05 jun. 2024.

QUADROS, D. V. *et al.* Quedas de pacientes adultos hospitalizados: Suporte à equipe de enfermagem como segunda vítima. **Aquichan**, Chía, v. 22, n. 4, p. e2246-e2246, 2022. Disponível em: https://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18635. Acesso em: 15 set. 2023.

REBRAENSP (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE). **Rede brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente.** Rio de Janeiro, 2020. Criada em 2008 com a finalidade precípua de disseminar práticas de cuidado seguras nos serviços de saúde. Disponível em: https://www.rebraensp.com.br/_files/ugd/e2df48_abc050a1dd854319baed31e7bf6b5a90.pdf?index=true. Acesso em: 31 mar. 2024.

RESENDE, A. L. C. *et al.* A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, n. 39, p. e2222-e2222, 2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2222/1250. Acesso em: 30 mar. 2024.

RIBEIRO, R.; SERVO, M. L. S.; SILVA FILHO, A. M. Perfil da cultura de segurança do paciente em um hospital público. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 504-511, 2021. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4240. Acesso em: 15 set. 2023.

RIBEIRO, R. N.; SILVA, R. M. O. Estratégias de suporte aos profissionais de enfermagem na condição de segundas vítimas durante a pandemia da Covid-19. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2022.

RODRIGUES, F. M. *et al*. Segunda Vítima: Experiência e Percepção dos Profissionais da Equipe de Enfermagem. **Nursing Edição Brasileira**, Osasco, v. 29, n. 321, p. 10595-10605, 2025. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3322/4051. Acesso em: 03 jun. 2025.

ROCHA, L. R.; DALRI, R. C. M. **Estratégias de apoio aos trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos: revisão integrativa da literatura.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2020.

SAHAY, A.; MCKENNA, L. Nurses and nursing students as second victims: A scoping review. **Nursing Outlook**, New York, v. 71, n. 4, p. 101992, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37302259/. Acesso em: 20 fev. 2024.

SANTIAGO, M. E. F. A. *et al.* Fatores humanos contribuintes para o erro em enfermagem na terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e86404, 2025. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/86404. Acesso em: 15 ago. 2025.

SANTOS, K. S.; ALVES, S. B. **Estratégias para a implementação de políticas de *disclousure* em hospitais: uma revisão integrativa.** 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2024.

SANTOS, R. S.; RAMOS, L. A. S.; SANTOS, R. S. **Dupla jornada de trabalho na enfermagem: fatores que afetam a qualidade de vida no cotidiano do profissional.** 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Maranhão, Grajaú, MA, 2024.

SCOTT, S. D. *et al.* Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. **Journal on quality and patient safety**, Oxford, v. 36, n. 5, p. 233-240, 2010. Disponível em: https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(10)36038-7/abstract. Acesso em: 01 set. 2025.

SCOTT, S. D. *et al.* The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 18, n. 5, p. 325-330, 2009. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/18/5/325.full.pdf. Acesso em: 05 jun. 2024.

SEDILE, R. *et al.* Understanding the second victim phenomenon among healthcare workers in an Italian hospital. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, Basel, v. 14, n. 12, p. 3073-3086, 2024. Disponível em: https://www.mdpi.com/2254-9625/14/12/201. Acesso em: 24 jul. 2025.

SHAHBAZZADEH, F. *et al.* Investigating the status of the second victims of error and related factors in nurses: a description study. **BMC nursing**, London, v. 24, n. 1, p. 99, 2025. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-024-02669-3. Acesso em: 10 ago. 2025.

SILVA, V. L. S. *et al.* Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03206, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7rqXgJtZCjDv4KZw6b887kv/?lang=pt. Acesso em: 03 jul. 2025.

SILVEIRA, S. E. *et al.* Impactos de incidentes de segurança do paciente na enfermagem: um olhar para a segunda vítima. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 31, p. e73147-e73147, 2023. Disponível em:

https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/73147. Acesso em: 24 jul. 2024.

SOARES, G. C. *et al.* Estratégias de envolvimento dos pacientes e acompanhantes nas ações de segurança do paciente: revisão integrativa, **REME**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. e1418, 2021. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v25/1415-2762-reme-25-e-1418.pdf. Acesso em: 02 set. 2025.

SOARES, I. M.; DE MELO LIMA, D. C. Cultura de segurança do paciente: Uma visão dos profissionais de enfermagem de um hospital no interior de Minas Gerais. **Perquirere**, Patos de Minas, v. 20, n. 1, p. 62-73, 2023. Disponível em: https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/article/view/3044/475. Acesso em: 24 mar. 2024.

SOARES, S. S. S. *et al.* Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. e20200380, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/P8kxXv48XtSj4Kgm9tKLNGC/?lang=pt. Acesso em: 02 set. 2025.

SOÓSOVÁ, M. S. Association between nurses' burnout, hospital patient safety climate and quality of nursing care. **Central European Journal of Nursing and Midwifery**, Ostrava, v. 12, n. 1, p. 245, 2021. Disponível em: https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2021/01/08.pdf. Acesso em: 24 jul. 2025.

SORDI, L. P. *et al.* A experiência da segunda vítima: adaptação transcultural de um instrumento para o contexto brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. e20210010, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/R99XRyyTvZ49p5mGcMtTB6r/?format=html&lang=pt. Acesso em: 01 set. 2025.

SOUSA, A. S. *et al.* Subnotificação de eventos adversos ocasionados por medicamentos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 6, p. e26912642376-e26912642376, 2023. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42376/34249. Acesso em: 29 mar. 2024.

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. A. Segunda vítima: afinal, o que é isso?. **Revista Einstein,** São Paulo, v. 18, p. eED5619, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/5RYNJ7cd7hsRSZhvcxgLzMk/?lang=pt. Acesso em: 03 jun. 2024.

TAVARES, A. P. M. *et al.* Incidentes de segurança do paciente e o fenômeno da segunda vítima entre estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. e20220005, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BHBRsSGg6dgPsdWQXPbRRSj/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 ago. 2025.

TAVARES, L. T. *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica em hospital público. **Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 974-981, 2021. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9739. Acesso em: 29 ago. 2025.

TOLEDO, S. A. R. *et al.* Cultura punitiva percebida por profissionais de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Saúde Coletiva,** Osasco, v. 11, n. 68, p. 7647-7660, 2021. Disponível em: https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1844. Acesso em: 12 ago. 2025.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Dublin, v. 19, n. 6, p. 349-57, 2007. Disponível em: https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966. Acesso em: 10 abr. 2024.

TUMELTY, M. E. The Second Victim: A Contested Term? **Journal of Patient Safety**, Philadelphia v. 17, n. 8, p. e1488-e1493, 2021. Disponível em: the_second_victim__a_contested_term_. Acesso em: 09 jul. 2025.

ULBRICH, R. S. *et al.* Racismo na Enfermagem? Um estudo descritivo baseado na sondagem do COREN/SP e ANEN. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, Porto Alegre, v. 17, n. 6, p. e8616-e8616, 2025. Disponível em: https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/8616/5924. Acesso em: 15 set. 2025.

VANDRESEN, L. *et al.* Desafios de enfermeiros gestores no trabalho em hospitais brasileiros e portugueses: Estudo de métodos mistos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 32, n. 1, p. e20230059, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/JVcZ9wwqcwVPrjbKJ9gkycj/?lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2025.

VANHAECHT, K. *et al.* An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 24, p. 16869, 2022. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/24/16869. Acesso em: 15 set. 2023.

VIANA, K. E. *et al.* Cultura de segurança do paciente na ótica de profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20200219, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/YvjFbbtChffBGv9BHRhgMVm/?lang=pt. Acesso em: 15 ago. 2025.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/16320788/AAmostragem_em_Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debateem_aberto. Acesso em: 21 fev. 2024.

WILLRICH, D. K. *et al.* A cultura de segurança do paciente: uma visão da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Lumen Et Virtus**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 47, p. 3562-3574, 2025. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/4487/6025. Acesso em: 13 ago. 2025.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** World Health Organization, Geneva, 2009. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 07 mar. 2024.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care.** World Health Organization, Geneva, 2021. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 04 abr. 2024.
)
WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Patient safety.** World Health Organization, Geneva, 2023. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=Patient%20safety%20is%20defined%20as,care%20to%20an%20acceptable%20minimum.%22. Acesso em: 15 set. 2023.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.** World Health Organization, Geneva, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **World alliance for patient safety: forward programme 2005**. World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf. Acesso em: 07 mar. 2024.

WU, A.W. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. **Bmj**, London, v. 320, n. 7237, p. 726-727, 2000. Disponível em: https://www.bmj.com/content/320/7237/726.short. Acesso em: 15 set. 2023.

YAMAMOTO, S. S. *et al.* Cultura de segurança do paciente em centro de material e esterilização: percepções de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. e20210337, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Vtvzg7XHqLyjSZVnPhTVhgk/?lang=pt. Acesso em: 13 ago. 2025.

ZASLOW, J. *et al.* Defining healthcare never events to effect system change: A protocol for systematic review. **PloS one**, San Francisco, v. 17, n. 12, p. e0279113, 2022. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0279113. Acesso em: 31 mar. 2024.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Características pessoais e profissionais:

Data da entrevista: ____/____/____

- Identificação (Alfanumérica):
- Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- Idade:
- Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/Em união estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo
- Município de trabalho:
- Tempo de experiência profissional como enfermeiro:
- Tempo de atuação na instituição:
- Função/cargo atual:
- Tempo de atuação na função gerencial atual: _____( )meses ( )anos

Perguntas disparadoras:

1. Fale sobre sua vivência quanto aos profissionais de enfermagem como segundas vítimas de eventos adversos;
2. Na sua vivência, quais estratégias são utilizadas para apoio aos profissionais na condição de segunda vítima de eventos adversos?

APÊNDICE B – Apresentação dos códigos e extratos relevantes

Quadro 2 – Apresentação dos códigos e extratos relevantes

CÓDIGO INICIAL	EXTRATOS RELEVANTES
CONHECIMENTO DO TERMO SEGUNDA VÍTIMA	
Conhecimento do termo segunda vítima	**E1-** O termo segunda vítima, para mim, nunca foi comum [...] não ingressei na segurança do paciente conhecendo [...] o conhecimento partiu de um incômodo, justamente de lidar com as notificações dos eventos adversos. **E2-** [...] como que é essa questão? O profissional de enfermagem, quando atende a vítima [...] ou presta o atendimento? **E5-** Quando você fala segunda vítima, está falando de quando acontece acidente com o profissional ou quando tem acidente de trabalho?
EVENTO ADVERSO: OLHAR PARA A SEGUNDA VÍTIMA	
Sentimentos das segundas vítimas	**E1-** [...] o medo dessas segundas vítimas [...] é muito comum de observar [...] estão imersos naquele sentimento de culpa, vergonha, sofrimento psíquico, que se torna por muitas vezes físico [...] estão com sofrimento agudo, só conseguem martirizar e remoer [...] após 15 anos, ele estava fazendo um curso de reciclagem, para tentar voltar para a área de enfermagem, mas ele dizia que foram 15 anos de sonhos frustrados [...] foi um relato que me marcou muito. **E2-** Ficam muito assustados [...] muito mal, se sentem muito culpados, querem se penalizar [...] a enfermagem se penaliza muito por essas questões. **E3-** [...] ficou bem abalado, porque nunca tinha acontecido nada semelhante com ele. **E4-** O impacto, infelizmente, é negativo [...] ela ficou desesperada, ficou em choque.

	E5 - [...] se sentiu muito mal, foi embora chorando. **E7-** [...] ficou muito abalada, teve que fazer tratamento com o psicólogo. **E8-** [...] ela ficou muito abalada e é uma profissional extremamente responsável de anos de experiência [...] não fez de propósito, mas abalou muito [...] na entrevista, chorava, deu uma desestruturada nela. **E9-** [...] foi evento sem danos, mas mesmo assim o profissional se sente acuado. **E11-** Eles se sentem frustrados, decepcionados, culpados.
Incômodo sobre quem cuida do profissional envolvido	**E1-** Partiu o incômodo e a pergunta [...] e esses profissionais? Quem é que está olhando para eles? Quem é que está cuidando deles? [...] porém não é comum encontrar instituições que favoreçam ou promovam alguma estratégia de cuidado, de acolhimento que seja mínimo para essas pessoas.
Pessoas envolvidas direta (segunda vítima) e indiretamente (terceira vítima) também como vítimas	**E1-** Tanto pessoas envolvidas diretamente, como os envolvidos indiretamente, que são as que trabalham com a segurança do paciente, e também se fala da instituição, que são três vítimas. A primeira é o paciente, a segunda é o profissional envolvido [...] a terceira é a instituição e os profissionais que trabalham com segurança do paciente. E esses dois? Quem olha por eles? Quem avalia? Quem cuida? **E3-** Falamos até em terceira vítima, porque nós somos a terceira vítima. **E8-** Temos também o protocolo da terceira vítima, nós somos a terceira vítima, porque não é fácil analisar um evento adverso, emergimos nele, como se estivéssemos vivenciando, então acabamos sendo a terceira vítima, e todo mundo nos cobra muito como setor.
Visão de túnel da segunda vítima	**E1-** Será que conseguem entender o que está acontecendo? [...] não conseguem, porque estão imersas naquele sofrimento [...] visão de túnel [...] quando os profissionais envolvidos em evento, emergência, intercorrência [...] não conseguem

	analisar outras saídas para resolver aquele problema, é uma visão fechada.
Gravidade em eventos adversos: torna mais aguda para a segunda vítima A não ocorrência de eventos adversos graves: não gera a segunda vítima	**E1-** Não tem como pensar em eventos adversos e não associar a segunda vítima, é claro que quando o evento tem uma gravidade e uma repercussão maior para o paciente, fica mais agudo a questão da segunda vítima. **E4-** Não temos eventos graves que geram a segunda vítima [...] o que mais tem são os *near miss*, que às vezes não atingem o paciente, ou uma circunstância de risco [...] os com segunda vítima são mais raros de acontecer. **E10-** Temos eventos adversos leves, não tenho aquela vítima direta, tenho mais vítimas indiretas [...] por exemplo [...] o paciente levantou-se do leito e tentou ir ao banheiro, não chamou o acompanhante e caiu, de quem é a culpa? [...] somos corresponsáveis [...] não teve um trauma que mexesse com a gente enquanto profissional, enquanto nosso emocional.
Segunda vítima: fuga do assunto e da situação	**E1-** [...] não querem falar, porque estão com medo de retaliação [...] falar sobre aquilo é revisitar uma dor, que ainda é uma ferida aberta [...] é muito comum surgir atestado, troca inesperada, porque essas pessoas querem fugir do assunto, do que pode acontecer.
Segunda vítima: repercussão e não apoio dos colegas	**E1-** O evento em si não causou tanto como a repercussão dos colegas [...] conta que passava pelos corredores e ouvia os burburinhos das pessoas comentando [...] a gota d'água foi quando uma ex-coordenadora, que trabalhava em outro hospital, ligou para saber se realmente ele tinha feito aquilo [...] foi tão marcante, tão pesado, que desistiu da profissão. **E2-** Outros colegas ficam sabendo [...] é disseminado entre eles, e a pessoa fica com o filme marcado, uma carta marcada, e uma instituição conversa com a outra. **E7-** A família fez boletim de ocorrência, o boletim caiu na mão do jornal e virou uma coisa muito grande, só que pelo hospital ninguém ficou sabendo quem era.
Fator humano: falibilidade	**E1-** Um fator muito importante nos serviços de saúde, é o fator humano, e o humano é falho. Aprendemos na faculdade que quando estamos no local de trabalho, deixamos as questões pessoais da porta para fora, mas isso não existe,

	ninguém consegue [...] elas nos acompanham no nosso dia a dia. **E7-** As pessoas erram, mas não é intencional [...] nós somos susceptíveis a isso, nós somos humanos.
Segunda vítima: condenam o termo	**E1-** Condenam inclusive o termo segunda vítima, porque dizem que é como se quiséssemos tirar a culpa do profissional envolvido.
Resistência, receio e medo em assumir a situação	**E2-** São muito resistentes para contar, às vezes, até para assumir [...] porque a pessoa não quer errar [...] ao invés de enxergar aquilo como uma oportunidade de melhoria [...] fica se justificando [...] talvez a resistência aconteça porque não quer que fique tão evidenciado tudo o que aconteceu. **E9-** Tem receio, existe preconceito do profissional, ele não se aceita, não aceita o erro [...] não aceita comunicar [...] tende a não falar na hora, até mesmo com medo [...] receio de notificar [...] se esconde por medo e culpa. **E11-** É comum não manifestarem o evento para não ter punição, retaliação, dispensa de trabalho [...] não sustentam que houve evento adverso por medo, e consequentemente, nem ocupam o papel de segunda vítima.
O erro fragiliza a relação com a instituição	**E2-** Evidenciar um erro pode te colocar em fragilidade com relação à instituição.
A enfermagem prefere justificar suas falhas	**E2-** A enfermagem enxerga muito pouco as oportunidades de melhorias, prefere justificar suas falhas.
Cansaço e exaustão entre plantões consecutivos (dupla jornada)	**E2-** [...] Cansaço, ali na hora estava exausta, tinha chegado de um plantão e ido para outro diretamente. **E5-** Tem hospital que não aceita chegar de outro hospital como segundo vínculo [...] são estratégias para evitar erro, cansaço de dupla jornada [...] a grande maioria dos profissionais de saúde tem dupla jornada, normalmente os técnicos, os enfermeiros talvez menos, mas os técnicos têm bastante.
Banalização dos eventos/erros	**E2-** Casos relacionados a unha de gel estão acontecendo demais, a enfermagem está utilizando [...] causou evento adverso sério no paciente, que estava com ferida aberta, com

	contaminação, porque cortou com a unha de gel [...] os eventos vão acontecendo, os erros se tornam comuns e normais, começamos a banalizar essa situação e colocamos em risco o paciente e a equipe de enfermagem também.
Afastamento, deslocamento e mudança de área	**E4-** [...] precisou ser afastada das atividades por um tempo, retornou ao trabalho e foi deslocada de área, só que depois de seis, sete meses, pediu desligamento da empresa e afastou da enfermagem, foi para outra área. **E5-** [...] pediu conta [...] pediu para sair e falou que a carreira dela tinha encerrado. **E7-** [...] ficou afastada um tempo.
Relato de violência: palavra do paciente x palavra do funcionário	**E5-** Quando o paciente relata que foi, por exemplo, violentado [...] tocado por um profissional, acaba que é evento, e quem é a segunda vítima é quem ele alega, o funcionário [...] é a palavra do paciente contra a do funcionário [...] não tem como provar [...] falta às vezes orientação do funcionário [...] ou, às vezes ele também agiu de má fé, como eu vou saber.
Em situações, como óbito	**E5-** Se houver óbito é até justa causa [...] analisamos caso a caso, existem situações que realmente é justa a causa. **E7-** Tem casos que o desfecho é óbito [...] deve ser muito complicado você viver dentro da sua profissão, aquilo que você escolheu para fazer e se levar por um pensamento do por que que aconteceu isso.
Importância de entender a perspectiva do profissional de enfermagem como profissional mais acometido	**E3-** [...] a maioria é equipe de enfermagem [...] enfermeiro e técnico. (E3) **E6-** Importante entendermos a perspectiva do profissional da enfermagem como profissional mais acometido [...] por sermos o maior quantitativo de profissionais de saúde.
Quando um enfermeiro causa um acidente é tratado de forma diferente pela mídia	**E9-** [...] quando motorista causa acidente, e quando um profissional da saúde, um enfermeiro, causa acidente, é tratado na mídia de forma muito diferente, uma proporção muito maior. muito maior, então o abalo psicológico é muito grande.

Dois pesos diferentes	
O sigilo facilita o retorno do profissional	**E9-** Pensar, principalmente, no sigilo [...] não expor o profissional [...] facilita o retorno ao trabalho [...] a equipe fica sabendo, mas procuramos lidar com isso de forma discreta [...] podemos pedir mudança de setor, mas de forma que não exponha esse profissional.
CULTURA ORGANIZACIONAL: GESTÃO E LIDERANÇA	
Punição/culpabilização: viés racial	**E1-** [...] quando eram técnicas negras, a mão era muito mais pesada, a punição muito maior, a culpabilização muito mais intensa [...] quando eu comparava a profissionais que não eram da enfermagem, como médicos, fisioterapeutas [...] até enfermeiras ou técnicas, de pele branca, a condução era muito diferente [...] comecei a observar o viés racial e que o racismo estava impregnado.
Cultura punitiva	**E1-** Nossa sociedade é punitiva [...] no dia a dia as repercussões e as tratativas são um modelo pessoal. **E2-** Não temos a cultura na instituição de penalizar erros, não penalizamos. **E4-** A conscientização de que o evento adverso não tem caráter punitivo, mas educativo [...] a conscientização do que é evento, segunda vítima. **E5-** Não tratamos a notificação de evento adverso como castigo, e sim como revisão de processo [...] escutamos o envolvido no evento, verificamos o que pode ter acontecido de falha [...] não me lembro de ter dado alguma advertência ou penalidade para o meu funcionário mediante evento [...] não pode é ser punido, dependendo da notificação, se não inibe os demais de notificar [...] punição não é uma estratégia utilizada. **E6-** Os eventos que têm maior ocorrência de ausência de cultura justa, são os de consequências mais graves para o paciente [...] um episódio que teve uma acadêmica de enfermagem [...] algumas discussões foram muito inadequadas [...] voltado para restringir a equipe de enfermagem a realizar o procedimento, então acadêmicos de enfermagem não realizariam mais o procedimento [...] estava envolvida como uma culpada.

	E9- É um trabalho diário de conscientização, de explicar a importância da notificação, dos eventos adversos, do profissional como segunda vítima, o caráter da notificação, que é educativo, de apoio [...] as pessoas não entendem, não aceitam esse termo, acham errado e abominam [...] uma cultura que está muito enraizada, para vencermos esses paradigmas é uma luta diária [...] a cultura antiga é o pior inimigo que a gente tem hoje. **E10-** O nosso NSP não é punitivo [...] em relação à segunda vítima, tem que frisar que não pode punir, o sistema de punição é muito negativo.
O evento é sistêmico: porém, não se investiga o processo e se arruma um culpado	**E1-** [...] o primeiro indício de punição vem da liderança, porque quer punir, achar culpado, quer de alguma forma resolver aquele episódio, mas de maneira errada, porque só quer fazer novas violências com os seus profissionais [...] as lideranças, as instituições estão sempre buscando culpados [...] leva o maior fardo, a maior culpa, pessoas que na hierarquia da classe dos profissionais de saúde e dos profissionais de enfermagem estão na ponta do cuidado [...] a repercussão é muito maior quando envolve técnico de enfermagem [...] todo evento é sistêmico, é uma cadeia [...] não existe uma única pessoa [...] mas o que mais vemos é que não se investiga o processo e se arruma um culpado. **E3-** [...] uma cultura muito punitiva, em que quando acontecia algum evento, o gestor da área chamava o colaborador, aplicava penalidade, advertência, suspensão, sem realmente verificar todas essas questões [...] quando começamos com as entrevistas individuais [... o colaborador muitas vezes falava [...] já contei isso dez vezes [...] chegava até chorando para conversar, já tinha sido questionado pelos gestores e liderança [...] com abordagem de culpabilidade. **E7-** Quando tem incidente [...] a primeira coisa que fazemos é culpar a pessoa, quem foi e por que fez [...] a análise é muito mais justificativa para culpabilizar pessoas [...] temos que pensar sem julgar. **E8-** Vemos muito o acusar, foi o profissional, e esquecemos que por trás do profissional existe um processo muito grande, e na maioria das vezes foi induzido pelo processo que está vivendo.

	E11- Sempre achando os culpados e nunca a falha do processo [...] todo mundo quer achar o culpado, ninguém quer achar onde foi a falha, se foi de máquina, de processo [...] buscam melhoria chamando atenção do colaborador, dando advertência, corrigindo a pessoa que, às vezes não é nem só ele, pode ter contribuído, mas não é só ele [...] tem outras questões por trás, mas durante a análise olham só para quem errou.
Mudança de cultura: trabalhar com as lideranças	**E1-** As lideranças precisam entender que estão fazendo gestão com pessoas, e não de pessoas [...] a partir do momento desse entendimento, consegue-se humanizar o processo [...] entender que uma pessoa pode ter errado, mas está sofrendo [...] é preciso partir da alta gestão, que entenda que a instituição a qual estão gerindo precisa da cultura de segurança [...] que essa liderança consiga observar quando o profissional está em sofrimento iminente [...] trabalhar no dia a dia corporativo, para que desenvolva essas habilidades para lidar com a equipe. **E6-** A atuação da liderança em prol da cultura justa é o principal fator para chegar na ponta de maneira efetiva [...] fala-se pouco sobre cultura justa e segunda vítima, precisa ter um olhar para esses profissionais, e isso é fortalecido por meio de cultura organizacional, se não tivermos cultura de segurança inserida na instituição e pessoas que trabalham em prol dessa cultura, desde a alta direção até a ponta no operacional, não conseguimos desenvolver as ações. **E7-** Viver a cultura justa é difícil, quando faz análise profunda, chega em causas raízes que às vezes as instituições não gostam de perceber. **E8-** Sensibilização, principalmente da coordenação [...] tinham que estar mais envolvidos, porque sabemos que existem eventos que não são notificados por medo [...] a instituição onde tem cultura de segurança, que não é punitiva, é mais fácil ter o retorno do profissional envolvido, principalmente quando está na condição de segunda vítima [...] o atendimento a essa segunda vítima faz parte dessa cultura. **E9-** [...] a gestão tem que estar preparada para acolher e atender esse profissional.

	E11- Precisa de apoio da alta liderança, desde a presidência, diretoria [...] é de cima para baixo [...] se não vermos essas pessoas fazendo, quem está embaixo não vai fazer, não vai adquirir cultura [...] é falta de apoio da alta gestão [...] sempre trazendo a diretoria, o diretor técnico, para dentro do NSP, e mostrar para os colaboradores que ele também é profissional, que pode errar, que erra, e que está ali junto para buscarmos alternativas.
Líder de núcleo de segurança do paciente: trabalho extremamente desafiador O papel da gestão Gerente/RT: lida com muitos eventos ao mesmo tempo	**E1-** Minha experiência enquanto líder do NSP, é extremamente desafiador [...] precisa o tempo inteiro engajar pessoas para a causa [...] é mais desafiador quando o cenário é de comissão, porque exige tempo, dedicação [...] quando tem setor exclusivo [...] o desafio maior é fazer com que as áreas envolvidas entendam que as mudanças e as melhorias são necessárias para o processo, e comprem, de verdade essa causa com você. **E2-** Nosso papel enquanto gestão não é esse [...] é entender o que aconteceu, investigar a situação para que não se repita [...] criar um ambiente seguro [...] foge do meu controle compreender o que está acontecendo com a pessoa naquele momento, por mais que eu tente verificar, a gente pode ser falho, pode se estressar, ela está cometendo um erro, uma situação [...] eu estou tendo que, como gerente, tratar, dez situações de eventos, então será que sou a pessoa adequada para tratar e lidar com aquela pessoa? [...] como segunda vítima, entendo que é, mas espera aí, tenho meu paciente também. **E3-** Não é uma área fácil [...] é muito sobrecarregada, cobrada e enxuta. Nosso hospital tem quase 500 leitos [...] imagina o tanto de incidentes que acontecem, e estamos em cinco enfermeiros e duas pediram demissão por essa sobrecarga, então quem fica, fica mais sobrecarregado [...] é um estresse muito grande. **E5-** Minha experiência como RT é péssima, porque é minha preocupação, sou responsável pela situação, conivente a qualquer erro, me vejo nessa situação, então minha primeira preocupação é com o paciente, e depois com o psicológico do meu profissional. **E8-** [...] todo mundo nos cobra muito como setor (E8).

Acreditação	**E1-** As correntes são muito fortes para a questão da acreditação, porque um dos pilares está muito atrelado com a segurança do paciente, então as pessoas querem mostrar que tem segurança para conseguir o seu desfecho final, que é um selo de acreditação, está indo muito nesse viés, mas o difícil é que as pessoas realmente entendam a proposta e cumpram a causa. **E3-** Todos os eventos graves, todos os eventos adversos, notificamos para a Anvisa, e os graves e óbitos, além da Anvisa, notificamos para a JCI com plano de ação e toda a análise do evento e do incidente. **E11-** [...] se a instituição não tiver selo de acreditação [...] não optar por fazer parte do processo, seja qual for o selo, ninguém vai cobrar para fazer [...] ou é uma iniciativa da própria instituição, por vontade própria, que é difícil [...] tudo é política e não vem para dentro dos muros da instituição, é uma grande dificuldade [...] não tem quem olha, vigia, cobra, tem políticas, documentos, mas ninguém vai lá cobrar e a vigilância raramente pede uma vistoria ou outra.
Cultura de notificação	**E7-** Temos uma cultura de evento muito grande de notificação, e acontece, não adianta, só não acontece onde e quem não notifica. **E10-** Não mascarar e não esconder, os funcionários entendem e fazem essa notificação [...] querem passar o ocorrido para que a ação seja estabelecida [...] sabem que a notificação é necessária em benefício ao paciente e em benefício próprio, porque se nada for feito mediante um ocorrido, podemos ter problema futuro, até judicial, então temos que fazer o que for melhor para o paciente e para nós mesmos. **E11-** Ainda precisa ter uma maturidade muito grande quando estamos falando de evento adverso [...] pouca gente entende o que é evento adverso, temos que dar um passo atrás quando estamos falando ainda de segunda vítima, primeiro, entenderem o que é evento adverso.

Tudo é evidenciado, tudo tem registro	**E7-** Fazemos registro de *feedback*, de orientação [...] se for falha de alguma coisa, propomos treinamento, depois anexamos a ata de capacitação, é tudo evidenciado, tudo tem registro.
Cultura médico-centrada: segurança do paciente e segunda vítima são pouco trabalhadas	**E6-** Quando tem cultura muito médico-centrada na instituição, a questão da segurança do paciente e da segunda vítima é pouco trabalhada [...] o envolvimento com o corpo clínico, em algumas instituições de saúde, ainda é muito distante e são poucos inseridos nos processos.
Falhas de processo podem levar ao erro	**E3-** A grande maioria são falhas de processo e sistema [...] outros profissionais poderiam errar, cometer a falha [...] o colaborador pode estar enfraquecido, com problema de saúde, a escala pode estar incompleta, inadequada [...] os protocolos são ambíguos. **E4-** Várias falhas de processo podem levar ao erro. **E7-** O problema está no processo [...] um monte de fatores e, na verdade, a pessoa às vezes só é a ponta do iceberg [...] a pessoa teve aquela parcela, mas tudo levou para que cometesse essa falha [...] talvez falha de treinamento, de capacitação [...] às vezes a falha está na gestão [...] falha de desenvolvimento, porque as coisas ficam muito superficiais, é tanto treinamento, tudo muito por cima, temos que averiguar se as pessoas entenderam o que foi dito.
Violação das barreiras de segurança	**E3-** [...] houve violação do processo [...] foi aquele queijo suíço, várias barreiras [...] por ter sido violação, temos o fluxo de cultura justa [...] o manual de disciplina dos recursos humanos, então ele teve advertência de alguns dias de trabalho. **E7-** [...] nessa análise toda desse evento, chegamos à conclusão que várias barreiras foram quebradas [...] um evento quando acontece, não acontece sozinho, não é uma barreira que rompe, são várias [...] precisamos entender todas as barreiras desde o início para tratarmos.

Ferramentas de análise	**E1-** O Protocolo de Londres direciona para a análise cronológica dos fatos [...] precisamos aplicar o quanto antes [...] o formulário de notificação é uma ferramenta que as pessoas notificam, descrevem o que presenciaram e o NSP recebe [...] a partir desse formulário, disparamos outras ações [...] montam-se os planos de ação, utilizando o 5W2H, diagrama de Ishikawa [...] nos deparamos com a segunda vítima por conta da ferramenta. **E2-** Dentro da ocorrência, precisamos usar as ferramentas de qualidade [...] o diagrama de Ishikawa, o Pareto, o 5W2H [...] para entender por que aquela ocorrência e desvio aconteceram [...] temos que trazer uma ação. **E3-** A qualidade faz o processo de análise de causa raiz [...] pedimos parecer de especialista externo [...] apresentamos toda a análise, com alguns fatores contribuintes no diagrama de Ishikawa [...] juntos, nós classificamos o incidente [...] partimos para o plano de ação [...] usamos o diagrama de causa e efeito [...] colocamos prazo e o responsável para desdobrar aquela ação em toda a instituição. **E7-** Fazemos a análise SWOT, olhamos todas as causas [...] usamos o protocolo de Londres, fazemos todas as análises, depois montamos uma planilha de ação. **E9-** Utilizamos algumas ferramentas da qualidade, o diagrama de Ishikawa para saber a causa raiz e tratar essa causa em todo o processo. **E11-** Utilizamos a ferramenta Ishikawa.
Fluxo de cultura justa	**E3-** O fluxo de cultura justa direciona [...] fazemos alguns testes [...] é um fluxograma, dependendo da resposta sim ou não, [...] para não fazer julgamento da cabeça de quem está analisando, se foi um erro, violação, falha de processo, falha de sistema [...] alguns casos entra na questão da violação ou do erro humano, e tem alguns amenizadores e atenuantes, se o colaborador está passando por algum problema, se a escala estava adequada, se tinha protocolo e rotina publicada para a consulta, se ele era treinado [...] para que realmente a justiça seja tanto para o colaborador, quanto para a instituição.

AÇÕES ESTRATÉGICAS	
Ferramenta de apoio à segunda vítima: não tenho direcionamento	**E1-** Sou enfermeira, posso sentar, conversar, tentar de alguma forma, confortar aquela pessoa que está em sofrimento [...] só consigo ir até aí, não sou psicóloga, não tenho formação para isso [...] não tenho nada que possa utilizar como ferramenta, como apoio para a segunda vítima, [...] não tenho um direcionamento, ah, eu posso acionar um serviço para acompanhá-la, serviço da psicologia, da enfermagem do trabalho, não, não posso, não tenho esse aparato, e nas instituições nas quais trabalhei, nunca tive. **E11-** Quase nada [...] apoio, não vejo.
Apoio, Escuta qualificada e acolhimento	**E1-** Cuidado, escuta qualificada [...] as instituições precisam investir em serviços que acolham estes profissionais [...] escuta humanizada, escuta empática, entender o que está acontecendo. **E4-** Grupos de apoio têm que existir [...] nós próprios enfermeiros, coordenadores, a psicóloga se houver necessidade [...] fazemos acolhimento junto com a comissão para poder dar apoio ao colaborador [...] não é oficializado igual o serviço da psicologia, porque quem faz normalmente o acolhimento é a equipe do local onde ocorreu o evento. **E5-** Converso, escuto [...] com o coordenador do lado, então é formal, e comunico que provavelmente no segundo momento a qualidade irá chamar também [...] a estratégia é mesmo o diálogo. **E6-** [...] a longo prazo, como está o desempenho do colaborador [...] é um processo que precisa ser melhorado [...] penso na atuação em conjunto entre o líder da área, coordenador de enfermagem, supervisor, RH e o NSP [...] como o núcleo tem reunião periódica, tem estabelecido todos os processos de acompanhamento, talvez fortalecer de alguma forma, com que tenha algum processo de retomada com o colaborador, ter proximidade. **E7-** Tem que acolher, o acolhimento é ouvir [...] entender o que aconteceu [...] chama, senta, ouve [...] a escuta é a melhor

	forma que tem de tentar acolher a pessoa, fazer *feedback*, orientar e observar [...] a conversa e o acolher é o principal. **E8-** Conversamos, ouvimos [...] eles têm um pouco de receio de falar [...] não levamos gestor, ninguém de coordenação e vamos só para ouvir mesmo, é como se deixássemos desabafar [...] a princípio, vamos para ouvir, para acolher mesmo esse profissional envolvido. **E9-** A conversa com o próprio coordenador, para se sentirem parte da equipe. **E10-** [...] converso [...] se porventura for necessário, encaminhamos para o psicólogo [...] faço essa primeira conversa [...] depois passo para o NSP, que também faço parte. **E11-** O apoio começa deixando essa pessoa falar, se expor de uma forma segura, que garanta que não vai acarretar em advertência, em rompimento de contrato [...] trazer essa segurança, para se exporem, conseguir falar realmente o que aconteceu [...] ser sustentável e ela permanecer trabalhando dá um apoio muito grande [...] permitir que fale com segurança, sem punições, e isso ser sustentável.
Treinamento e educação permanente e constante como estratégia	**E2-** Temos oferecido muitos treinamentos [...] o principal é um de recrutamento [...] de integração [...] ofertamos também uma plataforma de treinamentos autoinstrucionais [...] treinamento de segurança, com a equipe de segurança do trabalho [...] o primeiro plantão deles é acompanhado também por profissional que verifica se estão fazendo a técnica correta, se tem algo para corrigir. **E4-** Educação permanente, constante, manter todo mundo sempre em desenvolvimento, atualizado [...] ficar sempre por dentro das normas, das rotinas, dos protocolos [...] educação continuada para poder resgatar o que pode ter perdido ao longo do tempo de profissão. **E5-** Uma das estratégias é treinamento [...] educação permanente é tudo, se o funcionário entra treinado, orientado quanto aos processos daquele setor que está assumindo, minimiza-se os eventos [...] diminui a chance de errar, de acontecer alguma coisa com o paciente ou até mesmo

	emocionalmente com ele [...] acredito que o estudo, a experiência, a pós. **E6-** Em capacitações, treinamentos relacionados à segurança do paciente, sempre falamos sobre notificação, evento adverso e cultura justa. Na entrada dos novos colaboradores, temos um processo de integração [...] para fortalecer a cultura de segurança, inserimos esse assunto também relacionado à segunda vítima [...] temos que cumprir alguns treinamentos obrigatórios relacionados à segurança do paciente. **E9-** Medidas educativas referentes ao dano [...] educação continuada [...] treinamentos [...] rever protocolos [...] a medida educativa é basicamente treinamento.
Reuniões de feedback	**E2-** Tentamos fazer reuniões de *feedback* [...] obtendo retorno [...] como você se sente, como que poderíamos fazer para melhorar, para evitar que isso acontecesse. **E3-** Fazemos o *feedback* para as equipes e a devolutiva das análises de causa raiz [...] não contando o setor e os profissionais envolvidos, divulgamos para o aprendizado da equipe e para a ciência dos eventos adversos da instituição [...] contamos a linha do tempo e o diagrama de causa e efeito e a ação implementada [...] é uma ação forte [...] fazemos em todos os plantões, para todos os colaboradores [...] temos o painel de gestão à vista e a gestora da área faz essa análise.
Colaboração do paciente e acompanhante/família no processo	**E2-** Temos trabalhado com os pacientes também, no sentido de apresentar todo o processo, para que eles colaborem com a equipe de enfermagem, porque às vezes não temos essa colaboração. **E4-** [...] cabe também, na admissão, orientar a suposta primeira vítima, que é o paciente, quais são as rotinas, o que é normal e o que não é normal. **E8-** Sempre fazemos o *disclosure*, não envolve a segunda vítima, mas fazemos o *disclosure* inicial e o final, com o paciente, família, mas não expomos o profissional envolvido, há não ser que ele peça. **E10-** Temos a dificuldade que é a troca de acompanhantes [...] se houvesse rotina, normas de troca de acompanhante,

	para que não houvesse troca com tanta frequência, porque não conseguimos passar para todos os acompanhantes.
Equipe multidisciplinar: saber de cada profissão	**E2-** [...] trabalhar junto com a equipe inteira, porque não sou só eu [...] é conduzido por equipe multidisciplinar, temos biomédico, farmacêutico [...] envolvemos todo mundo no saber de cada profissão, no sentido de conscientizar a equipe de tranquilizá-los.
Oferta psicológica	**E2-** Se tivesse psicólogo para tratar dos profissionais, uma equipe que pudesse não simplesmente relatar e tratar de forma gerencial [...] seria incrível. **E3-** Temos equipe de psicologia interna [...] psicólogas próprias da instituição fazem parte deste programa, são profissionais capacitadas com experiência nesse tipo de assunto [...] essas tratativas não temos acesso, fica a cargo da psicologia. **E4-** A psicóloga fornece apoio [...] se houver necessidade, se realmente o evento teve a segunda vítima, porque não são para todos, depende do tipo do evento [...] acionamos a psicóloga e ela dá seguimento [...] o apoio não só momentâneo [...] não só no ato da detecção da falha, do erro [...] vigilância contínua de apoio psicológico e profissional. **E6-** Temos a atuação da psicóloga e está muito relacionada à questão ética, do sigilo [...] os colaboradores se sentem mais confortáveis [...] o NSP entra em contato com os colaboradores [...] mas quem conduz o processo de atendimento à segunda vítima é a psicóloga. **E7-** Não temos psicólogo para fazer acompanhamento, talvez fosse uma opção, porque as coisas precisam ser trabalhadas [...] um acompanhamento psicológico, uma equipe que pudesse dar esse apoio seria legal. **E8-** Oferecemos o serviço de atendimento psicológico [...] o psicólogo procura a pessoa envolvida no evento para prestar atendimento, caso a pessoa não aceite, ela assina um formulário [...] caso aceite, ela tem acompanhamento do psicólogo organizacional [...] ele vai dando os feedbacks, temos um formulário onde ele vai registrando.

	E9- Não temos psicólogo exclusivo para os profissionais, se precisar de avaliação, acolhimento, o próprio psicólogo clínico faz a abordagem [...] pode ser que esse profissional precise de algo além [...] um apoio extra, de repente esse profissional pode precisar de afastamento, de licença médica, então deve ter atendimento médico, atendimento psiquiátrico. **E10-** Temos profissional psicólogo [...] eu passo para o RH, e o RH encaminha para o psicólogo. **E11-** Se a segunda vítima acabar evoluindo com o processo de depressão, de ansiedade [...] querer se demitir por alguma situação, minimamente a instituição tem que dar o apoio de recurso que ela precisa conforme for manifestando [...] um psicólogo para acompanhar uma crise de ansiedade [...] um profissional para dar esse recurso para ela.
Apoio, educação continuada e apoio psicológico: formam a rede	**E4-** O apoio, a educação continuada, o apoio psicológico, vem formar essa rede. **E9-** O acolhimento, a educação e o apoio psicológico, acredito que são, até hoje na minha vivência, os básicos mesmo.
Profissional recém-admitido: integração na equipe	**E5-** Quando é enfermeiro recém-admitido, a preocupação é extrema, ele é tenso, chama, fica preocupado [...] a partir do momento que aceitei admitir enfermeiro, técnico recém-formado sem experiência, tenho como compromisso capacitá-lo para aquele setor, é orientação, reunião, integração [...] tem que ser integrado, conhecer as rotinas, os processos e cobrar que também faça a parte dele, que ele estude. **E10-** [...] se temos funcionário recém-contratado, colocar à par de toda a rotina, de tudo que acontece no hospital [...] acompanhamos direto esse profissional, seja técnico, seja supervisor de enfermagem [...] continuamos a nossa rotina normalmente, mas ele observando, e no segundo momento é ele fazendo e passamos a ser observador [...] acompanhamos do zero [...] é uma ação importante de prevenção para que não ocorra o evento adverso. **E11-** Acontece muito de o profissional novo chegar na instituição e tem alguns equipamentos, algumas máquinas

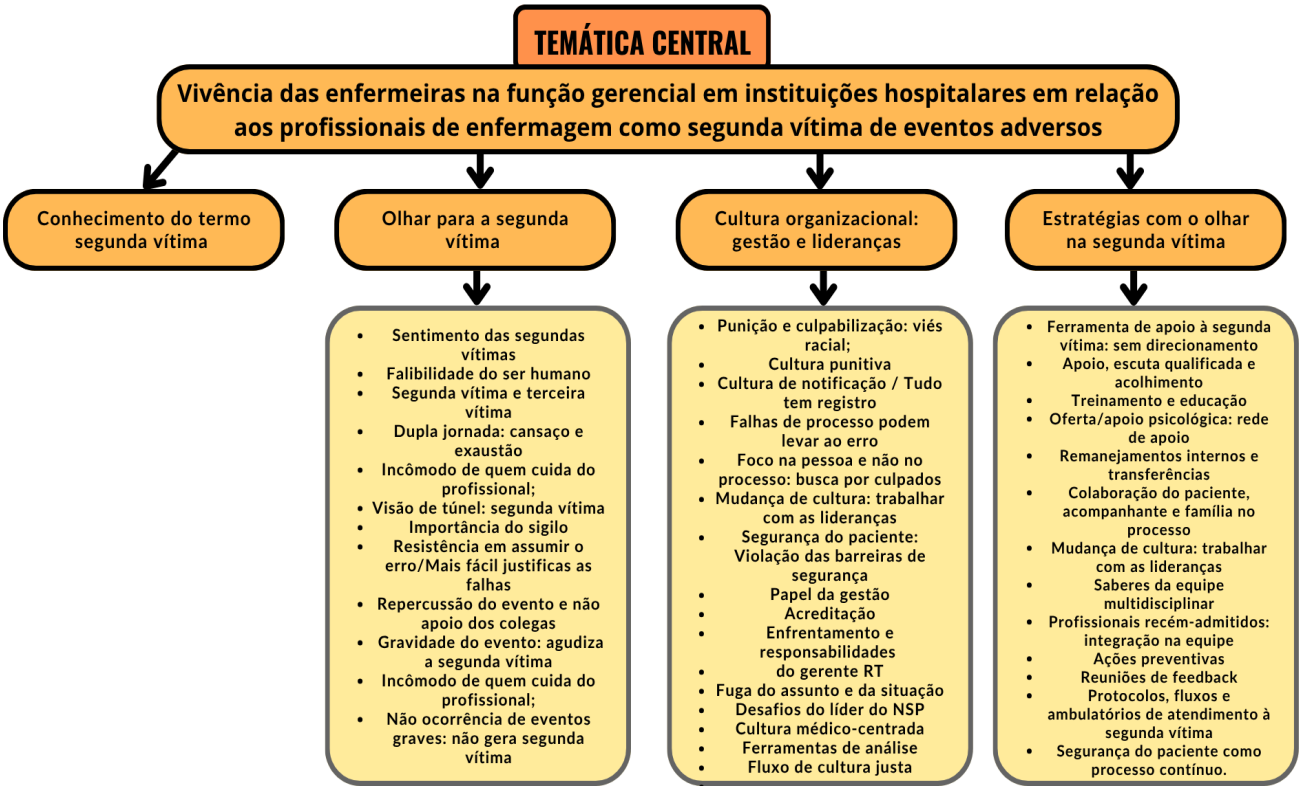
	que ele nunca utilizou e você é colocado para dar assistência, mas você não é nem preparado para manusear aquilo, mais ou menos o teu colega do lado que te ensina.
Protocolos/fluxos/ambulatório de atendimento à segunda vítima	**E3-** Foi implementado o ambulatório de segunda vítima [...] qualquer colaborador pode se colocar como segunda vítima na própria notificação de ocorrência, ou o gestor ou um colega de trabalho pode indicar [...] tudo em particular [...] Tendo a indicação, acionamos a equipe de psicologia [...] passamos os dados, elas fazem abordagem em dois atendimentos [...] a partir desses atendimentos vai ser definido se será encaminhado para a continuidade de tratamento [...] a princípio, o ambulatório de segunda vítima dentro da instituição é só psicólogo, e se ele precisa de acompanhamento externo, vai para o programa, lá tem outros profissionais […] psiquiatra, psicólogos [...] uma equipe de atendimento e acompanhamento do colaborador. **E6-** Implantamos um processo de atendimento à segunda vítima [...] o RH em parceria com o NSP, estabeleceu esse fluxo [...] começa na ocorrência de evento moderado ou grave, com o profissional envolvido, notificando à coordenação de enfermagem, ao diretor clínico, ao diretor técnico, aos médicos envolvidos na assistência desse paciente, porque eles vão ter a tomada de decisão imediata, para minimizar as consequências com os pacientes. Em um segundo momento, o NSP faz o acompanhamento de toda a tratativa [...] nesse momento o processo da segunda vítima é inserido, o RH é envolvido, principalmente pensando na atuação da psicóloga organizacional [...] o núcleo entra em contato com os colaboradores, informando sobre a possibilidade de acompanhamento, mas quem conduz o processo de atendimento à segunda vítima é a psicóloga. **E8-** Temos um protocolo multidisciplinar de assistência à segunda vítima [...] de conhecimento de toda a instituição.
Quando a segunda vítima é acolhida, elas entendem melhor a questão da cultura justa	**E3-** [...] o colaborador [...] deu uma devolutiva muito positiva, falou que se sentiu acolhido, apesar de ter errado, sabia que existia a etapa de segurança e não fez [...] houve incidente [...] ele viu aquilo como positivo para o aprendizado, e o acolhimento que teve, não aquela cultura de penalidade, entendeu que aquela advertência era necessária, porque tinha descumprido uma etapa que sabia que tinha que fazer [...] ele continua trabalhando conosco, sem nenhum outro evento.

	E6- [...] teve o acolhimento da profissional envolvida [...] com essa aproximação, ela trouxe alguns processos que precisavam melhorar [...] para que pudéssemos ter um êxito na criação de outras barreiras em prol da segurança do paciente. **E8-** [...] o profissional envolvido é a melhor pessoa para falar onde precisa ter mudança [...] quando são envolvidos e acolhidos como segunda vítimas [...] entendem melhor a cultura justa [...] não é punição [...] entendem que é importante, e para a instituição também é importante apresentar essa questão [...] trazemos eles de forma mais especial para perto da gente, quando somos transparente, sem punição.
Ações preventivas de EAs	**E10-** Não é só o profissional de enfermagem que está envolvido, são vários setores que estão envolvidos na prevenção de evento adverso [...] estratégias preventivas para que não ocorra novamente [...] trabalhar em cima do ocorrido para que não tenha nenhum agravamento, quanto antes agirmos, menos risco tem para o paciente [...] estabelecer ações preventivas, e se já ocorreu, fazer de tudo, para que aquele paciente não tenha danos mais graves
Segurança do paciente: O processo de formação não prepara o profissional	**E7-** [...] hoje a formação das escolas é muito ruim e as pessoas entram não sabendo quase nada. **E11-** [...] enquanto curso de enfermagem na graduação [...] eu não tive uma disciplina que falava sobre segurança do paciente [...] nos deparamos com uma formação que não nos traz essa bagagem [...] se eu tiver alguma falha, algum erro, corro o risco de ser mandado embora, então quem vai expor o seu problema ou erro? [...] o medo vem de questões anteriores, do processo de formação que não prepara o profissional.
Transferir de setor: forma de acolhimento	**E11-** [...] um acolhimento talvez, dela estar insegura de trabalhar naquele departamento, fazendo aquela função, transferir para outro departamento para voltar a ter essa segurança [...] transferir de setor.

Fonte: Autores (2025).

APÊNDICE C – Mapa temático preliminar

Figura 1 – Mapa Temático Preliminar



Fonte: Autores (2025).

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

Ministério da Educação
Universidade Federal de Alfenas
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP – UNIFAL/MG
Telefone: (35) 3701-9153

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

-Participante da Pesquisa-

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Profissionais de enfermagem como segunda vítima em eventos adversos: vivências de enfermeiros na função gerencial

Pesquisador(a) responsável: Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck

Pesquisador(es) participante(s): Profa. Dra. Roberta Seron Sanches e Vitória Cristina Silva.

Nome do participante: _____

Data de nascimento: ___/___/___ **CPF:**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa **"Profissionais de enfermagem como segunda vítima em eventos adversos: vivências de enfermeiros na função gerencial"**, de responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck, coorientação da Profa. Dra. Roberta Seron Sanches e da mestranda Vitória Cristina Silva. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo você deverá informar seu endereço de e-mail para receber uma via desse documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar, ao final desse documento, se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa.

1. Esta pesquisa tem por objetivo analisar a vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos, caracterizar os enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação as variáveis pessoais e profissionais, e identificar as estratégias de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos. Discutir sobre a vivência de enfermeiros em relação aos profissionais de enfermagem segunda vítima de eventos adversos, permitirá a identificação das abordagens empregadas frente a estes incidentes e fornecer informações relevantes aos enfermeiros, gestores e instituição de saúde. Também, a produção e divulgação de conhecimento sobre tais estratégias pode contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar dos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos e para incentivar a cultura de segurança, justa, não punitiva e que enfatiza a análise sistêmica e

o aprendizado frente aos erros, visando a prevenção de ocorrências futuras, o que beneficia a sociedade como um todo. Para mais, face às lacunas existentes na literatura nacional sobre o tema em questão, estudos sobre a temática podem contribuir para o acréscimo de achados científicos e resultados relevantes, com vistas a fomentar ações para a assistência segura.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder por meio de entrevista semiestruturada, única, individual e virtual, agendada pela plataforma *Google Meet*, conforme manifestação favorável e disponibilidade, norteada por um instrumento elaborado pelas pesquisadoras por duas partes, em que a primeira consiste em um questionário para a caracterização pessoal e profissional, e a segunda, em um roteiro de entrevista composto pelas perguntas norteadoras *"Fale sobre sua vivência quanto aos profissionais de enfermagem como segundas vítimas de eventos adversos"* e *"Na sua vivência, quais estratégias são utilizadas para apoio aos profissionais na condição de segunda vítima de eventos adversos?"*. Antes do início da entrevista, será solicitada a autorização para a gravação de voz por meio do recurso de gravação de voz de celular da marca *Iphone*, modelo 14 e de um aparelho de gravador de voz digital, marca LCD mp4 *Knup*, haja vista que a plataforma *Google Meet* não possui recurso próprio de gravação, haja vista que a plataforma *Google Meet* não possui recurso próprio de gravação. Ao término da entrevista, com a finalização da coleta de dados, a pesquisadora responsável fará o *download* da respectiva gravação, e após a transcrição dos dados, o registro será apagado do celular e do gravador, visando garantir a preservação do sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Vale destacar, que será assegurado que os arquivos digitais pertinentes serão mantidos sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa, em conformidade ao Art. 17, inciso VI e Art. 28, inciso IV da Resolução CNS 510/2016 (Brasil, 2016).

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de dimensão física e/ou psíquica, uma vez que a realização da entrevista, pode ocasionar desconforto e/ou constrangimento aos participantes. Diante disso, haverá a interrupção da entrevista, com abordagem cautelosa, com o propósito de reforçar o anonimato e a confidencialidade em relação às respostas, e ainda, que os dados serão utilizados somente para fins científicos. Contudo, se desejado, o participante poderá retirar o seu consentimento prévio a qualquer momento, sem que ocorram quaisquer tipos de prejuízos. Também, inclui riscos mínimos morais, uma vez que os pesquisadores não podem garantir um ambiente que assegure total privacidade e ausência de interferências externas durante a entrevista, dado que a mesma será conduzida via internet, permitindo assim, que o próprio participante escolha o local da sua realização. Assim, para a redução destes riscos, o participante será orientado a escolher um ambiente confortável e que lhe garanta privacidade, de modo a evitar as interferências externas e a presença de outras pessoas no local. No entanto, em casos de interferências, a entrevista poderá ser interrompida, reagendada ou ainda, o participante poderá optar por retirar o seu consentimento. Igualmente, a pesquisadora conduzirá a entrevista de um local que assegure a privacidade e o sigilo do participante, evitando influências de terceiros não relacionados ao estudo e minimizando possíveis ruídos ou outros fatores externos que possam prejudicar o desenvolvimento da entrevista.

Ministério da Educação
Universidade Federal de Alfenas
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP – UNIFAL/MG
Telefone: (35) 3701-9153

Adicionalmente, para assegurar o anonimato, o sigilo e a confidencialidade dos participantes, os mesmos serão designados por combinações de letras e números (E1, E2, E3, e assim sucessivamente), em que E se denota ao enfermeiro e o número corresponde à ordem das entrevistas. A participação no estudo não resultará em nenhuma despesa ou tipo de gasto ao participante, ou seja, nenhuma cobrança será realizada. Igualmente, não receberá nenhuma remuneração por participar da pesquisa. Como a coleta de dados deste estudo ocorrerá em um ambiente virtual, via internet, não são antecipados riscos adicionais decorrentes da pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19). Além disso, vale salientar que, o presente projeto de pesquisa não possui conflitos de interesse de qualquer ordem – financeira, comercial, política, pessoal ou institucional, e que os recursos necessários (materiais e financeiros) serão próprios, não contando com fomentos.

4. Ao participar dessa pesquisa você contribuirá para a análise da vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos, como também, subsidiar estratégias de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos, com vistas a contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar dos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos e para incentivar a cultura de segurança, justa, não punitiva e que enfatiza a análise sistêmica e o aprendizado frente aos erros, visando a prevenção de ocorrências futuras, o que beneficia a sociedade como um todo. Acrescenta-se ainda, poder contribuir para a literatura sobre a temática.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de no máximo uma hora, por uma única vez (uma única entrevista), agendada previamente conforme sua disponibilidade.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo o questionário e a entrevista totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado(a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita pelo pesquisador responsável, pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Ministério da Educação
Universidade Federal de Alfenas
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP – UNIFAL/MG
Telefone: (35) 3701-9153

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3°, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos, considerando que a pesquisa precisará de som de voz, torna-se necessário a autorização:

AUTORIZO ( ) / NÃO AUTORIZO ( )
a coleta de som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Zélia Marilda Rodrigues Resck, no seguinte telefone (35) 98876-6308 ou email zelia.resk@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

(Cidade), (dia) de (mês) de 2024

.....
(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável / pesquisador(a) participante)

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Profissionais de enfermagem como segunda vítima em eventos adversos:vivências de enfermeiros na função gerencial

Pesquisador: Zélia Marilda Rodrigues Resck

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81767624.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.091.185

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de Pós-Graduação em Enfermagem para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Educação. Orientadora: Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck. Coorientadora: Profa. Dra. Roberta Seron Sanches.

Resumo: Objetiva-se analisar a vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e analítica. Como referencial para análise utilizar-se-á hermenêutica dialética, dialogando com as categorias temáticas oriundas das vivências dos profissionais de enfermagem participantes. Neste estudo, a análise pela hermenêutica dialética será segundo o referencial teórico de ¿TRUST: The 5 Rigth of the Second Victim¿ de Denham, 2007 e os três eixos teóricos do estudo, que fundamentarão a discussão e a análise, a saber: contextualização histórica sobre a segurança do paciente, eventos adversos no contexto hospitalar e da Enfermagem e, profissionais de Enfermagem como segunda vítima de eventos adversos. Para nortear o desenvolvimento do estudo, assim como a elaboração do relatório de pesquisa, será empregado o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Os participantes do estudo serão os

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

enfermeiros que atuam na função gerencial em instituições hospitalares. Serão considerados como critérios de elegibilidade, idade igual ou superior a 18 anos, atuação como enfermeiro em função gerencial, experiência mínima de seis meses no cargo de gerenciamento e como critérios de exclusão serão os enfermeiros que atuam exclusivamente em função assistencial. Os participantes do estudo não estarão vinculados a nenhuma instituição hospitalar, uma vez que será utilizada a técnica de amostragem não probabilística SnowBall (bola de neve), como também, por contatos pessoais das próprias pesquisadoras e a divulgação da pesquisa por meio das redes sociais. A coleta de dados terá início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), previstas para o período de dezembro de 2024 a março de 2025, e realizada em ambiente virtual, por meio da Plataforma Google Meet. A entrevista será norteada por um instrumento elaborado pelas autoras composto por duas partes. A primeira consistirá em um questionário para caracterização pessoal e profissional e a segunda, em um roteiro de entrevista composto pelas perguntas ¿Fale sobre sua vivência quanto aos profissionais de enfermagem como segundas vítimas de eventos adversos¿ e ¿Na sua vivência, quais estratégias são utilizadas para apoio aos profissionais na condição de segunda vítima de eventos adversos?¿. Os dados de caracterização pessoal e profissional serão organizados e apresentados por meio de estatística descritiva. Para a organização e análise dos dados provenientes da entrevista semiestruturada, será utilizada a Análise Temática, baseada em Braun e Clarke (2006).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação as variáveis pessoais e profissionais; Identificar as estratégias de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos.

Análise do CEP:

1. claros e bem definidos;
2. coerentes com a propositura geral do projeto;

3. exequíveis (considerando tempo, recursos e método).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo contém riscos mínimos de dimensão física e/ou psíquica, uma vez que a realização da entrevista, pode ocasionar desconforto e/ou constrangimento aos participantes. Diante disso, haverá a interrupção da entrevista, com abordagem cautelosa, com o propósito de reforçar o anonimato e a confidencialidade em relação às respostas, e ainda, que os dados serão utilizados somente para fins científicos. Contudo, se desejado, o participante poderá retirar o seu consentimento prévio a qualquer momento, sem que ocorram quaisquer tipos de prejuízos. Também, inclui riscos mínimos morais, uma vez que os pesquisadores não podem garantir um ambiente que assegure total privacidade e ausência de interferências externas durante a entrevista, dado que a mesma será conduzida via internet, permitindo assim, que o próprio participante escolha o local da sua realização. Assim, para a redução destes riscos, o participante será orientado a escolher um ambiente confortável e que lhe garanta privacidade, de modo a evitar as interferências externas e a presença de outras pessoas no local. No entanto, em casos de interferências, a entrevista poderá ser interrompida, reagendada ou ainda, o participante poderá optar por retirar o seu consentimento. Igualmente, a pesquisadora conduzirá a entrevista de um local que assegure a privacidade e o sigilo do participante, evitando influências de terceiros não relacionados ao estudo e minimizando possíveis ruídos ou outros fatores externos que possam prejudicar o desenvolvimento da entrevista. Adicionalmente, para assegurar o anonimato, o sigilo e a confidencialidade dos participantes, os mesmos serão designados por combinações de letras e números (E1, E2, E3, e assim sucessivamente), em que E se denota ao enfermeiro e o número corresponde à ordem das entrevistas. A participação no estudo não resultará em nenhuma despesa ou tipo de gasto ao participante, ou seja, nenhuma cobrança será realizada. Igualmente, não receberá nenhuma remuneração por participar da pesquisa. Como a coleta de dados deste estudo ocorrerá em um ambiente virtual, via internet, não são antecipados riscos adicionais decorrentes da pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19). Assim, apresenta-se justificativa para a dispensa do Termo de Compromisso para desenvolvimento de pesquisas na pandemia de COVID-19 (APÊNDICE G). Além disso, vale salientar que, o presente projeto de pesquisa não possui conflitos de interesse de qualquer ordem ¿ financeira, comercial, política, pessoal ou institucional, e que os recursos necessários (materiais e financeiros) serão próprios, não

contando com fomentos.

Benefícios:
Os resultados do estudo poderão contribuir para a análise da vivência dos enfermeiros na função gerencial em instituições hospitalares em relação aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos, como também, subsidiar estratégias de apoio aos profissionais de enfermagem como segunda vítima de eventos adversos. Acrescenta-se ainda, poder contribuir para a literatura sobre a temática.

Análise do CEP:

1. Os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
2. Os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
3. Para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Análise do CEP:

1. Metodologia da pesquisa: adequada aos objetivos do projeto, atualizada;
2. Referencial teórico da pesquisa: atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
3. Cronograma de execução da pesquisa: coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto;
4. Orçamento: presente e adequado;
5. Instrumento: presente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Presente e adequado
2. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD): Não se aplica
3. Termo de Anuência Institucional (TAI): Presente e adequado
4. DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO do Pesquisador Responsável: Presente e adequada
5. Termo de Compromisso para desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no período da

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL

Pandemia do Coronavírus (COVID- 19): não se aplica

6. Projeto de Pesquisa Completo e Detalhado: Presente e adequado

7. Termo de Solicitação de Dispensa de TCLE: não se aplica

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2388987.pdf	20/09/2024 11:02:52		Aceito
Outros	19set_Carta_Resposta_Pendencia_CEP_UNIFAL_assinado.pdf	20/09/2024 11:00:48	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Cronograma	19set_Cronograma_adequado.pdf	20/09/2024 10:58:09	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	19set_Projeto_de_Pesquisa_detalhado_adequado.pdf	20/09/2024 10:57:49	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.pdf	24/07/2024 21:47:40	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Outros	Justificativa_dispensa_Termo_Compromisso_Pandemia.pdf	24/07/2024 16:21:02	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Outros	Justificativa_Dispensa_Instituicao_Coparticipante.pdf	24/07/2024 16:18:54	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Outros	Justificativa_Dispensa_TAI_intituicoes_de_saude.pdf	24/07/2024 16:18:27	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Outros	Justificativa_Dispensa_TCUD.pdf	24/07/2024 16:17:45	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_pesquisador.pdf	24/07/2024 16:12:20	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Outros	TAI_Diretor_Unidade_Academica_Escola_de_Enfermagem.pdf	24/07/2024 15:57:40	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	24/07/2024	Zélia Marilda	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL

Continuação do Parecer: 7.091.185

Orçamento	Orcamento.pdf	15:52:29	Rodrigues Resck	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada.pdf	24/07/2024 15:51:47	Zélia Marilda Rodrigues Resck	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ALFENAS, 20 de Setembro de 2024

Assinado por:
Ana Cláudia Mesquita Garcia
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br