

SIBELE EZEQUIEL DA SILVEIRA

IMPACTOS E APOIO ORGANIZACIONAL PARA SEGUNDA VÍTIMA DE
INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVAS DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RIO GRANDE
2022

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

IMPACTOS E APOIO ORGANIZACIONAL PARA SEGUNDA VÍTIMA DE
INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVAS DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

SIBELE EZEQUIEL DA SILVEIRA

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Área de concentração: Enfermagem e saúde. Linha de pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Jamila Geri
Tomascheswki Barlem

RIO GRANDE
2022

Ficha Catalográfica

S587i Silveira, Sibeles Ezequiel da.
Impactos e apoio organizacional para segunda vítima de incidentes de segurança do paciente: perspectivas de profissionais de Enfermagem / Sibeles Ezequiel da Silveira. – 2022.
69 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2022.

Orientadora: Dra. Jamila Geri Tomascheswki Barlem.

1. Segurança do Paciente 2. Assistência à Saúde 3. Gestão em Saúde 4. Enfermagem I. Barlem, Jamila Geri Tomascheswki
II. Título.

CDU 614.253.8

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

SIBELE EZEQUIEL DA SILVEIRA

**IMPACTOS E APOIO ORGANIZACIONAL PARA SEGUNDA VÍTIMA DE
INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVAS DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

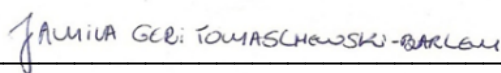
Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada em sua versão final em 21 de outubro de 2022, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande – FURG e do programa de Pós Graduação de Enfermagem.



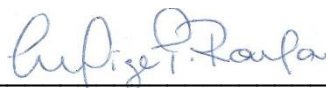
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva

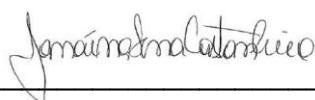
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dra. JAMILA GERI TOMASCHEWSKI BARLEM (Presidente)



Prof^a. Dra. LAURELIZE PEREIRA ROCHA (Membro Efetivo – FURG)



Prof^a. Dra. JANAÍNA SENA CASTANHEIRA (Membro Efetivo – FURG)

Prof^a. Dra. ANA PAULA MOUSINHO TAVARES (Membro Efetivo – UFPEL)

Prof^a. Dra. SIMONI SARAIVA BORDIGNON (Membro Suplente – FURG)



Prof^a. Dra. CRISTIANE LIMA DE MORAES (Membro Suplente – UNIPAMPA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde, principalmente mental e forças para chegar até o final.

Agradeço a minha orientadora Jamila por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa e ter sido uma fonte de inspiração para este momento. Obrigada por não me deixar desistir e mostrar que é possível.

A todos os meus professores do curso de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande pela excelência da qualidade técnica de cada um.

Aos meus pais Isabel e Carlinhos que sempre estiveram ao meu lado me apoiando e incentivando ao longo de toda a minha trajetória, vibrando a cada pequena conquista.

Ao meu esposo Luciano pela compreensão, paciência e estímulo demonstrado durante o período do projeto.

As minhas filhas Carolina e Mariana pela empatia de compreender as minhas ausências.

Aos meus amigos e familiares que incentivaram e apoiaram, em especial a minha sogra Helena e minha cunhada Pamela que fizeram parte da minha rede de apoio com as minhas filhas.

A minha amiga Priscila, que comprou a ideia “Vamos fazer uma loucura? Então vamos fazer o mestrado? E assim iniciou a nossa jornada e como esperado as “Mulheres polvo” deram conta do recado.

Aos meus colegas de trabalho do Centro obstétrico e maternidade obrigada pelo apoio. Aos meus colegas Matheus e Cintia que no final desta caminhada foram minha rede de apoio dentro do ambiente de trabalho.

Aos meus colegas que contribuíram para a construção deste trabalho, pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

RESUMO

SILVEIRA, SIBELE EZEQUIEL DA. **Impactos e apoio organizacional para segunda vítima de incidentes de segurança do paciente**: perspectivas de profissionais de enfermagem. 2022. 69f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A compreensão do fenômeno da segunda vítima no contexto da assistência à saúde deve abranger a resposta traumática do profissional de saúde que se envolve em um incidente, isto é, quando há falha na prestação do cuidado, podendo gerar ou não dano ao paciente, bem como o apoio organizacional ofertado para minimizar o sofrimento do profissional envolvido. O presente estudo objetiva compreender os impactos do envolvimento em um evento de segurança do paciente para os profissionais de enfermagem e conhecer as formas de apoio organizacional para redução do sofrimento pessoal de profissionais de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente. Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, com 20 profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio e analisadas a partir da análise textual discursiva. Estudo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. Os resultados deste estudo foram dois artigos, sendo o primeiro intitulado de “Envolvimento em evento de segurança do paciente: impactos para os profissionais de enfermagem” onde os dados foram agrupados em duas categorias que permitiram compreender o impacto para profissional de enfermagem: sentimentos das segundas vítimas; impacto na trajetória profissional e no ambiente de trabalho. No segundo artigo, “Apoio organizacional para profissionais de enfermagem envolvidos em evento de segurança do paciente”, os dados foram categorizados a priori conforme os cinco direitos da segunda vítima: tratamento justo; respeito; compreensão e compaixão; cuidados de apoio; e transparência e oportunidade de melhora; considerando o apoio ofertado e desejado. Os impactos para o profissional de enfermagem envolvido em um evento foram o sentimento de culpa pelo fato ocorrido, autojulgamento, julgamento pelos pares e pelo paciente, medo do desfecho ao paciente e das consequências para si e dúvidas quanto a sua habilidade e desempenho no trabalho. O apoio organizacional efetivo deve estar embasado na realidade cultural da instituição respeitando os cinco direitos da Segunda Vítima.

Descritores: Segurança do Paciente. Assistência à Saúde. Gestão em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVEIRA, SIBELE EZEQUIEL. Impacts and organizational support for the second victim of patient safety incidents: perspectives of nursing professionals. 2022. 69f. Dissertation (Master's in Nursing) – School of Nursing. Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The understanding of the phenomenon of the second victim in the context of health care must cover the traumatic response of the health professional who is involved in an incident, that is, when there is a failure in the provision of care, which may or may not cause damage to the patient, as well as the organizational support offered to minimize the suffering of the professional involved. The present study aims to understand the impacts of involvement in a patient safety event for nursing professionals and to know the forms of organizational support to reduce the personal suffering of nursing professionals after involvement in a patient safety event. Qualitative, exploratory-descriptive research, with 20 nursing professionals at a university hospital in southern Brazil. Data were collected between November 2021 and January 2022, through semi-structured interviews recorded in audio and analyzed based on discursive textual analysis. Study approved by the research ethics committee. The results of this study were two articles, the first being entitled “Involvement in a patient safety event: impacts for nursing professionals” where the data were grouped into two categories that allowed understanding the impact for nursing professionals: feelings of the second victims; impact on professional trajectory and work environment. And the second article “Organizational support for nursing professionals involved in a patient safety event”, the data were categorized a priori according to the five rights of the second victim: fair treatment; respect; understanding and compassion; supportive care; and transparency and opportunity for improvement; considering the support: offered and desired. The impacts for the nursing professional involved in an event were the feeling of guilt for the fact that occurred, self-judgment, judgment by peers and by the patient, fear of the outcome for the patient and the consequences for themselves, and doubts about their ability and performance at work. Effective organizational support must be based on the cultural reality of the institution, respecting the five rights of the Second Victim.

Descriptors: Patient safety; Delivery of health care; Health management; Nursing

RESUMEN

SILVEIRA, Sibeles Ezequiel. **Impactos y apoyo organizacional a la segunda víctima de incidentes de seguridad del paciente:** perspectivas de los profesionales de enfermería. 2022. 69f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La comprensión del fenómeno de la segunda víctima en el contexto de la atención en salud debe abarcar la respuesta traumática del profesional de la salud que se ve envuelto en un incidente, es decir, cuando hay una falla en la prestación de la atención, que puede o no causar daño al paciente, así como el apoyo organizativo ofrecido para minimizar el sufrimiento del profesional implicado. El presente estudio tiene como objetivo comprender los impactos de la participación en un evento de seguridad del paciente para los profesionales de enfermería y conocer las formas de apoyo organizacional para reducir el sufrimiento personal de los profesionales de enfermería después de la participación en un evento de seguridad del paciente. Investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva, con 20 profesionales de enfermería de un hospital universitario del sur de Brasil. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2021 y enero de 2022, a través de entrevistas semiestructuradas grabadas en audio y analizadas a partir del análisis textual discursivo. Estudio aprobado por el comité de ética de la investigación. Los resultados de este estudio fueron dos artículos, el primero titulado “Participación en un evento de seguridad del paciente: impactos para los profesionales de enfermería” donde los datos fueron agrupados en dos categorías que permitieron comprender el impacto para los profesionales de enfermería: sentimientos de las segundas víctimas; impacto en la trayectoria profesional y el clima laboral. Y el segundo artículo “Apoyo organizacional a los profesionales de enfermería involucrados en un evento de seguridad del paciente”, los datos fueron categorizados a priori según los cinco derechos de la segunda víctima: trato justo; respeto; comprensión y compasión; cuidados de apoyo; y transparencia y oportunidad de mejora; considerando el apoyo: ofrecido y deseado. Los impactos para el profesional de enfermería involucrado en un evento fueron el sentimiento de culpa por el hecho ocurrido, el autojuicio, el juicio de los pares y del paciente, el miedo del desenlace para el paciente y las consecuencias para sí mismo, y la duda sobre su capacidad y rendimiento en el trabajo. El apoyo organizacional efectivo debe estar basado en la realidad cultural de la institución, respetando los cinco derechos de la Segunda Víctima.

Descriptor: Seguridad del paciente; Atención a la salud; Gestión en salud; Enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: aspectos históricos e conceituais.....	13
3.2 SEGUNDA VÍTIMA: um fenômeno a ser explorado.....	16
4. METODOLOGIA.....	21
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
4.2 LOCAL DE ESTUDO	21
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	22
4.4 COLETA DOS DADOS	22
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	24
5.RESULTADOS	25
5.1 ARTIGO 1_ Impactos para os profissionais de enfermagem diante de incidentes de segurança do paciente: um olhar para a segunda vítima	25
5.2 ARTIGO 2_ Apoio organizacional para profissionais de enfermagem envolvidos em um incidente de segurança do paciente	39
6 CONCLUSÃO.....	56
7 REFERÊNCIAS.....	58
ANEXO A_ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	63
ANEXO B_ ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	64
ANEXO C _ Autorização do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem	65
ANEXO D_ Autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa- GEP	66
ANEXO E_ PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	67

1. INTRODUÇÃO

No pós segunda guerra mundial, muitos países estavam estabelecendo seus serviços de saúde e o conceito de segurança estava atrelado a questões estruturais, de forma que os erros na área da saúde eram vistos como de responsabilidade do indivíduo prestador do cuidado, de forma pontual e interna de cada serviço (WHO, 2021). Na década de 1990, ocorre uma grande mudança na percepção do erro, indo além da condição de falhas individuais, mas abrangendo fatores organizacionais, pois o erro está inserido em um complexo arranjo de ações e interações, processos, relacionamentos em equipe, comunicação, comportamento humano, tecnologia, cultura organizacional, regras e políticas, bem como a natureza do ambiente operacional (SOUZA, 2019; TRINDADE; LAGE, 2019; WHO, 2021).

Logo, ocorre mudança na verificação dos erros, evoluindo de uma abordagem mais reativa, centrada na ocorrência, para uma abordagem proativa, centrada na prevenção a partir do monitoramento de riscos, o que impactou significativamente na segurança do paciente, potencializando a criação de oportunidades para transferência de aprendizado (SOUZA, 2019; TRINDADE; LAGE, 2019).

Diariamente é promovida a assistência em saúde e infelizmente quando ocorrerem erros neste processo o incidente se instaura, por isso a segurança do paciente preconiza a redução a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado a prestação do cuidado de saúde, sendo o Evento Adverso o incidente que resultou em dano ao paciente (BRASIL, 2016 a). Como marco histórico que contribuiu para o tema segurança do paciente ganhar relevância e tornar-se parte da agenda de diversos países, destaca-se o relatório americano do Instituto de Medicina, o qual estimou de 44 mil a 88 mil mortes de norte-americanos por ano resultado de eventos adversos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; REIS; MARTINS; LANGUARDIA, 2013; COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

Na primeira década do século XXI, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou diversas campanhas, com objetivo de diminuir a ocorrência de eventos adversos, com propostas de soluções para mudanças simples da prática como a identificação do paciente, procedimento cirúrgico certo no local certo, medicações sem danos, prevenção de quedas e lesões, comunicação correta e a higienização das mãos para prevenir infecções (WHO, 2021; TRINDADE; LAGE, 2019).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado no Brasil em 2013 visando o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde, impulsionada pelo contexto mundial, com seus eixos norteadores baseados em metas internacionais de segurança do paciente (BRASIL, 2016 a).

Antes do PNSP, a percepção de enfermeiros sobre a notificação de eventos adversos em proceder as notificações encontrava-se balizada na prestação do cuidado seguro, mas percebiam a presença de cultura punitiva (CLARO et al., 2010). Do mesmo modo, recentemente, em um estudo publicado em 2022, verificaram-se fragilidades na cultura de segurança da equipe de enfermagem de três hospitais mineiros, especialmente no retorno da informação e comunicação do erro, pela presença ainda da cultura punitiva (LEMOS et al, 2022).

Nesse sentido, a implementação da cultura de segurança do paciente é necessária, no entanto apresenta-se como um fenômeno complexo e que eventualmente não é compreendido pelos gestores podendo dificultar a sua manutenção (SAMMER et al., 2010). A cultura de segurança apresenta como conceituação o conjunto de crenças, valores, atitudes e padrões de comportamentos dos indivíduos da organização, tanto de forma individual quanto coletiva, que estabelecem um compromisso de prezar por uma instituição saudável e segura (SOUSA, 2019).

No entanto, para que a cultura de segurança se estabeleça são necessárias mudanças, compreendendo o erro como falhas no sistema e não no indivíduo; sem o caráter punitivo, de imparcialidade no tratamento dos eventos adversos; manter a transparência no lugar do sigilo; com o cuidado centrado no paciente e não no profissional; estabelecendo modelos de equipes profissionais colaborativos e não baseado na excelência individual e todos os níveis hierárquicos devem estar comprometidos. Essas mudanças também devem estar alicerçadas em outras sub culturas, entre as quais: justiça, prática baseada em evidências, aprender com o erro, cuidado centrado no paciente, comunicação, liderança e trabalho em equipe; com o objetivo de prevenção de evento adverso (BRASIL, 2016 a; TRINDADE; LAGE, 2019).

Em meio a esta busca e promoção da cultura de segurança, foi descrito o impacto do incidente no profissional de saúde, com a utilização do termo “segunda vítima” sendo a primeira vítima o paciente que sofreu o incidente (WU, 2000).

Primeiramente, o conceito era direcionado a classe médica, no entanto foi expandido para os demais profissionais de saúde (TARTAGLIA; MATOS, 2020).

Os sintomas apresentados pelas segundas vítimas variam desde psicológicos (culpa, ansiedade, depressão), cognitivos (estresse, insatisfação) até físicos (TARTAGLIA; MATOS, 2020). Como evidenciado por um estudo realizado em hospital universitário com profissionais de enfermagem sobre a repercussão da queda do paciente na segunda vítima, foram descritos os sentimentos de medo, angústia, culpa, sustentando-se a importância do apoio organizacional para a segunda vítima (QUADRO et al., 2022).

O fenômeno de segunda vítima pode impactar negativamente o desempenho do profissional de saúde afetado, gerando conflitos na equipe, assim como prejuízos nas ações de assistência em saúde, podendo gerar mais erros na sua prestação do cuidado (VANHAECHT et al., 2019). O suporte organizacional efetivo a segunda vítima pode melhorar a qualidade da atenção à saúde, fortalecendo o emocional dos profissionais de saúde e construir uma relação saudável entre a instituição e os funcionários (WHITE; DELACROIX, 2020; VANHAECHT et al., 2019).

Na China, um estudo com 6.400 enfermeiros, apontou que 45,26% apresentaram problemas psicológicos após se envolverem em evento adverso e a conversa com pares foi o apoio/suporte mais desejado (HUANG, et al. 2021). Já um estudo português apontou que as segundas vítimas desejavam mais o apoio da instituição do que conversar com pares, como forma de suporte (PIMENTA, 2021).

Já em uma pesquisa com 378 enfermeiros coreanos, foi verificado que a necessidade do tipo de apoio organizacional a segunda vítima está relacionada aos sintomas por ele apresentados, o apoio psicológico foi apontado com maior utilidade para perfis de sintomas graves/moderados, enquanto os com sintomas leves/moderados concordaram com as estratégias de enfrentamento pós incidente (CHOI et al., 2022).

Apesar de duas décadas terem se passado desde que surgiu a questão da segunda vítima, ainda se verifica falta de apoio organizacional, visto que de acordo com um estudo realizado no Estados Unidos da América, a gestão da rede de saúde reconhece os problemas enfrentados pela segunda vítima, no entanto mesmo quando existe apoio disponível na instituição, as segundas vítimas têm dificuldades de acesso e/ou são estigmatizadas (EDREES; WU, 2021).

Assim, alguns estudos sugerem que programas de apoio sejam mais abrangentes e centrados na necessidade da segunda vítima e de fortalecimento da cultura justa (EDREES; WU, 2021; WHITE; DELACROIX, 2020). Um recurso amplamente traduzido e adaptado culturalmente é o second victim experience and support tool (SVEST), questionário com escores, que serve como suporte complementar com intuito de prevenir e/ou diminuir os impactos negativos na segunda vítima, além de poder ser utilizado como ferramenta de avaliação para os programas existentes (BURLISON, 2017).

Desse modo, o presente estudo se justifica devido a necessidade de pesquisas qualitativas sobre o fenômeno da segunda vítima e o suporte organizacional para com os profissionais de enfermagem após o envolvimento em um incidente de segurança do paciente. Logo, a compreensão do fenômeno atrelada ao diagnóstico organizacional pode fornecer subsídios para fomentar ações e programas de apoio organizacional adaptado às necessidades da segunda vítima (EDREES; WU, 2021; CHOI et al., 2022; HUANG et al., 2021; PIMENTA, 2021; VANHAECHT et al., 2019; QUADRO et al., 2022; PAULA et al., 2022).

2. OBJETIVOS

1. Compreender os impactos para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de incidentes de segurança do paciente.
2. Conhecer as formas de apoio organizacional para redução do sofrimento de profissionais de enfermagem como segunda vítima de incidentes segurança do paciente.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: aspectos históricos e conceituais

Apesar do erro ser considerado parte do cotidiano do ser humano, os erros na área da saúde fazem inúmeras vítimas, conforme apontado por estudo americano (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), e a busca por qualidade na assistência em saúde está enraizado desde os primórdios da enfermagem com Florence Nightingale, que propôs inúmeras mudanças para instituições de saúde com melhorias sanitárias e assim evitando mortes (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; TRINDADE; LAGE, 2019).

O Brasil assim como outros países da América Latina tem consolidado esforços para fortalecer a cultura de segurança do paciente (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015). Em suma, a segurança do paciente vislumbra a redução a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado a prestação do cuidado de saúde e o evento adverso se caracteriza como todo e qualquer incidente que gerou um dano ao paciente (BRASIL, 2016a). Já a cultura de segurança se define como um conjunto de crenças individuais e coletivas, que alicerçam práticas seguras para os indivíduos que compõem a força de trabalho da área da saúde (SOUSA, 2019).

Os incidentes na segurança do paciente são erros assistenciais de forma não intencional, que são classificados conforme o impacto no paciente sendo o Near Miss ou quase erro o evento que não atingiu o paciente. Estes incidentes são caracterizados por qualquer desvio dos cuidados de saúde usuais que cause uma lesão ao paciente ou represente um risco de dano e, são ainda divididos em: incidente sem danos, onde o erro chegou ao paciente mas não houve dano; e o evento adverso ou incidente com dano, onde ocorreu o erro que resultou em um dano desnecessário ao paciente; e ainda conforme o grau do dano, pode ser subdividido em incidente temporário e never events, respectivamente, no primeiro ocorre o dano de forma temporária ao paciente, e no outro, o incidente resulta em dano permanente ou óbito (WHO, 2021; VANHAECHT, K. et al, 2019).

No contexto global, a OMS institui a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente 2004-2014, a iniciativa tornou-se um veículo de compartilhamento de conhecimento e recursos destinados a melhorar a segurança dos cuidados de

saúde, tendo como objetivo fundamental facilitar o desenvolvimento da política de segurança do paciente e práticas nos Estados-Membros. A aliança mundial promoveu os desafios globais, com metas para serem atingidas em um período determinado, focando em um tema que representa um risco importante e significativo para saúde e segurança do paciente, sendo os dois primeiros: “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” e “Cirurgias seguras salva vidas” (WHO, 2021).

Entre as estratégias da aliança mundial, a OMS lançou a campanha de “patient safety” com intuito de promover a segurança do paciente; tendo como base as problemáticas na prestação de cuidado seguro que foram levantadas nas “soluções de segurança do paciente”, que são: gestão de medicamentos de aspecto e nome semelhante, identificação do paciente, comunicação durante a transição de cuidados, realização do procedimento correto no local correto, controle das soluções concentradas de eletrólitos, conciliação medicamentosa, evitar erros nas conexões de cateteres e tubos, uso único de dispositivos injetáveis e melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (WHO, 2021).

As Iniciativas de Segurança do Paciente da OMS 2015–2020 promoveu em 2016 um levantamento dos danos evitáveis na saúde e conclui que eram inaceitavelmente altos e com poucos sinais de melhora, promovendo assim além de outras iniciativas de promoção a segurança do paciente, o lançamento do terceiro desafio global: “Medicação sem danos”; e o estabelecimento do dia mundial de segurança do paciente, que tem o caráter mais pontual, para criar a discussão sobre o tema, iniciando em 2019 e anualmente teve os seguintes slogans: “Fale pela segurança do paciente”; “Profissionais de saúde seguros, pacientes seguros”; “Aja agora em favor de um Parto Seguro e Respeitoso”; e “Medicação sem dano” (WHO, 2017; WHO, 2021; WHO, 2022).

O Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021–2030, idealizado pela OMS tem como rumo a eliminação de danos evitáveis nos cuidados em saúde, com princípios norteadores de envolvimento de pacientes e familiares como parceiros em cuidados seguros, através do trabalho colaborativo. Para tanto, propõe a análise e compartilhamento de dados para gerar aprendizagem, tradução de evidências em práticas e melhorias mensuráveis, busca por basear políticas e ações na natureza do cuidado por meio do conhecimento científico e experiência do

paciente para melhorar a segurança e, assim, imprimir uma cultura de segurança na concepção e na entrega de cuidados de saúde (WHO, 2021).

A caminhada nacional para as políticas e programas de segurança do paciente, iniciou em 2001 com a Rede Sentinela, a qual tinha como objetivos o gerenciamento de risco em três frentes: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde; sendo posteriormente expandidos através do PNSP (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; TRINDADE; LAGE, 2019; BRASIL, 2016 a).

O PNSP foi instituído em 2013 visando o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde, ponderando o contexto internacional, tendo seis metas: identificação do paciente, com objetivo de garantir o cuidado a pessoa a quem se destina; prescrição segura, que visa a melhoria na comunicação entre os profissionais de saúde, na segurança na prescrição, no uso e na administração de medicação, com a promoção do uso seguro dos medicamentos; cirurgia segura, através da implementação de checagem promove segurança para que o procedimento, local e pacientes sejam os corretos; higienização das mãos, para evitar infecções relacionadas à assistência em saúde; risco de queda, com redução da ocorrência, através da avaliação dos pacientes e promoção de ambiente mais seguro; e risco para úlcera por pressão, através da avaliação do paciente e estabelecendo ações preventivas (BRASIL, 2016 a).

Ao admitir que os seres humanos são falíveis, o caminho para o cuidado seguro se inicia. Reason contribuiu com conceitos e diagramas, dando um novo rumo para o entendimento, abrangendo os diversos contextos em que o profissional de saúde está inserido (REASON, 1998; REASON, 2000; REASON, 2004; FERNANDES et al., 2014).

Para compreender o erro humano podemos assumir duas abordagens, o pessoal e o sistêmico, com características divergentes. O modelo pessoal é alicerçado nas pessoas, sendo ela a causa do erro de forma individual, seja pela falta de atenção, falta de motivação, descuido e/ou imprudência, tendo como estratégia, culpar e punir, com medidas disciplinares e treinamento; sendo este modelo até o momento facilmente aceito pela sociedade. Em suma uma cultura punitiva do erro, de “caça às bruxas”, enraizada em questões morais históricas (REASON, 2000; REASON, 2004; ROMERO et al., 2018).

Já o modelo sistêmico, onde o foco é nos sistemas, com uma visão mais abrangente, considerado que o erro vai ocorrer pois as pessoas falham, mesmo nas melhores instituições de saúde, sendo responsabilidade do sistema de forma coletiva, então o erro sendo consequência de alguma falha sistêmica, não busca o culpado e sim as medidas para minimizar os riscos e prevenir os erros. Contudo, neste modelo o indivíduo não deve ser negligenciado, mas espera-se que seja responsável e vigilante, considerando que a condição humana de ser falível não possa ser mudada, então poderemos mudar as condições onde o indivíduo exerce o cuidado, o que caracteriza a cultura justa (REASON, 2004; ROMERO et al., 2018).

3.2 SEGUNDA VÍTIMA: um fenômeno a ser explorado

Para que ocorra a assistência em saúde é necessário a interação entre dois atores, o paciente, que necessita da assistência, e o profissional de saúde, que exerce a assistência, de forma que quando ocorre falha no processo se instaura um incidente, que pode resultar em um evento adverso (BRASIL, 2016 a; FERNANDES *et al.*, 2014). Os danos dos erros assistenciais vão além da primeira vítima, o paciente, se estendem ao profissional de saúde, como a segunda vítima; e a instituição hospitalar, a terceira vítima (WU, 2000; SCOOT *et al.*, 2009; OZEKE *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2014).

O profissional de saúde envolvido em um incidente de segurança do paciente traumatizado por essa experiência ou não sendo capaz de lidar emocionalmente com a situação, caracteriza-se como Segunda Vítima (WU, 2000). As reações da segunda vítima ao incidente podem ser reações psicológicas, cognitivas e/ou físicas, sendo descritas como únicas e tendo impacto nas áreas sociais, culturais, emocionais, espirituais e físicas (OZEKE et al., 2019).

Contudo, um grupo de ativistas dos direitos dos pacientes, sugeriu o abandono do termo segunda vítima para profissionais de saúde que se envolvem incidente, pois consideram que há uma amenização do que ocorreu com a primeira vítima, o paciente, assim como a sua família, por considerar que ocorre passividade e que o uso do termo “segunda vítima” isentaria a culpa (CLARCKSON, et al., 2019). Para Wu et al (2020) que cogitou outras nomenclaturas, mas não conseguiu chegar a uma descrevesse o fenômeno que abrangesse todas as suas facetas, e concluiu que o abandono do termo segunda vítima acarretaria prejuízo para a construção de

ambiente mais seguro tanto para profissionais de saúde como pacientes, pois descaracterizaria o fenômeno em si, sendo um retrocesso para uma cultura punitiva.

Desse modo, conhecer como ocorre o incidente de segurança do paciente com intuito de evitá-lo é o fundamento para sua compreensão, assim como entender o fenômeno da segunda vítima para mudança de padrões e fomentar os ambientes de trabalho mais saudáveis (FERNANDES et al., 2014; ALMEIDA, 2021). Assim, a compreensão da formação do fenômeno da segunda vítima deve abranger especialmente a resposta traumática do profissional de saúde que se envolve em incidente durante a assistência em saúde, onde este indivíduo vivencia sensações como vergonha, culpa, ansiedade; podendo manifestar insatisfação, burnout e estresse traumático; e podendo resultar em reações físicas (OZEKE et al., 2019).

O estudo de Scott et al. (2009), descreve a resposta da segunda vítima em seis etapas:

- 1) O caos e a resposta ao incidente, onde a segunda vítima tem uma perturbação nos pensamentos e pensa para entender o ocorrido;
- 2) Reflexões não relevantes, surgem pensamentos de medo e pavor, podendo isolar-se e refletir na busca de respostas de o que levou a cometeram o erro;
- 3) restauração da integridade pessoal, com o intuito de buscar apoio de pares ou pessoa de confiança para contar sua experiência ou entender o impacto;
- 4) suportar o julgamento de outros, aqui começa os questionamentos sobre a empregabilidade e consequências disciplinares;
- 5) obter ajuda, “primeiros socorros” emocionais, nesta etapa a segunda vítima traz questionamentos sobre onde e com quem contar, questões legais e preocupação com a privacidade;
- 6) desistir ou sobreviver ou avançar, sendo desistir caracterizado como o abandono da profissão ou mudança de unidade de trabalho; sobreviver, como continuar exercendo as suas dentro do que lhe é esperado; e por fim avançar, onde o incidente propicia mudança, aperfeiçoamento e transformação da atividade profissional.

Em todas as etapas que o apoio organizacional ocorre, seja através de apoio de pares e/ou apoio emocional; e da forma como serão conduzidos terá impacto na segunda vítima e no seu processo de recuperação (WHITE; DELACROIX, 2020). Um estudo holandês sugere que o fenômeno segunda vítima reflete no trabalho em

equipe, na segurança do paciente e na capacidade de prestar cuidados de qualidade, uma vez que vivenciando sentimentos negativos, podem se envolver em um novo incidente; e ainda elucida que os sintomas relatados pelas segunda vítima aumentavam proporcionalmente conforme aumentava o dano ao paciente (VANHAECHT, et al, 2019).

A admissão da responsabilidade de que há outros atores envolvidos no incidente, a ocorrência de apoio organizacional a segunda vítima de nenhuma maneira a exime da responsabilidade do ato em si (QUADRADO; TROCHIN; MAIA, 2021). Mas para Reason ao admitir que até os melhores profissionais cometem erros, lança no colo das instituições a responsabilidade sobre o cuidado seguro uma vez que diversos fatores, que estão sob a tutela do alto escalão da instituição deliberar, e que influenciam diretamente e indiretamente o trabalhador de saúde como sobrecargas de trabalho, a falta de conhecimento dos profissionais, falta de comunicação efetiva, problemas estruturais e organizacionais (REASON, 2000; FERNANDES et al., 2014; LEMOS et al., 2018).

Como modelo para a prevenção e investigação de erros, tem-se como exemplo o sistema de aviação, que trabalha em três etapas: na primeira busca a responsabilidade sob a ação, uma vez que a cultura justa já foi incorporada, e o profissional está sem o medo de represálias da cultura punitiva, com a narrativa de como ocorreu; na segunda investiga-se o fato para verificar onde ocorreu a falha, como corrigir e estabelecimento de procedimentos para evitar que ocorra novamente; e por fim na terceira treinamento da equipe (DOWNWY, 2019). Tais conceitos podem ser incorporados às instituições de saúde, no entanto é necessário mudança do foco “de quem errou” para o “que deu errado” alicerçado que o erro faz parte do cotidiano (DOWNWY, 2019; REASON, 2000).

Como os profissionais de saúde envolvidos no incidente correm o risco de diminuição do bem-estar pessoal e redução do desempenho profissional, o apoio organizacional e de pares adequado são cada vez mais considerados componentes essenciais para aliviar o impacto pessoal e profissional nessas segundas vítimas (VANHAECHT, et al 2019). O suporte organizacional efetivo a segunda vítima pode melhorar a qualidade da atenção à saúde, fortalecendo o emocional dos profissionais de saúde e construir uma relação entre a instituição e os funcionários (WHITE; DELACROIX, 2020).

Os programas de apoio a segunda vítima são variados, o que demonstra interesse das instituições com a saúde do trabalhador e segurança do paciente (QUADRADO; TRONCHIN; MAIA, 2021), o SVEST serve como suporte complementar com intuito de prevenir e/ou diminuir os impactos negativos na segunda vítima, além de poder ser utilizado como ferramenta de avaliação para os programas existentes (BURLISON, 2017).

O suporte deve estar embasado em como as segundas vítimas da instituição reagem, com ampla divulgação dos serviços de apoio ofertados e estudos do seu impacto através de ferramentas validadas (PAULA et al., 2022; GUPTA et al., 2019). Além disso, é necessário ter processos oportunos e transparentes de investigação dos incidentes de segurança do paciente, com locais onde a segunda vítima possa compartilhar suas emoções e estes conceitos sejam abraçados pela gestão para promoção de cultura de segurança (ULLSTRÖM; ANDREEN SACHS; HANSSON, 2014).

Para que a cultura justa de segurança se estabeleça será necessário o envolvimento de toda a instituição, tornando a segurança do paciente prioridade (FERMO et al., 2015). Tal promoção cultural deve estar embasada na ética, começando por uma comunicação efetiva, transparente e cultura não punitiva, englobando cada profissional que atua na instituição para que aprendam com situações que já ocorreram, estejam vigilantes a um potencial erro e propícios para propor mudanças com vistas a evitar erros (LEMO et al., 2018; TARTAGLIA; MATOS 2020; SCOTT et al., 2009; FERMO et al., 2015).

Os direitos da segunda vítima chamado de *TRUST* (confiança) foram propostos em cinco: Tratamento justo, que envolve a verificação das falhas na organização do trabalho que poderiam inclinar ao erro, não devendo presumir negligência; Respeito, onde todos são vulneráveis e suscetíveis ao erro, evitando culpar ou envergonhar; Compreensão e Compaixão, onde a segunda vítima precisa de tempo para processar psicologicamente a falha que involuntariamente prejudicou o paciente, através da empatia; Cuidados de Apoio, oferta de serviços psicológicos de forma profissional e organizada; e, por último, Transparência e Oportunidade de Melhora, o aprendizado com o erro, com conversas sobre o ocorrido, promovendo o ambiente onde o fato possa ser comunicado para que assim o erro possa se transformar em aprendizado e aperfeiçoamento do processo (ROMERO, et al., 2018; DENHAM, 2007).

Considerando os direitos da segunda vítima e a sua resposta frente ao incidente, propõe-se o investimento neste profissional qualificado a fim de evitar a recorrência do erro e permitindo que ele permaneça no mercado de trabalho, através de cultura justa e apoio organizacional (ROMERO, et al., 2018; DENHAM, 2007, SCOTT et al., 2010; QUADRADO; TROCHIN; MAIA, 2021; WHITE; DELACROIX, 2020).

Contudo, será indispensável ir além da cultura justa, para que a segurança do paciente atinja sua premissa de diminuição do erro ao mínimo possível, sendo necessárias mudanças como diminuição da carga horária, oferta de cursos, treinamento de procedimentos, valorização salarial com vistas a diminuir os múltiplos vínculos e fomentação da saúde do trabalhador (SILVA et al., 2019).

O trabalho em enfermagem é dividido em: Enfermeiro, com graduação, sendo responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem, treinamento/capacitação, liderança e supervisão de equipes de enfermagem; e técnico de enfermagem, formação de nível técnico, onde irá executar ações planejadas pelo enfermeiro (BRASIL,1986). Considerar que a enfermagem historicamente tem uma divisão hierárquica, e com isso a cultura do medo pode ter outra proporção (FERNANDES et al., 2014) e, por mais avanços que a enfermagem tenha em respeito a alcançar as metas de segurança do paciente, propostas pela OMS, em identificar e avaliar riscos, e na prevenção de incidentes com danos (LEMOS et al., 2018) ainda existe preocupação quanto às punições, que dependendo do órgão podem ser desde o impedimento de exercer a enfermagem até em nível organizacional parecerem desacreditadas, indo até a exposição à mídia (SILVA et al., 2019).

Em estudo realizado em 2015, sobre percepção de cultura de segurança de enfermeiros em um hospital universitário gaúcho, apresentou uma lacuna de conhecimento na formação profissional onde o tema não foi abordado na graduação, identificou o desconhecimento na condução de assuntos sobre segurança do paciente, apresentado divergência na conduta profissional; para a maioria dos enfermeiros a percepção de somente a cultura punitiva e alguns apontam a ações educativas como ferramenta de mudanças (ROSA et al., 2015).

A realidade brasileira demonstra a escassez literária sobre programas de suporte organizacional a segunda vítima que descrevem o impacto sob os profissionais de saúde (PAULA et al., 2022). No entanto, a mudança cultural

necessária pode ser um processo longo e necessário para melhora na qualidade da assistência, (ROSA *et al.*, 2015) tanto para o paciente como para a segunda vítima.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi utilizado como método de pesquisa a abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. Na pesquisa qualitativa, os estudos acontecem em locais naturais, sem a criação artificial do ambiente, uma vez que busca entender os fenômenos sociais, assim como suas interações e comportamento, observando os sentidos que foram atribuídos ao fenômeno (POPE; MAYS, 2008; APPOLINÁRIO, 2011).

O contexto exploratório favorece a solução de particularidades de elementos dos processos e fenômenos, considerado a subjetividade dos indivíduos que participam do estudo, além de suas percepções e crenças, assim como seus motivos e ações, não podendo ser minimizado a operacionalização de dados (APPOLINÁRIO, 2011). O momento descritivo proporciona um maior refino dos detalhes de informações que por sua vez fomentaram um incremento na pesquisa com relação a determinado fenômeno (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida junto a um Hospital Universitário (HU) no Sul do Brasil, que é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), possui mais de 200 leitos distribuídos em unidades de clínica médica adulto, cirúrgica adulto, pediátrica, ginecologia/obstetrícia, traumatológica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI pediátrica e UTI neonatal; com centro cirúrgico e centro obstétrico, além de serviços de referência em infectologia e gestação de alto risco (EBSERH, 2021).

Entre as especificidades deste HU relacionados ao tema de pesquisa, este possui núcleo de segurança do paciente, com participação voluntária de diversos profissionais, com reuniões mensais; o setor de vigilância em saúde e segurança do

paciente com profissionais de diversas áreas e o software da rede EBSEH de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos – Vigihosp para informatizar o acompanhamento de notificações de incidentes, queixas técnicas, doenças e agravos em saúde (EBSEH, 2021).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O hospital universitário possui 419 funcionários atuando na equipe de enfermagem, sendo 147 enfermeiros e 272 técnicos de enfermagem.

Os 20 participantes do estudo, correspondendo a 4,8% da população, quanto a divisão do cargo foram 12 enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, selecionados a partir da amostragem não probabilística por oportunidade/conveniência, onde a seleção dos componentes da amostra foi feita de forma não aleatória, ponderando as características dos integrantes do estudo (CRESWELL, 2010). E como critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem atuante na instituição e terem vivenciado pelo menos um incidente de segurança do paciente. Os critérios de exclusão foram limitados à ausência do trabalhador no local e no momento de coleta de dados devido a férias ou licença saúde no período da realização da coleta de dados, ser profissional de enfermagem que não atuou na assistência direta do paciente.

Foi apresentado o tema da pesquisa de forma breve com exemplos, sendo selecionados assim os profissionais de enfermagem que participaram de pelo menos um incidente de segurança do paciente os que demonstram interesse em participar de forma voluntária assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

4.4 COLETA DOS DADOS

Na finalidade de atingir os objetivos desta pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de enfermagem (ANEXO B) no período de 21 de novembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022. As entrevistas foram presenciais respeitando o protocolo pandêmico da Covid-19, e realizadas no ambiente de trabalho, em salas de apoios junto às unidades.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, contendo questões fechadas para caracterização dos participantes e questões abertas, focando em

aspectos relacionados ao sofrimento pessoal e o suporte organizacional disponibilizado após o envolvimento em um evento ocorrido com o paciente. As entrevistas tiveram duração média de nove minutos e não foram devolvidas para validação.

Foi encontrado uma resistência dos profissionais falarem sobre o assunto “erro”, foi necessária uma sensibilização dos participantes, uma vez que a negativa de participar era a primeira escolha, que procedeu com uma breve apresentação do tema Segunda Vítima e o apoio organizacional. Também foram elucidados exemplos de incidentes de segurança do paciente, além de disponibilizar o roteiro de entrevista para leitura, sendo necessário um segundo encontro no mínimo, para reflexão, absorção do tema e recordação de fatos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos por meio das transcrições das entrevistas, realizada a partir da análise textual discursiva que busca compreender novas facetas sobre discursos e fenômenos e está situada entre dois métodos consagrados de análise que são a análise de conteúdo e a análise de discurso. A Análise Textual Discursiva constitui-se de um processo de três etapas: a desmontagem dos textos (unitarização); o estabelecimento de relações (categorização); e as novas compreensões (comunicação) (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Na etapa de unitarização, as transcrições das entrevistas foram analisadas detalhadamente, fragmentando-as formando grupos de significados, que conversem com o fenômeno a ser pesquisado. Enquanto na categorização foram formadas conexões entre os grupos de significados, aglutinados formando grupos mais complexos, as categorias. Por fim, a etapa da análise, com vistas ao fenômeno estudado apontou a sua compreensão, como resultado um novo produto das etapas anteriores (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Para compreender os impactos para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de incidentes de segurança do paciente, as unidades de sentido foram emergentes quantos aos sentimentos, impactos na trajetória profissional e no ambiente de trabalho.

No apoio organizacional com vistas a redução do sofrimento de profissionais de enfermagem como segunda vítima de incidentes segurança do paciente, as

unidades iniciaram emergentes, mas quando categorizadas mostrou-se coerente com os cinco direitos da segunda vítima.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo integra o macroprojeto intitulado “Análise do fenômeno da segunda vítima entre estudantes e profissionais de enfermagem”. Foram respeitados os aspectos éticos em todas as fases do estudo, conforme estabelecido pela resolução n. 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito aos aspectos éticos na pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016b). A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 39371720.30000.5324), assim como pelo local de pesquisa através da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário.

Com intuito de preservar o anonimato dos participantes, as transcrições foram identificadas com P de profissional, seguido de numeral sequencial P1, P2 até o P20. As transcrições na íntegra foram armazenadas, para posterior conferência.

Há o comprometimento de divulgação dos resultados através de publicação de artigos para comunidade científica, assim como a disponibilização destes futuros artigos a população do Hospital Universitário onde os participantes do estudo estão inseridos.

5.RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Impactos para os profissionais de enfermagem diante de incidentes de segurança do paciente: um olhar para a segunda vítima

RESUMO

Objetivo: Compreender os impactos para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de incidentes de segurança do paciente. **Método:** Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, com profissionais de enfermagem em hospital universitário do Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio e analisadas a partir da análise textual discursiva, aprovado pelo comitê de ética. **Resultados:** duas categorias permitiram compreender o impacto no profissional de enfermagem: sentimentos das segundas vítimas; e, impacto na trajetória profissional e no ambiente de trabalho. **Conclusão:** Os impactos para o profissional de enfermagem envolvido em um evento de segurança do paciente foram o sentimento de culpa pelo fato ocorrido, autojulgamento, julgamento pelos pares e pelo paciente, medo do desfecho ao paciente e das consequências para si e dúvidas quanto a sua habilidade e desempenho no trabalho.

Descritores: Segurança do paciente; Assistência à saúde; Gestão em saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Understand the impacts for nursing professionals as the second victim of patient safety incidents. **Method:** Qualitative, exploratory-descriptive research with nursing professionals at a university hospital in southern Brazil. Data were collected between November 2021 and January 2022, through semi-structured interviews recorded in audio and analyzed based on discursive textual analysis, approved by the ethics committee. **Results:** two categories made it possible to understand the impact on the nursing professional: feelings of the second victims; and, impact on professional trajectory and work environment. **Conclusion:** The impacts for the nursing professional involved in a patient safety event were the feeling of guilt for the fact that occurred, self-judgment, judgment by peers and by the patient, fear of the outcome for the patient and the consequences for themselves and doubts about their skill and job performance.

Descriptors: Patient safety; Delivery of health care; Health management; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los impactos para los profesionales de enfermería como segunda víctima de los incidentes de seguridad del paciente. **Método:** Investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva con profesionales de enfermería de un hospital universitario del sur de Brasil. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2021 y enero de 2022, a través de entrevistas semiestructuradas grabadas en audio y analizadas con base en análisis textual discursivo, aprobado por el comité de ética. **Resultados:** dos categorías permitieron comprender el impacto en el profesional de enfermería: sentimientos de las segundas víctimas; y, impacto en la trayectoria profesional y ambiente de trabajo. **Conclusión:** Los impactos para el profesional de enfermería involucrado en un evento de seguridad del paciente fueron el sentimiento de culpa por el hecho ocurrido, el autojuicio, el juicio de los pares y del paciente, el miedo al desenlace para el paciente y las consecuencias para sí mismo y dudas sobre su habilidad y desempeño laboral. Descriptores: Seguridad del paciente; Atención a la salud; Gestión en salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente preconiza a redução a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado a prestação do cuidado de saúde,¹ e a prática da enfermagem está intimamente ligada ao cuidado, na assistência direta e indireta do paciente, com o esforço de tornar estes cuidados mais seguros e efetivos.²

Os incidentes na segurança do paciente são erros assistenciais de forma não intencional, que são classificados conforme o impacto no paciente, sendo o *Near Miss* ou quase erro o evento que não atingiu o paciente. Os incidentes são caracterizados por qualquer desvio dos cuidados de saúde usuais que cause uma lesão ao paciente ou represente um risco de dano, sendo divididos em: incidente sem danos, onde o erro chegou ao paciente mas não houve dano; e os eventos adversos ou incidentes com dano, onde ocorreu o erro que resultou em um dano desnecessário ao paciente; e ainda conforme o grau do dano, pode ser subdividido em incidente temporário e *never events*, no primeiro ocorre o dano de forma temporária ao paciente e no outro, o incidente resulta em dano permanente ou óbito.^{1,3}

O profissional de saúde envolvido em um incidente traumatizado por essa experiência ou não sendo capaz de lidar emocionalmente com a situação, caracteriza-se como Segunda Vítima. ⁴ As reações da segunda vítima ao incidente podem ser reações psicológicas, cognitivas e/ou físicas, sendo descritas como únicas e tendo impacto nas áreas sociais, culturais, emocionais, espirituais e físicas.⁵

A resposta da segunda vítima pode ser descrita em seis etapas: 1) O caos e a resposta ao incidente, onde a segunda vítima tem uma perturbação nos pensamentos e pensa para entender o ocorrido; 2) Reflexões não relevantes, na qual surgem pensamentos de medo e pavor, podendo isolar-se e refletir na busca de respostas de o que levou a cometeram o erro; 3) restauração da integridade pessoal, com o intuito de buscar apoio de pares ou pessoa de confiança para contar sua experiência ou entender o impacto; 4) suportar o julgamento de outros, momento em que começam os questionamentos sobre a empregabilidade e consequências disciplinares; 5) obter ajuda, “primeiros socorros” emocionais, nesta etapa a segunda vítima traz questionamentos sobre onde e com quem contar, questões legais e preocupação com a privacidade; 6) desistir, sobreviver ou avançar, sendo desistir caracterizado como o abandono da profissão ou mudança de unidade de trabalho; sobreviver, como continuar exercendo as suas dentro do que lhe é esperado; e por fim avançar, onde o incidente propicia mudança, aperfeiçoamento e transformação da atividade profissional.⁶

Para avaliar os impactos do envolvimento em um incidente na segunda vítima, alguns estudos vêm sendo amplamente realizados em diversos países, a partir de uma abordagem quantitativa, utilizando-se da escala Second Victim Experience and Support Tool (SVEST), entre os quais pode-se citar: Coréia,⁷ China,⁸ Espanha,⁹ Itália,¹⁰ Brasil,¹¹ Turquia,¹² Malásia,¹³ Dinamarca,¹⁴ Pérsia¹⁵ e Alemanha¹⁶. O SVEST constitui-se de uma ferramenta que pode ser utilizada por instituições de saúde tanto para avaliar as experiências das segundas vítimas como os recursos de apoio existentes.⁷ Contudo, é possível verificar que ainda existe uma lacuna na literatura científica em relação a estudos qualitativos que visem aprofundar os impactos do envolvimento em incidente para as segundas vítimas.

Como os profissionais de saúde envolvidos no incidente correm o risco de diminuição do bem-estar pessoal e redução do desempenho profissional, o apoio organizacional e de pares adequado são cada vez mais considerados como componentes essenciais para aliviar o impacto pessoal e profissional.³ Assim, se faz necessário compreender os impactos do envolvimento em incidente para os profissionais de enfermagem visando subsídios para programas e políticas de apoio conforme a realidade que este apresenta,^{3,17-22} o que justifica a realização desse estudo. Tem-se como objetivo compreender os impactos para os profissionais de enfermagem como segunda vítima de incidentes de segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida junto a um Hospital Universitário (HU) no Sul do Brasil, vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o qual possui mais de 200 leitos distribuídos em atendimento clínico, cirúrgico, pediátrico, materno infantil e terapia intensiva,

Ocorreu a sensibilização quanto ao tema de pesquisa dos profissionais de enfermagem e assim emergindo as segundas vítimas, participaram 12 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem, que foram contatados em seu local de trabalho, a entrevista foi realizada em outro momento, conforme disponibilidade do entrevistado. O Termo de Consentimento para a participação foi assinado no momento inicial da entrevista. Os critérios de inclusão compreenderam: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem atuante na instituição e ser segunda vítima. Os critérios de exclusão foram limitados à ausência do trabalhador no local e no momento da coleta de dados devido a férias ou licença saúde no período da realização da coleta de dados e ser profissional de enfermagem que não atuou na assistência direta de paciente.

A coleta de dados foi realizada de novembro de 2021 a janeiro de 2022, através de entrevista individual áudio gravada, semiestruturada, com questões fechadas para caracterização dos participantes e abertas relacionadas ao objeto de estudo. Realizou-se as transcrições na íntegra, para posterior conferência. Para garantir o anonimato, os discursos foram identificados por P (profissional), seguidas de numeral sequencial (1, 2 e etc.) sem distinção de classe profissional.

Os dados foram tratados conforme a análise textual discursiva, a qual constitui-se de um processo de três etapas: a desmontagem dos textos (unitarização); o estabelecimento de relações (categorização); e as novas compreensões (comunicação).²³ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida, e seguindo os princípios éticos da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O caminho metodológico foi pautado na lista de verificação no Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), no entanto alguns itens não foram plenamente atendidos: notas de campo, devolução de transcrições e uso de software.²⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 20 participantes da pesquisa, 17 eram sexo feminino e três do masculino, com idades variando de 27 anos a 55 anos, no tempo de atuação na enfermagem, a variação foi de dois a 25 anos. Quanto ao turno de atuação: manhã (10), tarde (4), diurno (3), noite (1) e misto de manhã, tarde e noite (1). Conforme a tabela 1 das unidades de sentido duas categorias emergiram para compreender o impacto no profissional de enfermagem como segunda vítima: sentimentos das segundas vítimas; e, impacto na trajetória profissional e no ambiente de trabalho.

Quadro 1 – Unidades de sentido distribuídas nas categorias de impactos no profissional de enfermagem como segunda vítima.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
Sentimentos das segundas vítimas	Culpa, medo e vergonha Sensação desagradável Estresse Consciência pesada Responsabilidade
Impactos na trajetória profissional e no ambiente de trabalho	Dúvida da habilidade Dúvida de ser bom profissional Falta de confiança própria Falta de confiança na equipe Auto julgamento Medo do julgamento dos outros Hiper vigilância Aprendizado e motivação de melhora

Fonte: próprio autor (2023).

Sentimentos das segundas vítimas

Nesta categoria foram apresentados os sentimentos referenciados pelos profissionais de enfermagem envolvidos em incidente de segurança do paciente. Os achados mostram os sentimentos negativos, sendo a culpa o mais relatado, assim como o entendimento de que erros poderiam acontecer, elucidando o ser humano como falível. O medo e preocupação também foram relatados, tanto pelo que poderia acontecer com o paciente, quanto pelo incidente se repetir no futuro, gerando insegurança. Também foi elucidada a dúvida e a vontade de não relatar o erro, porém mesmo assim o fizeram pois entendiam que poderia gerar mais prejuízos ao paciente.

Eu me senti muito culpada, muito mal, muito mal, fiquei triste, chorei. (P16)

Eu me sentia culpado sim, mas depois eu já tinha maturidade de saber que aquilo podia acontecer(...) (P20)

(...) fiquei apavorada, preocupada que pudesse dar alguma coisa [no paciente]. (P2)

(...) o medo assim, e aí tu ficas mais insegura naqueles dias próximos, depois tu já vais(...) com bastante medo de errar de novo. (P13)
(...) eu errei, vou ser demitido, o que vai acontecer, eu vou perder meu Coren, isso acaba prejudicando o próprio paciente(...) (P3)

Os sintomas negativos de nível emocional como a culpa e medo podem influenciar negativamente no bem-estar e a aptidão ao trabalho dos profissionais de saúde,²⁵ sendo estes sentimentos alimentados pela cultura punitiva sustentadas de forma hegemônica nas instituições de saúde.²⁶

A cultura justa ocorre quando os gestores e trabalhadores não têm medo da comunicação do erro, pois esse possibilita a mudança dos processos, uma vez que entendem que o erro não intencional não ocorre somente pela falha do indivíduo, mas pela complexidade do sistema onde se está inserido. Assim, a abordagem punitiva não previne novos incidentes, pois propicia a ocultação dos erros.²⁶⁻²⁷ Os sentimentos conflitantes que o indivíduo envolvido em incidente, os impactam negativamente e são definidos pelo estresse, sensação desagradável e consciência pesada, pois entendem que assistência à saúde não deveria causar dano ao paciente e se sentem impotentes em razão da dependência da equipe para chegar a uma solução e realizar uma assistência segura.

Sim, bem estressada assim, bem preocupada (...) (P2).
(...) consciência pesadíssima (...), de certa forma o paciente também era minha responsabilidade. (P4)
É bem desagradável, a gente espera sempre que a assistência seja realizada da melhor forma possível. (P6)
(...) muitas vezes não depende de você, depende de outras pessoas, e não é uma sensação de incompetência, mas é uma sensação de impotência. (P6)
(...) eu me senti (...) impotente, (...) ver uma solução para aquilo ali, para que não se repetisse, com mais pacientes. (P11)

Embora acredite-se que inadequadas condições de trabalho têm coparticipação na produção recorrente do incidente, é preciso desmistificar que o erro é somente do profissional da saúde, mas que a instituição também é responsável. No entanto tal constatação nem sempre é considerada quando os erros são julgados pelo conselho de classe ²⁸ podendo gerar nos trabalhadores o sentimento de impotência. Os sentimentos negativos estavam presentes mesmo quando o envolvimento no incidente era através da equipe, pelo entendimento de responsabilidade e comprometimento com o grupo.

(...) não era meu paciente (...), mas de certa a gente se sente culpada. (P5)

(...) me senti junto lá com aquela culpa (...) e a gente confia na equipe nesse sentido, mas nem todos tem conhecimento de tudo, e aí pode acontecer. (P9)

(...) eu não pensei que você como responsável, assim pela equipe como enfermeiro (...) achei que eu estaria tranquilo, sabe, quando isso acontecesse, mas não, me senti muito mal, fiquei mal alguns dias. (P14)

Para o estabelecimento de uma cultura de segurança positiva, o trabalho em equipe é fundamental e deve ser centrado no respeito, pois corresponde ao apoio que oferecem uns aos outros, no intuito de promover melhoria na qualidade da assistência.²⁶

Impacto na trajetória profissional e no ambiente de trabalho

No questionamento de sua habilidade como um bom profissional, a insegurança se mostrou presente, evidenciada pela preocupação com a vida do outro e se a escolha da profissão foi a adequada.

(...) tu acabas se expondo a esse tipo de situação e às vezes tu reflete se aquilo é para tua vida mesmo, essa profissão, se tu tens capacidade para exercer aquilo. (P1)

(...) na hora a gente fica pensando assim: será que perdi a mão? Tô na profissão errada, tô lidando com vida, e se tivesse acontecido alguma coisa, na hora a gente pensa tudo isso. (P2)

(...) eu quase desisti do meu trabalho, porque eu acabei sofrendo com aquilo que eu fiz (...)(P16)

As dúvidas sobre habilidade profissional e conhecimento técnico para prestar assistência podem afetar a segurança da paciente, pois esse profissional tem mais chances de se envolver em um novo incidente.³ Entretanto, o estudo do fenômeno da segunda vítima não visa isentar a responsabilidade do profissional, mas oportunizar a não recorrência do erro, assim como, possibilitar a permanência no mercado desse trabalhador qualificado.²⁹ No presente estudo, também se verificou que o envolvimento com o incidente despertou a falta de confiança em si e na equipe, de forma que os profissionais passaram a ser mais vigilantes no processo de cuidar.

(...) a gente acaba que revisando uma, duas, três vezes, vai lá olha, checa se está correto mesmo (P6)

(...) no final tu acaba ficando mais pressionando aquela pessoa ali, para ficar mais atenta a ela (P9)
(...) porque ela não era nova, e ela fez, imagina eu nova(...)(P12)
(...) começa prestar mais atenção no que os outros estão fazendo, (...) dependendo da situação tu passa a ser quase como um policial atrás do teu funcionário às vezes. (P17)

O medo de futuros erros podem ser evidenciados pelo controle excessivo, assim prejudicando a eficiência dos profissionais de saúde e consequentemente aumentando a possibilidade de novos erros.²⁵ Uma vez que a cultura punitiva está instalada nos processos de trabalho, o crédito do erro é depositado no profissional de saúde e para que se mude este paradigma, as responsabilidades devem ser compartilhadas.²⁷ Os erros dos profissionais da enfermagem que passaram por ações ético disciplinares do conselho de classe tiveram como ação geradora falhas estruturais pelas condições de trabalho, desmistificando o erro como individual.²⁸

Após o envolvimento com o incidente, os profissionais relataram que necessitam de um tempo de reflexão e que este período foi útil para amenizar os questionamentos internos e perda de confiança em si, prevenindo assim novas situações de incidentes semelhantes.

(...) eu me senti bem nervosa então acho que as nossas percepções e atitudes acabam sendo comprometidas depois de um evento desses, você já não raciocina mais com tanta clareza, por isso que eu não fui nem capaz de chegar para paciente para conversar com ela no mesmo dia(...)(P14)
(...) me petrifiquei, tive vontade de desistir, mas depois passou, esse a paciente ficou bem e consegui retornar às minhas atividades tranquilamente. (P16)

O impacto na segunda vítima leva a dificuldades sociais e no trabalho, uma vez que influencia negativamente a cognição como dificuldade de concentração no trabalho e pensamentos introspectivos.²⁵ O julgamento próprio, dos pares e do paciente como forma de sofrimento foi evidenciado pelos discursos dos profissionais de enfermagem envolvidos em incidente.

(...) eu acho que os colegas, também meio que botam em dúvida a sua capacidade de trabalho, não que isso seja exposto claramente assim, eu acho que gera meio que um clima ruim no ar (...)(P1)
Você tem assim uma crítica velada, um preconceito velado, um rótulo muitas vezes, que tipo você fez isso (...)(P20)
Acho que assim, num primeiro momento é aquela apontação de dedo sabe, foi fulano, foi ciclano. (P9)

(...) eu sempre digo para que a enfermagem é vitrine, a gente fica muito mais exposto (...) até o próprio familiar, (...) gera toda uma desconfiança, do nosso trabalho, um descrédito do nosso trabalho (...) (P13)

(...)a fulana errou, fez errado, onde se viu, não presta atenção, enfim... há tu sabes que eu fulano foi lá e fez tal medicação no paciente e aconteceu isso, isso e isso. (P13)

A gente acaba duvidando assim, e principalmente quando as pessoas falam essas coisas, que é absurdo e, não sei o quê, não sabe ler; então você se sente mal e acaba mesmo se sentindo mal como profissional, meio incapaz, (...) (P14)

(...)o grau de culpa que as pessoas colocam sobre ti é muito maior do que realmente é, então tu te sentes mal(...) (P20)

A dificuldade de relatar o erro ainda persiste pelo medo da reação do outro, do julgamento,^{21,25} além da possibilidade de não se sentirem à vontade pelo autojulgamento e pelo clima organizacional, gerando tensões entre os pares onde deveria haver o apoio mútuo,²⁵ nos quais os incidentes deveriam ser debatidos de maneira clara, não punitiva e não julgadora.³⁰

Como resposta para seguir em frente e não desistir da carreira, os profissionais encontraram uma forma para superar o impacto do envolvimento com o incidente, aumentando a atenção e a vigilância na prestação do cuidado exercido por ele próprio e pelos colegas. Apesar disso, é importante ressaltar que apenas a vigilância na prestação do cuidado não garante a segurança, sendo imprescindível a análise e a revisão dos processos de trabalho após a ocorrência de um incidente. Ainda, destaca-se que o excesso de vigilância aplicado de forma isolada, sem a modificação de tais processos na prática, pode conduzir o trabalhador à sobrecarga e ao estresse, aumentando a possibilidade de incidentes

Acabei observando mais o trabalho dos outros colegas para que não acontecesse com eles também. (P1)

(...) desse dia em diante eu adotei uma postura diferente (...) eu fui me policiando do jeito que eu trabalho(P7)

acho que fez com que eu prestasse mais atenção e chamasse mais atenção da equipe, nessas situações (...) (P15)

A hipervigilância mostra-se como um sintoma persistente do fenômeno segunda vítima, no qual o profissional fica mais atento para situações futuras.³ Nesse sentido, a identificação das situações de risco é de extrema importância para que se estabeleça a cultura de segurança, pois foca na prevenção do erro.²⁵

Contudo, é necessário que haja mudanças comportamentais para além de treinamentos com informações técnicas.³¹

Ainda, como resposta ao incidente para seguir em frente, avançando para uma melhora na qualidade da prestação do cuidado, as situações serviram de aprendizado e motivação.

(...) ele motivou a fazer um trabalho melhor. (P2)

(...) contribuiu para melhorar na verdade, a minha atenção com meu trabalho, porque nem sempre os erros refletem de forma negativas, porque tem que absorver digamos que como uma oportunidade de aconteceu o erro, aconteceu, agora é ficar mais atento nos próximos que for vir a ocorrer. (P4)

(...) todas as situações ruins que acontece na minha vida eu sempre tento a fazer com que elas tragam algo bom, (...) então hoje eu faço várias estratégias para não acontecer, então eu acho que de tudo, trouxe esse lado positivo (...) para não cometer o erro de novo (...) (P13)

Devemos aprender de forma contínua e evolutiva, melhorar a gestão e tratamento do evento,²⁶⁻²⁷. No entanto, a evolução da cultura de aprendizagem só estará presente quando alicerçada em uma cultura de segurança madura, tornando a aprendizagem proativa na melhoria e identificação dos processos inseguros com intuito de prevenir o erro.²⁶ O desenvolvimento de programas de apoio a segunda vítima serve para que elas percebam o que aconteceu e tenham subsídios para continuar a desenvolver um cuidado de qualidade.²¹

CONCLUSÃO

Os impactos para o profissional de enfermagem que se envolveu em evento de segurança do paciente podem ser compreendidos através do sentimento de culpa do fato em si, medo do desfecho ao paciente e as das consequências para si, e vivenciando estes sentimentos mesmo enquanto líder da equipe e não executando o ato do incidente em si.

A compreensão também envolveu o impacto na trajetória profissional, onde os profissionais de enfermagem, quando envolvidos em incidente de segurança do paciente, questionaram a habilidade de ser um bom profissional, assim como o seu desempenho no trabalho e sentiram o julgamento dos pares, do paciente e dos cuidadores do paciente; assim como o autojulgamento.

Em resposta a esses impactos, os profissionais de enfermagem decidiram seguir em frente por meio de estratégias de aumento da atenção, pois tem medo de ocorrer situações futuras. Essa vigilância se estende para além dos seus atos, incorporando também a equipe nessa precaução. No entanto, manter essa vigilância durante a jornada de trabalho poderá ser exaustivo, causando uma sobrecarga mental e evidenciando esse mecanismo de adaptação falho, se o processo em que o incidente se instalou não for revisado.

Ainda como forma de superar o evento de segurança do paciente, os profissionais de enfermagem o utilizaram para motivar mudanças e melhorias na prestação do cuidado, através do aprendizado com os erros e estabelecimento de estratégias de como lidar com eles no futuro. Como limitações do estudo, salienta-se a baixa adesão de participantes, uma vez que a cultura de segurança do paciente ainda não se encontra consolidada na instituição pesquisada e, portanto, os profissionais ainda apresentam ressalvas quanto à temática.

REFERÊNCIAS

- 1 WHO. Organização Mundial da Saúde. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Genebra: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-003270-5
- 2 Graboys V, Rosa MB. Learning with the wisdom of the front line care. Rev Gaúcha Enferm. 2019. [cited 2022 Sep 08]; 40(esp):e20180487. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180487>.
- 3 Vanhaecht K et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm:a cross-sectional study in the Netherlands. BMJ Open, v. 9, n. 7, 2019. [cited 2022 sep 08]; e029923. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>
- 4 Wu, AW. Medical error: the second victim. BMJ. V.320. p.726-727, 2000. [cited 2022 sep 05]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117748/pdf/726.pdf>
- 5 Ozeke O et al. Second victims in health care: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice. 2019. [cited 2022 sep 05]; 10 593–603. DOI: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>

- 6 Scott SD et al. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf HealthCare*. 2009. [cited 2022 sep 08]; 18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870
- 7 Kim EM et al. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *Journal of Patient Safety*, 2020. [cited 2022 sep 15]; 16(3):179-186. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000466
- 8 Chen J et al. Psychometric validation of the Chinese version of the Second Victim Experience and Support Tool (C-SVEST). *Journal of Nursing Management*. 2019. [cited 2022 sep 15]; 01-7. DOI: 10.1111/jonm.12824 2019
- 9 Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 2021. [cited 2022 sep 17]; 31 (6): 334-343 DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.12.042
- 10 Scarpis E et al. The Second Victim Experience and Support Tool: A Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation in Italy (IT-SVEST). *Journal of Patient Safety*. 2022. [cited 2022 sep 17]; 18(2): 88-93 DOI: 10.1097/PTS.0000000000000812
- 11 Sordi LP et al. The second victim experience: cross-cultural adaptation of an instrument for the Brazilian context. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2022. [cited 2022 sep 19]; 43:e20210010 DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.en>
- 12 Koca A et al. Validation of the Turkish version of the second victim experience and Support Tool (T-SVEST). *Heliyon*. 2022. [cited 2022 sep 19] 7;8(9):e10553 DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e10553
- 13 Kamaruzaman AZM et al. Translation and Validation of the Malay Revised Second Victim Experience and Support Tool (M-SVEST-R) among Healthcare Workers in Kelantan, Malaysia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022. [cited 2022 sep 19]; 19(4), 2045; DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19042045>

- 14 Knudsen T et al. Validation of the Danish version of the Second Victim Experience and Support Tool. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022. [cited 2022 sep 19] 50(4):497-506. DOI: 10.1177/14034948211004801.
- 15 Ajoudani F, Habibzadeh H, Baghaei R. Second Victim Experience and Support Tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *International Nursing Review*. 2021. [cited 2022 sep 20] 68(1):34-40. DOI: 10.1111/inr.12628
- 16 Strametz R et al. Validation of the German Version of the Second Victim Experience and Support Tool—Revised. *Journal of Patient Safety*. 2022. [cited 2022 sep 20] 18(3):182-192. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000886
- 17 Edrees HH, Wu AW. Does One Size Fit All? Assessing the Need for Organizational Second Victim Support Programs. *Journal of Patient Safety*. 2021. [cited 2022 aug 30]; 17(5): 247-254 DOI: 10.1097/PTS.0000000000000321
- 18 Choi EY et al. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. *J Adv Nurs*. 2022. [cited 2022 aug 20] 78(9):2872-2883. DOI: 10.1111/jan.15221
- 19 Huang R et al. Second-victim experience and support among nurse in mainland China. *Journal of Nursing Management*. 2022. [cited 2022 aug 25] 30(1), 260-267. DOI: 10.1111/jonm.13490
- 20 Paula AG et al. Second victim support programs and their impacts: integrative review. *Nursing*. v. 25, n. 284. 2022. [cited 2022 aug 24] DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i284p6953-6968>
- 21 Pimenta IR. Apoio aos profissionais de saúde: a exposição a incidentes de segurança do doente e a existência de estruturas de suporte. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde). 2021. Lisboa (PT): Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve
- 22 Quadros DV et al. Modeling of adult patient falls and the repercussions to Nursing as a second victim. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022 [cited 2022 aug 12] DOI: <https://doi.org/10.1590/1518- 8345.5830.3618>
- 23 Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2016. – 264 p. – (Coleção educação em ciências). E-book ISBN 978-65-86074-19-2 (digital)

- 24 Souza VRS et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021. [cited 2022 sept 25] 34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
- 25 Busch IM et al. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf.* 2020 [cited 2022 aug 08] 16(2):e61- e74. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000589.
- 26 Lemos GC et al. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2018. [cited 2022 aug 05] 8:e2600. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
- 27 Romero MP et al. Patient safety, quality of care and ethics of health organizations. *Rev. Bioét.* 2018. [cited 2022 aug 03]; 26(3) p 333-342. DOI: 10.1590/1983-80422018263252
- 28 Silva SH et al. Error-producing conditions in nursing staff work. *Rev Bras Enferm.* 2018 [cited 2022 aug 05]; 71(4):1858-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0192>
- 29 Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021. [cited 2022 aug 01];55:e03669. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>
- 30 Tartaglia A, Matos MAA. Second victim: after all, what is this? *Einstein.* 2020. [cited 2022 sep 06] ;18:1-3. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020ED5619
- 31 Wu AW, Busch IM. Patient safety: a new basic science for professional education. *GMS J Med Educ.* 2019 [cited 2022 aug 10]; 36(2):Doc21. DOI: 10.3205/zma001229

5.2 ARTIGO 2

Apoio organizacional para profissionais de enfermagem envolvidos em um incidente de segurança do paciente

RESUMO

Objetivo: Conhecer as formas de apoio organizacional para redução do sofrimento pessoal e profissional de profissionais de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente. **Método:** Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, com 20 profissionais de enfermagem em hospital universitário do Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre novembro de 2021 e janeiro de 2022, através de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio e analisadas a partir da análise textual discursiva, pautada nas concepções teóricas sobre segunda vítima. Obteve-se aprovação do comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** Os dados foram categorizados a priori conforme os cinco direitos da segunda vítima: tratamento justo; respeito; compreensão e compaixão; cuidados de apoio; e transparência e oportunidade de melhora; considerando o apoio: ofertado e desejado. **Conclusão:** O apoio organizacional efetivo deve estar embasado na realidade cultural da instituição respeitando os direitos da segunda vítima. **Implicações para a prática:** Os resultados apresentados podem servir de subsídio para elaboração de estratégias de apoio à segunda vítima. **Descritores:** Segurança do paciente; Assistência à saúde; Gestão em saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To know the forms of organizational support to reduce the personal suffering of nursing professionals after being involved in a patient safety event. **Method:** Qualitative, exploratory-descriptive research with nursing professionals at a university hospital in southern Brazil. Data were collected between November 2021 and January 2022, through semi-structured interviews recorded in audio and analyzed from discursive textual analysis, with a theoretical framework of the rights of the Second Victim and approved by the ethics committee. **Results:** Data were categorized into support offered and support desired, considering the five rights of the second victim: fair treatment; respect; understanding and compassion; supportive care; and transparency and opportunity for improvement. **Conclusion:** Effective organizational support must be based on the cultural reality of the institution, respecting the five rights of the Second Victim. **Implications for practice:** Serve as a subsidy for the elaboration of strategies to support the Second Victim. Descriptors: Patient safety; Delivery of health care; Health management; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las formas de apoyo organizacional para reducir el sufrimiento personal de los profesionales de enfermería después de verse involucrados en un evento de seguridad del paciente. **Método:** Investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva con profesionales de enfermería de un hospital universitario del sur de Brasil. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2021 y enero de 2022, a través de entrevistas semiestructuradas grabadas en audio y analizadas a partir del análisis textual discursivo, con marco teórico de los derechos de la Segunda Víctima y aprobadas por el comité de ética. **Resultados:** Los datos fueron categorizados en apoyo ofrecido y apoyo deseado, considerando los cinco derechos de la segunda víctima: trato justo; respeto; comprensión y compasión; cuidados de apoyo; y transparencia y oportunidad de mejora. **Conclusión:** El apoyo organizacional efectivo debe estar basado en la realidad cultural de la institución, respetando los cinco derechos de la Segunda Víctima. **Implicaciones para la práctica:** Servir de subsidio para la elaboración de estrategias de apoyo a la Segunda Víctima. Descriptores: Seguridad del paciente; Atención a la salud; Gestión en salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A segurança nos processos de saúde segue sendo um desafio internacional, uma vez que a ocorrência de incidentes de segurança do paciente pode causar implicações que variam desde a incapacidade funcional ao óbito do indivíduo e são, muitas vezes, evitáveis. Assim, embora a prática assistencial possua riscos inerentes em decorrência da complexidade de procedimentos e do próprio sistema de saúde em si, a infraestrutura do estabelecimento de saúde e os recursos disponíveis para os profissionais podem influenciar na ocorrência de erros assistenciais.¹

Nesse sentido, quando acontece uma falha assistencial, é preciso considerar que a assistência acontece a partir de uma rede de ações e processos complexos

que ocorrem antes da intervenção direta do profissional ao paciente. Condições inadequadas de trabalho podem influenciar nessa ocorrência, evidenciando que deficiências nos sistemas de saúde podem implicar em maiores índices de eventos de segurança do paciente.¹ Ainda que o paciente seja afetado diretamente e, portanto, seja considerado a “primeira vítima” desse incidente, os profissionais de saúde também sofrem as consequências desses erros.²

O profissional de saúde envolvido em um incidente, traumatizado por essa experiência ou não sendo capaz de lidar emocionalmente com a situação, caracteriza-se como segunda vítima.⁴ As reações da segunda vítima ao incidente podem ser reações psicológicas, cognitivas e/ou físicas, sendo descritas como únicas de intensa desordem emocional e tendo impacto nas relações sociais, culturais, emocionais, espirituais e físicas.^{6,8}

Desse modo, conhecer como ocorre o incidente com intuito de evitá-lo é a base para sua compreensão, assim como entender o fenômeno da segunda vítima para mudança de padrões e fomentar os ambientes de trabalho mais saudáveis.^{7,9} A compreensão da formação do fenômeno da segunda vítima deve abranger especialmente a resposta traumática do profissional de saúde que se envolve em incidente durante a assistência em saúde, onde este indivíduo vivencia sensações como vergonha, culpa, ansiedade; podendo manifestar insatisfação, burnout e estresse traumático; e podendo resultar em reações físicas.⁶

O apoio organizacional e a forma como será conduzido terá impacto na segunda vítima e no seu processo de recuperação,^{8,10} podendo melhorar a qualidade da atenção à saúde, fortalecendo o emocional dos profissionais de saúde e construindo uma relação de confiança entre a instituição e os trabalhadores.¹⁰

O fenômeno da segunda vítima reflete no trabalho em equipe, na segurança do paciente e na capacidade de prestar cuidados de qualidade, pois o envolvimento em sentimentos negativos, pode implicar em um novo incidente; e os sintomas relatados pelas segundas vítimas aumentam proporcionalmente conforme o dano ao paciente.³

A aceitação da responsabilidade de que há outros atores envolvidos no incidente e o apoio organizacional à segunda vítima de nenhuma maneira a exime da responsabilidade do ato em si.⁸ Ao admitir que até os melhores profissionais cometem erros, as instituições assumem a responsabilidade sobre o cuidado

seguro, uma vez que este está diretamente relacionado aos processos de trabalho instituídos.⁶⁻¹¹⁻¹²

O suporte organizacional à segunda vítima é diverso, pode incluir programas, guias, ferramentas e intervenções, sendo definidos a partir do interesse das instituições com a saúde do trabalhador e segurança do paciente. Os suportes apresentados na literatura internacional se assemelham, quanto à origem, estrutura, acesso, composição e objetivo, buscando começar a atender esta segunda vítima o mais rápido possível.⁷

O suporte deve estar embasado na forma como as segundas vítimas reagem na instituição. E deve manter ampla divulgação dos serviços de apoio ofertados e estudos do seu impacto através de ferramentas validadas.¹³⁻¹⁴ O Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) é uma ferramenta que serve como suporte complementar com intuito de prevenir e/ou diminuir os impactos negativos na segunda vítima, e também para avaliação dos programas existentes,¹⁵. O SVEST é aceito internacionalmente e traduzido transculturalmente para diversos países: Coreia,¹⁶ China,¹⁷ Pérsia,¹⁸ Espanha,¹⁹ Itália,²⁰ Brasil,²¹ Turquia,²² Malásia,²³ Dinamarca²⁴ e Alemanha.²⁵

Os direitos da segunda vítima também são relatados na literatura, definidos como TRUST (confiança) e propostos em cinco dimensões: tratamento justo, que envolve a verificação das falhas na organização do trabalho que poderiam inclinar ao erro, não devendo presumir negligência; respeito, onde todos são vulneráveis e suscetíveis ao erro, evitando culpar ou envergonhar; compreensão e compaixão, onde a segunda vítima precisa de tempo para processar psicologicamente a falha que involuntariamente prejudicou o paciente, através da empatia; cuidados de apoio, oferta de serviços psicológicos de forma profissional e organizada, como seria ofertado a qualquer outro paciente; e, por último, transparência e oportunidade de melhorar o aprendizado com o erro, com conversas sobre o ocorrido, promovendo o ambiente onde o fato possa ser comunicado para que assim o erro possa se transformar em aprendizado e aperfeiçoamento do processo.¹⁹⁻²⁷

Considerando os direitos da segunda vítima e a sua resposta frente ao incidente, propõe-se o investimento neste profissional qualificado a fim de evitar a recorrência do erro e permitindo que ele permaneça no mercado de trabalho, através de cultura justa e apoio organizacional.^{5,8,10,19-27}

As estratégias de apoio às segunda vítima no âmbito internacional foram apresentadas em diversas modalidades, com ações individuais e coletivas, de atendimento sistematizado sendo exemplos os programas for YOU, Resilience in Stressful Events (RISE), Medically Induced Trauma Support Services – MITSS e o Center for Professional and Peer Support (CPPS).⁸ A realidade brasileira demonstra a escassez literária sobre suporte organizacional a segunda vítima e que descrevam o impacto sob os profissionais de saúde,⁸⁻¹³ destacando a iniciativa do hospital Albert Einstein com o Guia do Episódio de Cuidado Segunda Vítima, com diagrama de atendimento visando o acolhimento, troca de experiências, proporcionando a segurança do paciente e retorno às atividades laborais.²⁹

Considerando os eventos de segurança do paciente e seu impacto na práxis do cuidado da equipe de enfermagem, uma vez que a equipe de enfermagem presta cuidados aos pacientes de forma direta e ininterrupta nas instituições de saúde, podendo envolver-se diretamente em um incidente, este estudo tem como **objetivo** conhecer as formas de apoio organizacional para redução do sofrimento de profissionais de enfermagem como segunda vítima de incidentes segurança do paciente.

METODOLOGIA

Pesquisa descritivo-exploratória, de caráter qualitativo. A investigação foi realizada junto a um Hospital Universitário (HU) no Sul do Brasil, vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com aproximadamente 200 leitos distribuídos em atendimento clínico, cirúrgico, pediátrico, materno infantil e terapia intensiva. O hospital universitário possui 419 funcionários atuando na equipe de enfermagem, sendo 147 enfermeiros e 272 técnicos de enfermagem. Participaram da pesquisa 12 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem.

Os critérios de seleção compreenderam: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem atuante na instituição e ter vivenciado pelo menos um incidente de segurança do paciente. Como exclusão, foram limitados à ausência do trabalhador no local e no momento da coleta de dados devido a férias ou licença saúde no período da realização da coleta de dados, ser profissional de enfermagem que não atuou na assistência direta de paciente. Os participantes foram contatados em seu local de trabalho e sensibilizados quanto ao tema de pesquisa, e após o

consentimento da participação, a entrevista foi realizada em outro momento, conforme disponibilidade do entrevistado.

A coleta de dados foi realizada de novembro de 2021 a janeiro de 2022, através de entrevista individual gravada em áudio, a partir de um roteiro semiestruturado, com questões fechadas para caracterização dos participantes e abertas relacionadas ao objeto de estudo. Foram realizadas as transcrições na íntegra, e para garantir o anonimato foram identificadas as falas por P (profissional), seguidas de numeral sequencial (1, 2 e etc.) sem distinção de classe profissional.

Os dados foram tratados conforme a análise textual discursiva, constitui-se de um processo de três etapas: a desmontagem dos textos (unitarização); o estabelecimento de relações (categorização); e as novas compreensões (comunicação).²⁹, utilizando-se o referencial teórico dos direitos da segunda vítima.¹⁹

O estudo seguiu os princípios éticos da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 30 de dezembro de 2020 (CAAE: 39371720.30000.5324).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram categorizados a priori conforme os cinco direitos da segunda vítima: tratamento justo; respeito; compreensão e compaixão; cuidados de apoio; e transparência e oportunidade de melhora;²² e como sub categorias: apoio ofertado, isto é, o que disponibilizado pela instituição e, apoio desejado, com as aspirações dos profissionais de enfermagem.

Tratamento Justo

A maior parte dos participantes relatou que a chefia direta e os pares ofertaram tratamento justo, seja por meio de relato de experiências anteriores ou presumindo que a falha na organização do trabalho poderia afetar qualquer pessoa envolvida na tarefa.

[os pares] a experiência deles, também nada de que o desfecho tenha sido de morte ou coisa assim não, mas alguns erros que já aconteceram com medicação e que eu ficasse tranquila, que isso era uma coisa que a gente ficava mais atenta depois. (P2)
o enfermeiro da unidade me apoiou, os técnicos conversaram comigo, mesmo porque estava todo mundo no mesmo ritmo de serviço, estava todo mundo atarefado e isso poderia ter acontecido com qualquer pessoa. (P7)

(...) todo mundo quando viu ali, a gente até debateu que não poderia ocorrer, então todo mundo prestou apoio mesmo, que não pode ocorrer esse tipo de situação né. (P10)

A gente na verdade, se apoiou porque, é uma situação que não, tipo, não era, não foi um erro meu né, e foi um erro da equipe, bem dizer, o cuidado seria da equipe, a gente se apoio bastante. (P11)

Como fonte de suporte, a enfermagem busca recorrer a alguém em quem confia, um familiar ou colega experiente, com capacidade de compreender a dinâmica do evento, sendo um benefício mútuo, proporcionando um ambiente amistoso,⁷ e assim os direitos de tratamento justo, de respeito, de compreensão e compaixão, podem ser estabelecidos com o apoio dos pares.^{13,19}

Contudo, houve relato de situações em que o direito a tratamento justo foi ferido, uma vez que a chefia não assumiu que as falhas na organização do trabalho poderiam ocasionar o erro.

(...) que a gente, que eu tinha feito o que era correto, pediu para que a gente esperasse, e... disse que essas coisas [falhas] que eu pontuei não são, não tem que ser levado em conta, porque tinha que ter lido a prescrição direito (...) (P14)

Em um estudo sobre a percepção de profissionais de saúde da cultura de segurança, evidenciou que diversos fatores na estrutura organizacional podem desencadear o erro na assistência a saúde.³³ Então promover a mudança da cultura punitiva frente aos erros é necessário, considerando que podem estar relacionados a falhas estruturais do sistema de saúde.¹⁻³³

Demonstram desejo ao direito a tratamento justo, que seja respeitado como um todo, reforçando a necessidade de que as chefias e a equipe de saúde reconheçam que as falhas na organização do sistema de saúde podem levar ao erro e que a instituição promova a cultura de segurança nas suas equipes.

Orientações precisas, por exemplo do que poderia acontecer, entendeu, é informação(...) é que a chefia reconhecesse que todas essas coisas influenciam, quando a pessoa está trabalhando e tem que dar conta de uma demanda muito maior né, trabalhar sob pressão. (P14)

Apoio para equipe, eu acho que comunicação e o diálogo é sempre uma forma fácil, barata e que mostra resultados, (...) uma roda de conversa entre a equipe, com alguém é, ou com o gestor, ou então com alguém que tenha a vivência de segurança do paciente, para orientar e alertar que a culpa não é de fulano de tal, de sicrano, e sim, é um evento que nós somos vítimas, o paciente é vítima, mas também somos vítimas, de, estamos também dentro da segurança do paciente

(...) eu acho que tem esse apoio desta conversa mesmo, eu acho que uma forma de melhorar isso, seria melhorando os vínculos da comunicação. (P18)

A compreensão dos erros serem além de falhas individuais pelos gestores pode auxiliar na identificação de potencialidades e fragilidades quanto a sua equipe, criando um ambiente de confiança em que é possível prevenir os eventos relacionados ao paciente a partir da capacitação e da educação dos profissionais de saúde.^{1- 33} No entanto uma cultura sem culpa, não significa sem responsabilidade individual, pois atribuir a responsabilidade somente a instituição pressupõe a uma falsa imunidade moral.²⁷

Respeito

O direito ao respeito também foi demonstrado pelos pares e chefia imediata, que evitaram culpar e/ou envergonhar, com o mesmo comportamento que gostaria de ser acolhido, percebido mesmo quando as chefias solicitaram maior atenção para que o incidente não se repetisse.

Não necessariamente apoio, mas também não sofri rejeição assim com relação a isso, foi meio que nulo assim. (P1)

(...) eles [chefia] são bem acolhedores, chamam a gente, o que precisar estão dispostos a ajudar(...) (P5)

Sim, assim, quando a gente fala com a equipe, a gente sempre tem um bom retorno. (P6)

(...) a gente enquanto equipe tem que se apoiar (...) eu tentei apoiar a menina que fez (...) foi que nem eu falei um conjunto de erros(...), mas eu não costumo apontar assim, eu tentei enquanto enfermeira da equipe né não ficar apontando, tentar dar um apoio(...) (P9)

(...) [chefia] mas participou junto com a gente para tentar resolver, tentar minimizar o problema né, que a solução a gente não conseguiu, uma solução efetiva, mas ele tentou minimizar. (P11)

(...) ela [chefia] veio e conversou comigo, disse que isso era uma coisa comum, que eu tinha sempre que cuidar, ter atenção que aquilo era um aviso, que era pra mim nunca mais errar, ela disse olha isso aconteceu foi um erro pequeno, um erro que não teve um desfecho mais grave, e isso aconteceu contigo para ti nunca mais errar na vida. (P13)

(...) ela [chefia] me apoiou assim, em termos de não, para mim não me sentir tão culpada né porque a coisa acontece, mas ela também me falou, a gente tem que sempre prestar mais atenção né. (P19)

Os profissionais da saúde quando envolvidos em eventos evitáveis e não intencionais têm direitos, e estes deveriam ser respeitados pelos gestores, que detém o poder de decisão na instituição.¹⁹ O apoio institucional não pretende isentar

a responsabilidade da segunda vítima,^{8,27} mas sim estabelecer um contato com este profissional, buscando estabilizar os efeitos negativos, e assim evitar a recorrência do erro e manter o profissional no mercado de trabalho.⁸

Os participantes relataram que desejam um suporte embasado no respeito, uma vez que qualquer profissional está vulnerável a falhas, ansiando que será tratado dignamente e não será envergonhado.

(...) buscar uma alternativa, sentir que o ambiente é seguro para o profissional falar não, eu errei(...) (P3)

Olha eu gostaria primeiro que fosse tratado as pautas, não tipo assim, ir julgando a pessoa(...)(P3)

que não me desprezasse assim, que me acolhesse, me orientasse, não me assim entendesse, não te largo de mão ou sei lá, uma conversa, uma coisa assim que não te deixa solta, acho que seria isso, um acolhimento mesmo, na verdade. (P8)

Olha, na verdade assim, eu gostaria de ser bem atendida, porque tu jamais tu vais fazer um negócio por fazer, de propósito. Se tu errar e as pessoas ficarem te julgando porque tu errou., A gente é ser humano, a gente erra pra caramba, qualquer um de nós (P12)

Tal suporte deve partir da visão do modelo sistêmico, possibilitando uma maior transparência das atitudes dos profissionais da saúde e, assim, buscando conhecer a casuística do erro. Logo, deverá atuar sobre esta falha, e proporcionar aumento na segurança do paciente, de forma a fugir da abordagem punitiva que foca em castigar o indivíduo que errou.²⁷

Compreensão e compaixão

Os direitos a compreensão e compaixão foram expressos pela chefia através da empatia e entendimento que o profissional da enfermagem precisava de um tempo para processar psicologicamente o erro, assim como os demais colegas da equipe de enfermagem se uniram para dar continuidade ao cuidado de forma segura.

Ela me chamou pra conversar, ela entendia também que eu estava sobrecarregada, estava com muitas unidades também ao mesmo tempo sozinha, e ela só me tranquilizou para que não voltasse a acontecer, não me culpou, nem me penalizou, mas me apoiou [...] (P1)

A enfermeira me tranquilizou na hora, foi comigo até onde estava o bebê, a gente avaliou, estava tudo bem, avaliamos sinais vitais e estava tudo bem, e ela me tranquilizou até chamar o pediatra e aí ele também me tranquilizou numa boa assim, ficou tudo bem. (P2)

Aí depois todo mundo se mobilizou para resolver o problema(...) (P6)

conversou comigo, me disse que era aquilo ali que tinha acontecido, que tivesse mais cuidado, que entendia a situação, porque estava todo mundo atarefado aquele dia, e a função de redobrar o cuidado mesmo, começa a cuidar, começa agir de certa forma, e aí essa função de eu trabalhar, de fazer diferente, foi o meu supervisor na época que de repente tu faz diferente, começa a te achar diferente, isso que eu faço hoje foi uma coisa que ele me orientou e funcionou pra mim.(P7)
(...) toda a equipe que estava no plantão, se uniu para aquele atendimento de uma maneira tranquila e segura, mais seguro possível, de ninguém entrar em desespero (...) (P15)

Então, compreender o perfil da segunda vítima otimiza a estratégia de apoio que será utilizada, como evidenciado em uma pesquisa com 378 enfermeiros coreanos, que verificou a necessidade do tipo de apoio organizacional para a segunda vítima relacionada aos sintomas por ele apresentados. O apoio psicológico foi apontado com maior utilidade para perfis de sintomas graves/moderados, enquanto os com sintomas leves/moderados concordaram com as estratégias de enfrentamento pós incidente.³⁴

Ainda, foi mencionado o desejo do apoio pautado em compreensão dos fatos que desencadearam o erro, proporcionando tempo para passar pelo luto psicológico do erro, bem como compaixão para tratar a segunda vítima.

Eu acho que tinha que ter um programa para trabalhar a questão do erro, (...) que identificasse os erros que acontecem nas unidades, (...) indicadores que trabalham com erro de medicação ou erro de procedimentos, e se e se conversando com a equipe ter um dia desse, um profissional até externo, viesse conversar com a equipe (...) (P13)
Eu acho que uma equipe assim que conversasse, que ajudasse a não acontecer esse tipo de coisa, preparar bem, se aconteceu, para não acontecer de novo, porque sempre pode né, qualquer um pode errar, mas ter um apoio (...) (P5)
(...) poderia fazer essas reuniões de equipe, colocar a situação, participação do psicólogo organizacional né, para o apoio da pessoa que sofreu, se importou, vamos dizer com esse evento(...) (P16)

A percepção do apoio no direito à compreensão inclui o entendimento que as falhas na organização do trabalho levam a uma cascata de fatores contribuintes para o erro, onde o profissional de enfermagem é a ponta do cuidado.¹⁹ Para que esse cuidado seja mais seguro se faz necessário uma aliança entre os profissionais da enfermagem e os gestores.⁷

Além disso, a organização estrutural dos processos e das tecnologias aliadas ao estímulo do profissional e a comportamentos de compreensão do erro reduz a

ocorrência de danos evitáveis, diminui a probabilidade de ocorrerem e reduzem o impacto causado por um evento adverso quando esse ocorre.¹

Cuidados de apoio

Quanto ao direito de cuidados de apoio, com oferta de serviços psicológicos de forma profissional e sistemática, apesar de não haver previsão desse serviço na instituição pesquisada, os participantes relataram que acreditavam que tal suporte seria providenciado se solicitado.

(...) então a chamada de atenção básica fez o papel no setor como gestor, e perguntou se precisava de algum tipo de apoio. (P4)
(...), mas se eu precisasse com certeza eu teria apoio, entendesse, ou de psicológico, ou da enfermeira da unidade, ou da supervisão eu teria quem me apoiar entendesse, não sei se tem de fato um serviço de apoio, mas eu que se eu precisasse eu teria aonde me apoiar entendesse. (P7)

Apesar de duas décadas terem se passado desde que surgiu a questão da segunda vítima, ainda se verifica falta de apoio organizacional, visto que de acordo com um estudo realizado no Estados Unidos da América, a gestão da rede de saúde reconhece os problemas enfrentados pela segunda vítima, no entanto mesmo quando existe apoio disponível na instituição, as segundas vítimas têm dificuldades de acesso e/ou são estigmatizadas.³⁵ Assim, alguns estudos sugerem que programas de apoio sejam mais abrangentes e centrados na necessidade da segunda vítima e de fortalecimento da cultura justa.^{10,35}

Do mesmo modo, o desejo de suporte através de oferta de serviços de cuidados de apoio, de forma profissional e sistematizada, também foi evidenciado pelos participantes, especialmente nas situações com desfechos mais graves.

Eu não sei, eu acho que se nessa situação assim hipoteticamente se essa criança tivesse vindo a óbito, com certeza eu precisaria de um apoio psicológico, com certeza, eu não sei se eu conseguiria trabalhar bem depois que acontecesse alguma coisa assim, (...) se a criança tivesse ficado ruim eu acho que um apoio psicológico seria... (P2)
Na verdade, pode ser vários a depender do ocorrido ne, apoio psicológico, dependendo do desfecho algumas pessoas se abalam, mas né (...) (P4)
Psicologia, a parte da psicologia, a parte do psicólogo para conversar, do porquê que esse erro aconteceu, ou é sobrecarga de trabalho, ou tem alguma coisa externa influenciando meu trabalho ou a dinâmica do serviço com os colegas, alguma coisa tá acontecendo, eu acho que a

parte psicológica, a psicologia teria que entrar na mente do trabalhador pra ver o que que tá acontecendo com ele. (P7)

(...) eu não sei se um psicólogo ou se fazer uma dinâmica, se como se, prestar uma assistência psicológica porque tem gente que sofre bastante né, tem gente que desenvolve traumas, e assim tipo, que depois não conseguem fazer o procedimento de novo né, então eu acho que poderia fazer isso e eu acho que todos os profissionais, todos os profissionais são passíveis de erro, muitos profissionais se escondem os seus erros né (...) (P13)

O suporte organizacional efetivo à segunda vítima busca melhorar a qualidade da atenção à saúde, fortalecendo o emocional dos profissionais de saúde e construindo uma relação saudável entre a instituição e os funcionários.^{3,10} Não apresentar serviço organizado de suporte a segunda vítima é a realidade nacional,^{8,13} no entanto, ocorre a intervenção pela prática informal de apoio, oriunda das relações entre os diversos profissionais da enfermagem,⁸ onde a intervenção pelos pares demonstrou ser efetiva nos modelos de apoio internacionais.¹³

Na China, em um estudo com 6.400 enfermeiros, 45,26% apresentaram problemas psicológicos após se envolverem em evento adverso e a conversa com pares foi o apoio/suporte mais desejado.³¹ Já um estudo português apontou que as segundas vítimas desejavam mais o apoio da instituição do que conversar com pares, como forma de suporte.³²

Transparência e oportunidade de melhora

O direito à transparência e oportunidade de melhora foi evidenciado pelo estímulo ao relato dos erros com o intuito de buscar estratégias para evitar uma nova ocorrência, acontecendo assim um aprendizado a partir do erro e qualificação do processo de trabalho.

Conversamos e chegamos a alguns acordos quanto à conduta, quanto ao procedimento, acertando condutas. (P6)

Eles [instituição] estão sempre orientando, fazendo cursos, capacitação, e orientando que se tiver algum acidente o que fazer, tem até um quadrinho ali no posto também com passo a passo tudo direitinho o que tem que fazer (...) (P10)

(...) a gente conversou e eu conversei com a equipe para tentar, com a equipe multi, porque na UTI, a gente tem um fisioterapeuta sempre presente, e então, para nos dar subsídios, pra gente tentar fazer uma adaptação né. (P11)

(...) quando eu passo por um evento de erro com a minha equipe assim, eu sempre converso com profissional em sentido de identificar, porque ocasionou aquele erro, o que que fez com que a pessoa

chegasse a errar, se ela não prestou atenção, se tinha sobrecarga de trabalho, se alguém estava interferindo no trabalho dela naquele momento é, ou seja ela não estava tão concentrada. Tento sempre sentar com todo o grupo e conversar sobre aquela situação para que o grupo entenda, os motivos que levam a gente a errar, e que qualquer um é passível de erro. É sempre a conversa no sentido de chegar numa condição que a gente evite aquilo que aquilo aconteça de novo, e sempre reforço da importância de comunicar, para que a gente possa tomar as medidas possíveis para evitar um dano, um dano maior não é. (P13)

O direito a transparência com abordagem não punitiva ao erro favorece o relato dos erros,^{8,19} sendo este o reflexo da responsabilidade moral e ética desses profissionais,^{8,27} fomentando o direito de oportunidade de melhora, pois quando ocorre a comunicação do incidente, ocorre a oportunidade de aprendizado e, conseqüentemente, aumento da qualidade assistencial.^{8,19} O estímulo a espaços e processos deliberativos com participação das segundas vítimas, através da análise do incidente resulta em propostas de processos mais seguros.²⁷

O desejo ao direito de transparência e oportunidade de melhora foi evidenciado a partir da necessidade de aprender com o erro e ser honesto quanto ao relato dos erros e promoção de melhoria na qualidade da assistência.

(...) apoio de capacitação, a pessoa cometeu esse equívoco, mas foi porque não sabia como realizar de fato o procedimento x e então vamos ver aqui uma capacitação para esse profissional (...) (P4)

(...) equipe multiprofissional envolvida nisso porque esses eventos não acontecem só com a enfermagem, poderia ser em forma de alguma comissão, ou um grupo de trabalho permanente ne que tratasse desses assuntos, realizasse reuniões, relatórios, que passassem realmente em todos os setores né, pra evitar eventos adversos, e discutir os eventos que acontecem, porque muitas vezes não tem a visibilidade na instituição, então muitas vezes ficamos sem saber dos eventos adversos que acontecem, então na realidade não tem nem mensurado, porque existe uma subnotificação. (P6)

(...) essas questões, de discutir o erro né, de sentar de conversar, de tentar descobrir o que que foi (...) e trazer opções né, de daqui a pouco até de resolver (...) (P15)

(...) [VigHosp] tem que ser mais divulgado, para as pessoas saberem a importância de relatar o evento adverso para discussão em grupo, que no nosso setor, a gente sabe que muitas vezes, pode ter algum desfecho desfavorável no atendimento, e que deveria ser discutido, o que será que causou aquilo ali né? Várias coisas, não, pois nem sempre é só uma medicação errada, qualquer coisa no teu atendimento que possa ter um desvio nessa conduta que poderia sido melhor (...) (P16)

(...) discussão com o grupo de trabalho, para que, porque muitas vezes o que aconteceu comigo hoje, pode acontecer com outra pessoa outro dia e isso talvez seja uma forma de evitar novos casos. (P16)

Primeiro a gente tem que conversar, saber o que que aconteceu para ter ocorrido aquele evento, às vezes é sobrecarga do profissional, às vezes é por falta de treinamento da equipe, tem que saber o motivo que levou para que acontece aquele evento né, às vezes até porque questão material, de equipamento, a gente tem que saber o que levou a acontecer aquele evento tá, e ver como a gente pode modificar para que isso não ocorra mais. (P17)

O apoio à segunda vítima imperativo para o processo de sua recuperação, indo além do apoio dos pares e apoio emocional, mas com transparência através de um suporte informativo¹⁰ com acompanhamento da cultura de segurança permitindo reconhecer fragilidades no sistema, resultando em melhoria na qualidade da assistência.³³ Os riscos assistenciais não podem ser erradicados, mas devemos reduzir, aprender a gerir e melhorar com eles,²⁷ mas quando ocorre o erro os programas de apoio precisam ser abrangentes, organizados, visíveis e acessíveis a segunda vítima.¹⁰

CONCLUSÃO

O suporte organizacional efetivo deve estar embasado na realidade cultural da instituição, isto é, considerar desde como o profissional de enfermagem percebe a segurança do paciente, o seu papel nela, o estabelecimento de uma cultura justa, assim como a relação entre os profissionais e os gestores.

O suporte ofertado pelos pares e chefia direta abrangem os direitos da segunda vítima, no que tange o tratamento justo, o respeito, a compreensão, a compaixão, os cuidados de apoio, à transparência e a oportunidade de melhora. No entanto, a instituição pesquisada não dispõe da oferta de um serviço organizado para atender a segunda vítima. O suporte desejado pelos profissionais de enfermagem evidenciou todos os elementos dos direitos da segunda vítima, trazendo que este é o caminho, quando os direitos são acatados podem diminuir o sofrimento deste profissional de saúde e independente dos programas que forem implementados devem estar pautados neles.

Como limitações do estudo, além de ser realizado em um hospital com características únicas, e considerando as respostas de enfrentamento da segunda vítima, os profissionais de enfermagem do estudo foram aqueles que demonstraram

resiliência e não abandonaram a profissão, sendo necessário estudos para os profissionais que desistiram de exercer a enfermagem.

Como implicações para a prática, esse estudo tem a pretensão de servir como subsídio para elaboração de estratégias de apoio à Segunda Vítima, e para isso estimulando a pesquisa sobre o tema, servindo de base para discussão no meio acadêmico e provocando mudanças da realidade assistencial.

REFERÊNCIAS

- 1 OMS. Organização Mundial da Saúde. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Genebra: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-003270-5 [cited 2022 sep 13]
- 2 Tartaglia A, Matos MAA. Second victim: after all, what is this? Einstein. 2020. [cited 2022 sep 06] ;18:1-3. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020ED5619
- 3 Vanhaecht K et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. BMJ Open, v. 9, n. 7, 2019;e029923. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029923
- 4 Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ. v.320. p.726-727, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.726
- 5 Scott SD et al. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. Qual Saf HealthCare. 2009;18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870
- 6 Ozeke O et al. Second victims in health care: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice. 2019. DOI: 10.2147/AMEP.S185912
- 7 Fernandes LG et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE online, v. 8, p. 2507-12, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i7a9944p2507-2512-2014>
- 8 Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03669. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>
- 9 Almeida PP. Avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança e as manifestações de segunda vítima de evento adverso. 2021. 83 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021. DOI:

<http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.556>

10 White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: Is “just culture” a reality? An integrative review. *Applied Nursing Research*, 151319.

DOI:10.1016/j.apnr.2020.151319

11 Reason J. Human error: models and management. *BMJ Quality & Safety*, v. 320, p. 768-770, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

12 Lemos GC et al. A Cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2018. DOI:

<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600>

13 Paula AG et al. Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa. *Nursing*. v. 25, n.284, p. 6953–6968, 2022. DOI:

<https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i284p6953-6968>

14 Grupta K et al. Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM). *BMJ Qualidade e Segurança* 2019; 28: 564-573. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-008372

15 Burlison JD et al. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf.* 2017 Jun;13(2):93-102. DOI:

10.1097/PTS.0000000000000129.

16 Kim EM et al. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf.* 2020 Sep;16(3):179-186.

DOI: 10.1097/PTS.0000000000000466.

17 Chen J et al. Psychometric validation of the Chinese version of the Second Victim Experience and Support Tool (C-SVEST). *Journal of Nursing Management*. DOI:

10.1111/jonm.12824 17

18 Ajoudani F et al. Second Victim Experience and Support Tool: Persian translation and psychometric characteristics evaluation. *Int Nurs Rev.* 2021 Mar;68(1):34-40.

DOI: 10.1111/inr.12628

19 Santana-Domiguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enfermería Clínica*

- (English Edition). *Enferm Clin (English Edition)*. 2021 Mar 1; S1130-8621(21)00030-9. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.12.042.
- 20 Scarpis E et al. The Second Victim Experience and Support Tool: A Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation in Italy (IT-SVEST). *Journal of Patient Safety*: March 2022 - V18 - I 2 - p 88-93 DOI: 10.1097/PTS.0000000000000812
- 21 Sordi LP et al. The second victim experience: cross-cultural adaptation of an instrument for the Brazilian context. *Revista Gaúcha de Enfermagem [online]*. 2022, v. 43 DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.pt>>
- 22 Koca A et al. Validation of the Turkish version of the second victim experience and Support Tool (T-SVEST) Volume 8, Issue 9, September 2022 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10553>
- 23 Kamaruzaman M et al. Translation and Validation of the Malay Revised Second Victim Experience and Support Tool (M-SVEST-R) among Healthcare Workers in Kelantan, Malaysia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 2045. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19042045>
- 24 Knudsen T et al. Validation of the Danish version of the Second Victim Experience and Support Tool. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022;50(4):497-506. DOI:10.1177/14034948211004801
- 25 Strametz R et al. Validation of the German Version of the Second Victim Experience and Support Tool—Revised. *Journal of Patient Safety*: April 2022 - Volume 18 - Issue 3 - p 182-192 DOI: 10.1097/PTS.0000000000000886
- 26 Denham CR. Trust: the 5 rights of the second victim. *J Patient Saf*. 2007;3(2):107-19. DOI: 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd
- 27 Romero MP et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Revista Bioética [online]*. 2018, v. 26, n. 3 pp. 333-342. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>.
- 28 Silva CSE et al. Eventos adversos de enfermagem expostos à mídia brasileira: o que aconteceu com a segunda vítima? *Farmacologia aplicada à enfermagem: aspectos teóricos e práticos*. 2021, n7 pp. 101-110 DOI: 10.37885/201202676
- 29 Pereira AS, Maluf Neto A, Colombo G. Fluxograma de atendimento à segunda vítima. *Sociedade Israelita Beneficente Brasileira Albert Einstein*. 2022. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Segunda-Vitima.pdf>
- 30 Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2013.

- 31 Huang R et al. Second-victim experience and support among nurse in mainland China. *Journal of Nursing Management*. 2022. [cited 2022 aug 25] 30(1), 260-267. DOI: 10.1111/jonm.13490
- 32 Pimenta IR. Apoio aos profissionais de saúde: a exposição a incidentes de segurança do doente e a existência de estruturas de suporte. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde). 2021. Lisboa (PT): Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.
- 33 Souza CS et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2019, v. 40 DOI:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>.
- 34 Choi EY et al. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. *J Adv Nurs*. 2022. [cited 2022 aug 20] 78(9):2872-2883. DOI: 10.1111/jan.15221
- 35 Edrees HH, Wu AW. Does One Size Fit All? Assessing the Need for Organizational Second Victim Support Programs. *Journal of Patient Safety*. 2021. [cited 2022 aug 30]; 17(5): 247-254 DOI: 10.1097/PTS.0000000000000321

6 CONCLUSÃO

O presente estudo descreveu os impactos no profissional de enfermagem que se envolveu em incidente de segurança do paciente, isto é, a segunda vítima deste incidente, evidenciado por sentimento de culpa, medo do desfecho aos pacientes e das consequências para si. Tal cenário é corroborado pela literatura científica sobre o tema, não trazendo novas premissas.

Ainda foi evidenciado impacto na trajetória profissional, de forma que quando os profissionais de enfermagem se enquadram como segundas vítimas questionam a habilidade de ser um bom profissional, assim como o seu desempenho no trabalho e sentem o julgamento dos pares, do paciente e dos cuidadores do paciente; assim como o autojulgamento.

Como forma de superar os impactos a segunda vítima se mune de estratégias com intuito de o evento de segurança do paciente não se repetir, pois permanece o medo de que ocorra em situações futuras, com aumento da atenção, dos seus atos e da equipe. Contudo, a vigilância constante poderá ser exaustiva, causando sobrecarga mental e, portanto, o processo em que o incidente se instalou deve ser revisado. Logo, também foi verificada a motivação de mudanças e melhorias na prestação do cuidado seguro, através do aprendizado com os erros e estabelecimento de estratégias de como lidar com eles no futuro.

Esta pesquisa revelou a necessidade de apoio organizacional a segunda vítima na organização de saúde estudada, pois esta não apresenta nenhum programa, nem mesmo um fluxograma sobre como proceder diante de tal situação, ferindo assim o direito aos cuidados de apoio a serviço organizado. Tal situação se mostra recorrente na realidade brasileira sobre o tema, uma vez que na literatura nacional foi apresentado somente fluxograma de uma única instituição sobre como lidar com profissionais de saúde como segundas vítimas.

Um suporte organizacional efetivo deve estar embasado na realidade cultural da instituição, isto é, considerar como o profissional de enfermagem enxerga a segurança do paciente, o seu papel nela, assim estabelecendo a cultura justa, e a relação entre os profissionais e os gestores na segurança do paciente.

Contudo, os profissionais de enfermagem relataram ser apoiados quando estão em situação de segunda vítima, o suporte ofertado se faz na informalidade pelos pares e pelas chefias, abrangem os direitos da segunda vítima, no que tange o tratamento justo; respeito; compreensão e compaixão; cuidados de apoio; e transparência e oportunidade de melhora.

Os elementos dos direitos da segunda vítima foram evidenciados nos relatos dos profissionais de enfermagem como suporte desejado, de forma que quando os direitos são respeitados podem diminuir o sofrimento deste profissional de saúde e devem estar garantidos independente dos programas que forem implementados nas instituições.

Este estudo apresenta como limitações a baixa adesão de participantes, evidenciando uma cultura de segurança não consolidada, onde os profissionais de enfermagem têm receios sobre expor a temática; e ainda considerando as respostas de enfrentamento da segunda vítima, os profissionais de enfermagem do estudo foram os que foram suficientemente resilientes para permanecer na profissão, não abrangendo os que desistiram, sendo necessários estudos do apoio necessário para que não ocorra a desistência da enfermagem.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. P. **Avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança e as manifestações de segunda vítima de evento adverso**. 2021. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021. DOI: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.556>

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BRASIL. **Lei No 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm Acessado em 20/08/2022.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016 a. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/cadern-o-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf/view>

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016 b.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº01/2018: orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-01-2018-higienizacao-das-maos.pdf>

BURLISON, J.; SCOTT, D., BROWNE, E.K.; THOMPSON, S.G.; HOFFMAN, J. M. The Second Victim Experience and Support Tool. **Journal of Patient Safety**, [s.l.], v. 13, n. 2. 2017.

CHOI EY, PYO J, OCK M, LEE H. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. **J Adv Nurs**. 2022

Sep;78(9):2872-2883. doi: 10.1111/jan.15221. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35307876. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35307876/>

CLARKSON, M.D.; HASKELL, H.; HEMMELGARN, C.; SKOLNIK, P.J. Abandon the term “second victim”. **British Medical Journal (BMJ)**, v. 364, s/n, p.1233, 2019.

CLARO, C.M.; KROCKOZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA, K.G. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.1, p.167-72, 2011.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G; ROSA, M.B. **Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados**. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016.

DENHAM, C.R. **Trust: the 5 rights of the second victim**. **J Patient Saf.** 2007;3(2):107-19.

DESLAURIERS, J.P.; KÉRISIT, M. **O delineamento da pesquisa qualitativa**. In: POUPART, J. et al., A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DOWNWY, N. Ever made a mistake? The role of aviation-style error management in healthcare. **Journal of Surgical Simulation**. V. 6, P. 27–30. <https://doi.org/10.1102/2051-7726.2019.0005> 2019

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Núcleo de segurança do paciente**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-furg/governanca/comissoes-internas/nucleo-de-seguranca-do-paciente>> Acesso em 26/04/2021

_____. **ORGANOGRAMA**. Disponível em:< <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-furg/acesso-a-informacao/organizacional/organograma>> Acesso em 26/04/2021

EDREES, H.H.; WU, A.W. Does One Size Fit All? Assessing the Need for Organizational Second Victim Support Programs, **Journal of Patient Safety**. V.17. ed. 3. 2021. p.247-254 doi: 10.1097/PTS.0000000000000321

FERMO, V.C.; RADÜNZI, V.; ROSA, L.M.; MARINHO, M.M. Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 68, n.6, p. 1139-46, 2015.

FERNANDES, L.G.; TOURINHO, F.S.V.; SOUZA, N.L.; MENEZES, R.M.P. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 8, p. 2507-12, 2014.

GUPTA, K.; LISKER, S.; RIVADENEIRA, N.A.; MANGURIAN, C.; LINOS, E.; SARKAR, U. Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM) **BMJ Qualidade e Segurança**. v. 28, p. 564-573. 2019. doi:10.1136/bmjqs-2018-008372. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/28/7/564?ijkey=2d52c58434f80a530534a3defc4d8c47aa94fdf2&keytype=tf_ipsecsha

HUANG, R.; SUN, H.; CHEN, G.; LI, Y.; WANG, J. Second-victim experience and support among nurse in mainland China. **Journal of Nursing Management**. 30(1), 260-267. 2022. doi.org/10.1111/jonm.13490

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. (Org). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000. ISBN: 0-309-51563-7

LEMOES, G.C.; AZEVEDO, C.; BERNARDES, M. F.V.G.; RIBEIRO, H.C.T.C.;

MENEZES, A.C.; MATA, L.R.F. A Cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2018.

LEMOES, G.C.; MATA, L.R.F.; RIBEIRO, H.C.T.C.; MENEZES, A.C.; PENHA, C.S.; VALADARES, R.M.C.; CASTRO, M.S.R. Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 36, e43393, 2022. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502022000100313&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 25 ago. 2022. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v36.43393>.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2013

NASCIMENTO, J.C.; DRAGANOV, P.B. História da qualidade em segurança do paciente. **Hist enferm Rev electronica**. 2015;6(2):299-309.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO, 2017

_____. Organização Mundial da Saúde. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Genebra: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-003270-5

_____. Organização Mundial da Saúde. **World Patient Safety Day 2022**. Genebra: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>

OZEKE, O.; OZEKE, V.; COSKUN, O.; BUDAKOGLU, I.I. Second victims in health care: current perspectives. **Advances in Medical Education and Practice**. 2019.

PAULA, A.G.; GAMA, P.B.; FRERIA, Z.F.; GONÇALVES, G.C.S.; MACHADO, R.C.; BOHOMOL, E. Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa. **Nursing**. v. 25, n.284, p. 6953–6968, 2022. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i284p6953-6968>

PIMENTA, I.R. **Apoio aos profissionais de saúde: a exposição a incidentes de segurança do doente e a existência de estruturas de suporte**. 2021. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde) - Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Lisboa, 2021.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. O. M. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. **Rev Esc Enferm USP**. 2021;55:e03669. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>

QUADROS, D.V.; MAGALHÃES, A.M.M.; WACHS, P.; SEVERO, I.M.; TAVARES, J.P.; DAL PAI, D. Modeling of adult patient falls and the repercussions to Nursing as a second victim. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2022;30:e3618. acessado em:12/08/2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/gFtS7X8BqqvMKFJ4b9HMgrw/abstract/?lang=pt#>
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3618>

REASON, J. Achieving a safe culture: theory and practice. **Work & Stress**, v. 12, n. 3, p. 293-306, 1998.

_____. Human error: models and management. **BMJ Quality & Safety**, v. 320, p. 768-770, 2000.

_____. Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. **BMJ Quality & Safety**, v. 13, 2004.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LANGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado da saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.18, n.7, p. 2029-36, 2013.

ROMERO, MP. GONZÁLEZ, RB. CALVO, MSR. FACHADO, AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética** [online]. 2018, v. 26, n. 3 [Acessado 2022], pp. 333-342. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>>. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>.

ROSA, R. T.; GEHLEN, M.H.; ILHA, S.; WEISS, F.; CASSOLA, T.; STEIN, D. Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Ciencia y enfermeria**. v. 21, n. 3, p. 37-47, 2015.

SAMMER, C.E.; LYKENS, K.; SINGH, K.P.; MAINS, D.A.; LACKAN, N.A. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Journal of Nursing Scholarship**. v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SCOTT, S.D.; HIRSCHINGER, L.E.; COX, K.R.; MCCOIG, M.; BRANDT, J.; HALL, L.W. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. **Qual Saf HealthCare**. 2009;18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870

SCOTT, S.D.; HIRSCHINGER, L.E.; COX, K.R.; MCCOIG, M.; HAHN-COVER, K.; EPPERLY, K.E.; PHILLIPS, E.C.; HALL, L.W. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. **Jt Comm J Qual Patient Saf**. v. 36, n. 5, p. 233-40, 2010.

SOUSA, P. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.** / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. – 2.ed (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 268 p.

SILVA, C.S.E.; LIMA, L.B.; SILVA, R.D.; SIQUEIRA, S.M.C. Eventos adversos de enfermagem expostos a mídia brasileira: o que aconteceu com a segunda vítima. IN: **Farmacologia aplicada à enfermagem: aspectos teóricos e práticos**. Editora científica digital, Guarujá, SP. 2021 ISBN: 978-65-87196-81-7 DOI: 10.37885/978-65-87196-81-7

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. A. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein**. v. 18, São Paulo. 2020. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ed5619.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. **A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente.** In: SOUSA, S., MENDES, W. *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.* Fiocruz: Rio de Janeiro: 2014.

ULLSTRÖM, S.; ANDREEN SACHS M.; HANSSON J. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Quality & Safety** 2014;23:325-331.

VANHAECHE, K. et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. **BMJ Open**, v. 9, n. 7, 2019;e029923. Disponível em: [10.1136/ bmjopen-2019-029923](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923). Acesso em

VASCONCELOS, R.O.; ALVES, D. C.I.; FERNANDES, L.M.; OLIVEIRA, J. L.C. Adhesión a la higiene de las manos por el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. **Enfermería Global**, 17(2), 430–476. 2018. [tps://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.284131](https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.284131) Acessado em: 26/08/2022 Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/284131>

WILLIS, D.; YARKER, J.; LEWIS, R. Lessons for leadership and culture when doctors become second victims: a systematic literature review. **Líder BMJ**. 3: 81-91. 2019. acessado em: 13/08/2022. Disponível em: <http://bmjleader.bmj.com/>

WHITE, R. M.; DELACROIX, R. Second victim phenomenon: Is “just culture” a reality? An integrative review. **Applied Nursing Research**, 151319. doi:10.1016/j.apnr.2020.151319

WU, A. W. **Medical error**: the second victim. *BMJ*. v.320. p.726-727, 2000.

WU, A. W.; SHAPIRO, J.; HARRISON, R.; CONNORS, C.; KENNEV, L.; VANHAECHE, K. The impact of adverse events on clinicians: what’s in name? **Journal of Patient Safety**. v. 16, n. 1, p. 65-72, 2020.

ZHANG, X.; LI, Q.; GUO, Y.; LEE, S.H. From organisational support to second victim-related distress: role of patient safety culture. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1818-25. <https://doi.org/10.1111/jonm.12881>

Disponível em: Sci-Hub | From organizational support to second victim-related distress: role of patient safety culture. *Journal of Nursing Management* | 10.1111/jonm.12881



ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Sibeles Ezequiel da Silveira, sou aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando esta pesquisa intitulada “**Análise do fenômeno da segunda vítima entre os profissionais de enfermagem**”, sob orientação da professora Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem. Após realizar o processo de consentimento, gostaria de convidar você para participar do estudo, respondendo a uma entrevista que será gravada, para que nenhum detalhe importante seja perdido. Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa, que possui os objetivos compreender os impactos do envolvimento em um evento de segurança do paciente para os profissionais de enfermagem e conhecer as formas de suporte organizacional mais efetivas na redução do sofrimento pessoal de profissionais de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente. Dessa maneira, a pesquisa trará benefícios diretos e indiretos para os participantes, pois as dúvidas serão esclarecidas durante e após a aplicação do questionário e, a partir dos resultados as organizações de saúde e de ensino poderão utilizar o instrumento validado a partir desse estudo para investir em recursos em programas de apoio às segundas vítimas, analisando informações precisas para fundamentar e direcionar o desenvolvimento de tais programas. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, como o desconforto emocional, frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para você a assistência imediata, integral e gratuita. Sua participação é livre de despesas pessoais e compensação financeira, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você tem o direito de se manter informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato de sua identidade. Além disso, você tem direito a indenização pelo dano decorrido da pesquisa nos termos da Lei. É garantida a liberdade de retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você, para tanto entre em contato comigo (endereço: R. Gen. Osório, 1-109 - Centro, e-mail: sibeles.ezequiel@ebserh.gov.br, telefone: (53) 991082024) ou com o(a) pesquisador(a) responsável (endereço: R. Gen. Osório, 1-109 - Centro), e-mail: jambilabarlem@furg.br., telefone: (53) 33374614 ou ainda pelo CEP-FURG (endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS, e-mail: cep@furg.br, telefone: 3237 3013). O

CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com a pesquisadora.

Você aceita participar?

Eu aceito participar desta pesquisa.



Coleta digital

Assinatura do(a) participante. _____

Data: __/__/__

Assinatura da pesquisadora responsável. _____

Data: __/__/__

ANEXO B

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Sexo: _____

Idade: _____

Profissão: Enfermeiro () Técnico de Enfermagem ()

Tempo de trabalho: _____

01- Você já envolveu em um evento de segurança do paciente? Qual foi sua reação? Você chegou a comunicar alguém ou falar sobre o ocorrido?

02- Após a ocorrência do evento, como você se sentiu?

03- Você acredita que os eventos fazem parte do cotidiano do cuidado? Você se sentiu culpado pelo acontecimento?

04- Após o envolvimento em um evento de segurança do paciente (erro ou evento adverso), você ficou com medo que pudessem ocorrer situações semelhantes futuramente? Isso de alguma forma chegou a prejudicar seu desempenho no seu trabalho?

05- Esse evento fez com que você tivesse mais atenção nas suas atividades diárias com o paciente?

06- Após o ocorrido, você chegou a se questionar de suas habilidades como um bom profissional?

07- Após o ocorrido, você chegou a ter apoio dos seus colegas? Conversaram sobre o ocorrido?

08- Com relação ao seu supervisor, qual foi a reação dele após o acontecimento? Ele (a) chegou a prestar apoio? Teve alguma discussão sobre o assunto na unidade

09- Você acredita que sua instituição de trabalho tem alguma preocupação com o bem-estar das pessoas envolvidas nesse tipo de situação? Há algum programa de apoio?

10- Se você pudesse escolher uma opção de apoio para te ajudar com o ocorrido, qual opção você descreveria?

11- Na sua instituição, há alguma abordagem sobre a ocorrência de eventos adversos, erros, falhas ou danos ocorridos na área da saúde?

12- Você já ouviu falar no termo “segunda vítima?”

ANEXO C

Autorização do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem

Declaro que para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- CEP-FURG, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa “Análise do fenômeno da segunda vítima entre estudantes e profissionais de enfermagem”, de responsabilidade da Dr^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem.

Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

COMPESQ
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Escola de Enfermagem

Leonardo M. Batista.

Atenciosamente

COMPESQ

Rio Grande, 06/10/2020

ANEXO D

Autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa- GEP

14/10/2020

SEI/SEDE - 9348673 - Solicitação - SEI



Solicitação - SEI nº 42/2020/SGPIT/GEP/HU-FURG-EBSEH

Rio Grande, 05/10/2020.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA NO HU FURG/EBSEH

Título do Projeto:	ANÁLISE DO FENÔMENO DA SEGUNDA VÍTIMA ENTRE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
Pesquisador principal:	Gabriela do Rosário Paloski
Orientador:	Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Parecer Área Técnica: Descritivo: ☒ Aprovado ☐ Não Aprovado ☐ Com restrições Motivo: Responsável: <i>Luis Fernando Guerreiro</i> Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica HU FURG-EBSEH (Assinatura e Carimbo)	



Documento assinado eletronicamente por **Luis Fernando Guerreiro**, **Chefe de Setor**, em 05/10/2020, às 11:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carmen Rosane Galatola Guimaraes Rivoire**, **Chefe de Divisão**, em 07/10/2020, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Vaghetti De Oliveira**, **Chefe de Unidade**, em 08/10/2020, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia de Lima Rodrigues**, **Chefe de Setor**, em 08/10/2020, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

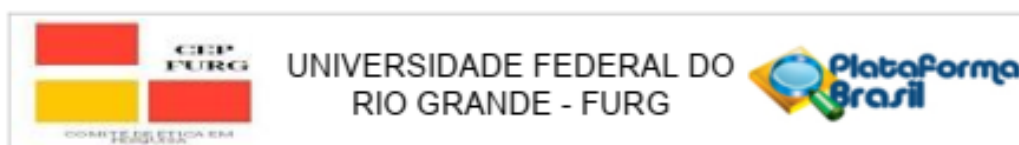


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9348673** e o código CRC **779A0852**.

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=21245721&infra_s... 1/2

ANEXO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO FENÔMENO DA SEGUNDA VÍTIMA ENTRE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39371720.3.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.487.347

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "avaliação dos Riscos de Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1640322.pdf, gerado em 08/12/2020) e/ou do Projeto Detalhado.

A análise do sofrimento pessoal e o reconhecimento do suporte organizacional oferecido aos estudantes e profissionais de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente pode subsidiar o desenvolvimento de programas de apoio para a redução e prevenção das consequências negativas relacionadas ao fenômeno da segunda vítima, qualificando os ambientes e as práticas de saúde. O presente projeto de pesquisa terá como objetivo geral: analisar o suporte organizacional e o sofrimento pessoal de estudantes e profissionais de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente. Serão objetivos específicos da proposta: adaptar transculturalmente e validar o instrumento Second Victim Experience and Support Tool para o contexto brasileiro; analisar o sofrimento pessoal de profissionais de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente; analisar o suporte organizacional disponibilizado para os profissionais de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente; analisar o sofrimento pessoal de estudantes de enfermagem após o envolvimento em um evento de segurança do paciente; analisar

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 4.487.347

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1840322.pdf	08/12/2020 10:02:51		Aceito
Outros	carta_pendeencias.docx	08/12/2020 10:02:22	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_d.doc	08/12/2020 09:53:08	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_c.doc	08/12/2020 09:53:00	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_b.doc	08/12/2020 09:51:05	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_a.doc	08/12/2020 09:50:37	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Macroprojeto.doc	08/12/2020 09:49:39	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito
Outros	autorizacao_gep.pdf	15/10/2020 16:56:02	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/10/2020 16:53:58	Jamila Geri Tomaschewski Barlem	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
 Bairro: Campus Carreiros CEP: 96.203-900
 UF: RS Município: RIO GRANDE
 Telefone: (51)3237-3013 E-mail: cep@furg.br