

# Quedas de pacientes adultos hospitalizados: suporte à equipe de enfermagem como segunda vítima\*

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado “Modelagem de processo em quedas de pacientes adultos hospitalizados e a perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2020.

---

✉ **Deise Vacario de Quadros**

<https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil  
dquadros@hcpa.edu.br

**Ana Maria Müller de Magalhães**

<https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Eduarda Boufleuer**

<https://orcid.org/0000-0003-1745-3391>  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Juliana Petri Tavares**

<https://orcid.org/0000-0003-4121-645X>  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Ricardo de Souza Kuchenbecker**

<https://orcid.org/0000-0002-4707-3683>  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Daiane Dal Pai**

<https://orcid.org/0000-0002-6761-0415>  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Recebido: 07/02/2022  
Submetido a pares: 23/05/2022  
Aceito por pares: 12/09/2022  
Aprovado: 13/09/2022

**DOI: 10.5294/aqui.2022.22.4.6**

**Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo**

Quadros DV, Magalhães AMM, Boufleuer E, Tavares JP, Kuchenbecker RS, Dal Pai D. Falls suffered by hospitalized adult patients: support to the nursing team as the second victim. *Aquichan*. 2022;22(4):e2246. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.6>

**Temática:** promoção e prevenção.

**Contribuições para a disciplina:** neste artigo, são contemplados aspectos da relevância do suporte à equipe de enfermagem envolvida como segunda vítima de eventos adversos no contexto hospitalar, o que traz a necessidade da criação de programas institucionais estruturados que promovam o amparo precoce, ativamente oferecido aos trabalhadores. Além disso, a discussão na academia durante a formação do enfermeiro constitui outra possível contribuição do estudo, na medida em que há estreita relação entre uma liderança atenta e acolhedora e o fortalecimento do vínculo dos integrantes da equipe de enfermagem nos locais de trabalho.

## Resumo

**Objetivo:** descrever o suporte recebido pela segunda vítima nas quedas de pacientes adultos hospitalizados sob a perspectiva da equipe de enfermagem. **Materiais e método:** estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em hospital geral de grande porte na região sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 21 trabalhadores de enfermagem (sete enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem) selecionados por amostragem aleatória e que trabalhavam nas unidades de internação em que aconteceram quedas com grau de dano compreendido de moderado a grave, de março a maio de 2020. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, de julho a agosto do mesmo ano. **Resultados:** por um lado, na percepção da equipe de enfermagem, o suporte à segunda vítima foi considerado incipiente pela instituição hospitalar. Por outro, os participantes destacam o apoio recebido pelos seus familiares e por pares no ambiente de trabalho. O estudo seguiu as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq). **Conclusões:** há necessidade de formalizar um fluxo institucional de suporte à segunda vítima a fim de mitigar as repercussões sobre os trabalhadores.

### Palavras-chave (Fonte: DeCS)

Enfermagem; acidentes por quedas; saúde do trabalhador; segurança do paciente; gestão da segurança.

## 4 Caidas de pacientes adultos hospitalizados: soporte al equipo de enfermería como segunda víctima\*

\* Artículo derivado de la tesis de maestría "Modelado de proceso en caída de pacientes adultos hospitalizados y la perspectiva del trabajador de enfermería como segunda víctima", presentada al Programa de Posgrado en Enfermería, de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, en 2020.

### Resumen

**Objetivo:** describir el soporte recibido por la segunda víctima en las caídas de pacientes adultos hospitalizados desde la perspectiva del equipo de enfermería. **Materiales y método:** estudio exploratorio y descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en hospital general de gran tamaño en la región sur de Brasil. Se realizó la recolección de datos por medio de entrevista semiestructurada con 21 trabajadores de enfermería (siete enfermeros y 14 técnicos de enfermería) seleccionados por muestra aleatoria y que trabajaban en las unidades de hospitalización en que ocurrieron caídas con grado de daño comprendido de moderado a grave, de marzo a mayo de 2020. Se sometieron los datos al análisis de contenido, de julio a agosto de dicho año. **Resultados:** por una parte, desde la percepción del equipo de enfermería, el soporte a la segunda víctima se consideró incipiente por la institución hospitalaria. Por otra, los participantes destacan el apoyo recibido por sus familiares y pares en el entorno laboral. El estudio siguió las directrices del Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq). **Conclusiones:** hay necesidad de formalizar un flujo institucional de soporte a la segunda víctima con el fin de mitigar las implicaciones a los trabajadores.

#### Palabras clave (Fuente: DeCS)

Enfermería; accidentes por caída; salud del trabajador; seguridad del paciente; gestión de la seguridad.

# Falls Suffered by Hospitalized Adult Patients: Support to the Nursing Team as the Second Victim\*

\* Article extracted from the master's thesis: "Modelado de proceso en caída de pacientes adultos hospitalizados y la perspectiva del trabajador de enfermería como segunda víctima", presented to the Graduate Nursing Program of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul, in 2020.

---

## Abstract

**Objective:** To describe the support received by the second victim in falls suffered by hospitalized adult patients from the nursing team's perspective. **Materials and Methods:** This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, conducted in a large general hospital in the southern region of Brazil. Data collection was carried out through semi-structured interviews with 21 nursing professionals (seven nurses and fourteen nursing technicians) selected by random sampling, who worked in the inpatient units where falls occurred with a level of harm ranging from moderate to severe during March and May of 2020. The data were submitted to content analysis from July to August of the same year. **Results:** On the one hand, from the nursing team's perspective, support for the second victim was considered incipient by the hospital institution. On the other, participants highlighted the support received by their families and peers in the work environment. The study followed the guidelines of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) . **Conclusions:** An institutional flow of support for the second victim needs to be formalized to mitigate the repercussions on staff.

### Keywords (Fonte: DeCS)

Nursing; fall accidents; occupational health; patient safety; safety management.

## Introdução

A caracterização dos incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no final da década de 1990, revelou uma necessidade premente de melhoria na qualidade assistencial e gerencial dos processos de cuidado e serviços de saúde. A segurança do paciente é um tema voltado às práticas assistenciais com vistas a reduzir os eventos adversos e os atos inseguros, os quais colocam em risco a saúde dos pacientes (1). Entre os eventos identificados que comprometem a segurança do paciente, estão as quedas no ambiente hospitalar (2). A OMS define “queda” como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem a possibilidade de correção a tempo, comprometendo a estabilidade, agregando uma multiplicidade de fatores associados (3, 4).

As quedas produzem danos em quase metade dos pacientes que são acometidos por esse evento, o que pode, nos casos mais graves, levar ao óbito (2). Somando-se a isso, a queda pode gerar impacto psicológico pelo medo do paciente cair novamente, o que influencia no risco de nova queda (5), bem como pode interferir negativamente sobre a capacidade funcional e mobilidade dos pacientes (6), podendo aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, o que gera ansiedade na equipe de enfermagem e produz repercussões na credibilidade da instituição, além de consequências de ordem legal (7, 8).

Os trabalhadores de enfermagem que estão diretamente envolvidos no cuidado de um paciente que apresenta queda experimentam sentimentos como culpa, angústia e impotência. Esses sentimentos surgem por um autojulgamento que suscita a desvalorização por parte do paciente, que é orientado para os cuidados de prevenção de queda e não adere às medidas, e pelo entendimento de que a queda é reflexo de um trabalho de responsabilidade apenas da enfermagem (9), quando, na verdade, deveria ser motivo de um cuidado multiprofissional, considerando que se trata de um evento que requer abordagem multimodal. Isso porque a implementação de práticas colaborativas repercute em melhores desfechos para os pacientes, em um cuidado mais seguro, embasado na promoção de relações de confiança entre as equipes de saúde (10) e, por conseguinte, na promoção da segurança dos trabalhadores de saúde.

As instituições que não focam nos processos de trabalho afetos ao cuidado em saúde nem tampouco promovem uma cultura de segurança no ambiente laboral permitem que seus trabalhadores estejam mais suscetíveis ao sentimento de culpa em decorrência da queda dos pacientes. Ademais, esse tipo de evento pode repercutir na imagem da instituição (11), consistindo em um desafio para as lideranças de enfermagem na garantia da qualidade assistencial e da segurança do paciente (12). Uma organização que reconhece sua suscetibilidade a erros é mais propensa a implementar processos de segurança, ao mesmo tempo que apoia aqueles que se tornam instâncias de tal imperfeição (13).

Embora um evento adverso com desfecho grave e até mesmo o óbito traga o sofrimento do paciente e seus familiares, eles são a primeira vítima desse processo, mas não as únicas. Os trabalhadores envolvidos, direta ou indiretamente, também sofrem e são considerados as segundas vítimas em potencial; além disso, o impacto gerado no cuidador envolvido — independentemente do sexo, da idade e da categoria profissional — pode deixar marcas permanentes na maioria dos indivíduos. Dessa forma, qualquer trabalhador que esteja assistindo um paciente vítima de dano decorrente da assistência poderá sofrer impactos a partir disso, com repercussões na sua vida privada ou laboral e, por isso, é considerado “segunda vítima” do evento. Essa expressão surge na literatura pela primeira vez em 2000, em um editorial do *British Medical Journal* sobre o impacto nos trabalhadores de saúde envolvidos em um erro ou quando estes se sentem responsáveis pelo evento adverso e o inesperado dano causado ao paciente (14).

As segundas vítimas podem experimentar sentimentos negativos decorrentes de desfechos aos pacientes, o que pode variar conforme o apoio<sup>1</sup> oferecido aos trabalhadores em saúde. Esse suporte, ainda que essencial, não costuma ser algo disseminado e frequente, mas constitui uma medida efetiva para mitigar os sintomas que frequentemente acometem a segunda vítima (13, 15-17).

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi descrever o suporte recebido pela segunda vítima nas quedas de pacientes adultos hospitalizados, sob a perspectiva da equipe de enfermagem.

## Materiais e método

Realizou-se estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa e sustentada pela análise de conteúdo. A pesquisa foi desenvolvida em hospital geral de grande porte na região sul do Brasil, referência para alta complexidade com capacidade instalada para 843 leitos. O estudo seguiu as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq).

A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2020, por meio de entrevistas semiestruturadas com pessoal de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), que foi selecionado por amostragem aleatória (sorteio simples) a partir dos seguintes critérios de inclusão: atuar como enfermeiro ou técnico de enfermagem em uma das cinco unidades de internação e estar atuando no momento da pesquisa em escala de trabalho, no respectivo turno em que as quedas ocorreram. Foram considerados critérios de exclusão ser membro da equipe de enfermagem com atuação de menos de um ano na instituição, em gozo de férias ou licenças de qualquer natureza, além daqueles em regime de trabalho com contrato temporário no período da coleta de dados.

1 Os termos “apoio” e “suporte” são utilizados como sinônimos ao longo do texto.

As cinco unidades de internação elencadas para as entrevistas com a equipe de enfermagem estavam entre aquelas que apresentaram eventos de quedas, classificados com danos de moderados a graves, de julho de 2018 a julho de 2019, totalizando 12 quedas.

O sorteio dos participantes ocorreu na presença da chefia da unidade; para cada turno em que havia ocorrido uma queda, foram sorteados um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Um trabalhador negou o convite para participar do estudo e outro foi impossibilitado por intercorrências na unidade. Diante do aceite, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido em que eram descritos os objetivos do estudo, a área de interesse da pesquisa, as oportunidades para a prática assistencial, bem como a possibilidade de retirar-se, se assim desejasse, e as credenciais da pesquisadora. Uma amostra de 21 trabalhadores da equipe de enfermagem respondeu à entrevista, a qual foi definida por saturação das informações, ou seja, foram cessadas as entrevistas quando da ocorrência de informações repetidas acerca da temática do estudo. A amostra pertencia a uma população de pessoal de enfermagem que totalizava 153, atuantes nos turnos das cinco unidades de internação em que as quedas ocorreram.

O roteiro de entrevista foi elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura que fundamentou o estudo. Primeiramente, realizou-se um teste-piloto com uma técnica de enfermagem pertencente a uma unidade não incluída na investigação, o que permitiu realizar adequações no roteiro com vistas a atender ao objetivo da pesquisa.

Inicialmente, foram contextualizados, aos trabalhadores de enfermagem, os dados institucionais relacionados à frequência e caracterização dos incidentes de segurança relacionados às quedas no último ano. Posteriormente, o participante era convidado a falar sobre alguma queda de paciente sob sua responsabilidade ou de algum colega, descrevendo a repercussão da ocorrência e como foi realizada a abordagem com o trabalhador envolvido naquele incidente.

A realização da entrevista foi conduzida presencialmente pela pesquisadora principal, a qual tem o título de mestra, durante o turno de trabalho do participante, em horário previamente combinado, em uma sala reservada na unidade de trabalho do participante do estudo, com duração média de 35 minutos, com gravação de áudio e posterior transcrição. Imediatamente após as entrevistas, eram feitas notas de campo para evitar que as informações fossem perdidas. A pesquisadora trabalhava na instituição foco do estudo, conhecia a maioria dos participantes, possuía experiência na condução de entrevistas com grupos na análise de eventos e, periodicamente, reunia-se com as demais pesquisadoras para compartilhar informações. Quando a pesquisadora e o participante não se conheciam previamente, o momento do sorteio e o convite para a participação no estudo consistiam na primeira aproximação entre ambos. Foi esclarecido, aos trabalhadores convidados a responder à entrevista, que a participação era voluntária e que poderiam de-

sistir a qualquer momento, sem prejuízos ou interferências sobre as atribuições assistenciais ou vínculo de trabalho. Essas informações também constavam no termo de consentimento livre e esclarecido, entregue aos participantes do estudo.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, aplicando-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, sem recurso de software (18). Foram utilizados os códigos “ENF” para enfermeiros e “TE” para técnicos de enfermagem, acrescidos da numeração referente à ordem da realização das entrevistas, com a finalidade de manter o anonimato dos participantes.

As falas originais dos participantes da pesquisa foram mantidas, a fim de respeitar a visão interna e original dos pensamentos e sentimentos do grupo pesquisado. Já a visão do pesquisador contemplou as interpretações com base na literatura e nas inferências expressas na discussão dos dados com vistas ao avanço do conhecimento.

Esta pesquisa está em conformidade com a Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e atende a todos os preceitos éticos.

## Resultados

Participaram do estudo sete enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem. Entre os enfermeiros, todos eram do sexo feminino, com idade entre 30 e 52 anos. O tempo de trabalho na enfermagem variou entre 8 e 27 anos, e o vínculo de trabalho na instituição pesquisada variou entre 7 e 20 anos. Com relação aos técnicos de enfermagem, cinco eram do sexo masculino e nove do sexo feminino, com idades entre 36 e 65 anos, trabalhando na enfermagem entre 7 e 34 anos, e na instituição entre 1 e 29 anos. O suporte recebido diante do envolvimento com uma ocorrência de queda foi descrito pela equipe de enfermagem com base nos aspectos individuais (categoria “suporte individual”) e institucionais (categoria “suporte institucional”).

### Suporte individual

Quando os trabalhadores de enfermagem foram questionados sobre o apoio que receberam em uma situação de queda de paciente hospitalizado, as respostas variaram entre o apoio de um colega próximo, da chefia imediata ou de um familiar do trabalhador de saúde.

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

A gente fala pra chefia imediata, mas não tem um apoio. (ENF1)

Segundo os entrevistados, esse apoio ocorre pela proximidade de relações previamente construídas, por um espaço de fala possível entre os diferentes membros das equipes de trabalho, pelo colega que se propõe a fazer uma escuta e acolher os sentimentos desperitados a partir das vivências relacionadas à queda do paciente.

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

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

Outro aspecto mencionado como desejável pelos trabalhadores foi o de receber o apoio imediato por parte dos colegas quando da ocorrência de evento adverso em paciente sob seus cuidados. No entanto, eles relatam que nem sempre isso acontece, ora porque o vínculo familiar consegue suprir essa demanda de maneira mais acolhedora, ora porque o ambiente de trabalho, por vezes, não permite esse momento de escuta, dadas a rotina exaustiva e as situações que podem envolver a negação dos sentimentos relacionados à vivência do incidente.

Eu acho que mais da minha família, das pessoas que eu tenho afeto fora daqui, [é nesse meio] que eu vou relatar que aconteceu uma situação ruim com um paciente. (ENF7)

[...] a própria unidade não te dá esse espaço. [...], tu já chega trabalhando, perguntando [...]. Não tem como dizer que quer sentar pra conversar com a enfermeira uns 10 minutos. [...] ela tem cinco, seis auxiliares, [...] pra coordenar e mais 15, 16 pacientes [...]. Até pode querer, mas ela está conversando comigo e vem outro. (TE10)

Os trabalhadores da equipe de enfermagem também relataram que o apoio imediato de um colega com o qual há laços de afinidade promove um acolhimento efetivo e reduz a sensação de julgamento pelo envolvimento no incidente.

## Suporte institucional

Quando questionados com relação ao apoio institucional recebido, a equipe de enfermagem demonstra não encontrar esse suporte ou, ainda, entende que este precisa ser solicitado.

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

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

[...] um apoio, mas assim para o sentimento, ninguém. Eu procurei um apoio para descobrir o que aconteceu [...], mas para o sentimento não. (ENF4)

Ainda que os entrevistados tenham elencado o apoio institucional como algo existente, não entendem como eficiente, solicitando que

ele pudesse ser aportado ativamente. Solicitam um apoio institucional estruturado, por alguém externo à unidade, que pudesse olhar para os sentimentos do campo da saúde mental.

[...] pedir um atendimento, relatar que passei por uma situação X eu me senti assim, acho que receberia o atendimento adequado. Mas eu teria que buscar isso [...] não tem como saber o que está acontecendo aqui, [...] a não ser que fosse um programa constante ou um acompanhamento. (ENF7)

Eu acredito que tenha, mas não é culturalmente utilizado. Eu entendo que o SMO [Serviço de Medicina Ocupacional] tenha disponível psicólogo do trabalho, não sei se tem uma agenda aberta. [...] alguns de nós se tratam fora. Enfim, essas coisas acabam aparecendo nas nossas próprias terapias. Eu acho que o hospital dispõe, a gente culturalmente não adere ou talvez isso também não chegue dessa forma assim, tão explícito que esse recurso existe para ser usado nesse contexto, entende? Porque se tu for pensar no aspecto gerencial da coisa, o que chega para nós é a demanda, é o indicador, é a resposta de que tem problema. (ENF6)

Hoje [...] seria esse acompanhamento com psicólogo, essa orientação com o médico ou sei lá com alguém que venha conversar conosco. Sem que a gente pedisse, aconteceu e automaticamente porque quando a gente erra alguma coisa com a medicação automaticamente tu é chamado, tu é cobrado. [...] porque a gente se interessa [...] quando na realidade deveria haver interesse da instituição de nos dizer. (TE10)

**A equipe de enfermagem entende que o acolhimento pode ser estruturado de melhor forma e proposto de maneira continuada. Além disso, entende que o apoio deveria ser de interesse da instituição a fim de investir no grupo de enfermagem.**

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

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

**As falas revelam que há a identificação da necessidade de um amparo institucional e da consolidação de uma abordagem voltada para o acolhimento dos trabalhadores que possivelmente requeira pessoal dedicado a esse fim.**

[...] o pessoal trabalha muito e precisa de um cuidado maior. A gente precisa desse cuidado tanto quanto eles [os pacientes], para que eles sejam bem atendidos a gente tem que ser bem cuidado pela instituição. (TE11)

[...] não sei se todos aceitariam um acompanhamento, querer conversar, se abrir com a psicóloga. [...] eu já tive noção de conversar com psicóloga em outras coisas e não me ajudou em nada, não resolveu em nada. (TE6)

**A fala anterior também evidencia alguma descrença sobre a eficácia do serviço existente, reiterando a necessidade de investimentos e melhorias nesse aspecto. Por sua vez, os trabalhadores**

que se envolvem como segunda vítima de eventos adversos identificam que a abordagem institucional representa uma maneira de valorizar e investir na segurança emocional deles.

## Discussão

A queda de pacientes representa não apenas incidentes frequentes no cuidado em saúde como também é fonte geradora de sentimentos de culpa entre os membros da equipe de enfermagem envolvidos, entre outros sentimentos negativos característicos experimentados em situações de segundas vítimas. Esses fatos são evidenciados nas falas quando os trabalhadores de enfermagem identificam a necessidade de partilhar com um colega próximo ou com familiares sentimentos experienciados por ter na escala de trabalho um paciente que sofreu queda, o que é uma forma de buscar suporte. Sob essa perspectiva, faz-se necessário proporcionar um maior suporte à equipe de enfermagem (13, 19).

O impacto psicológico de se tornar uma segunda vítima está diretamente relacionado com a gravidade de um evento. Um estudo com trabalhadores de saúde de 93 hospitais na Bélgica mostrou que o impacto de um óbito é maior entre enfermeiros, já, com dano grave, é entre médicos. Segundo os pesquisadores, a justificativa está na natureza da profissão e na responsabilidade final pelo paciente (20).

O fenômeno da segunda vítima ocorre de maneira ampla e mais intensa em locais com pacientes que demandam mais cuidados e com ocorrência de óbito. Entretanto, os pacientes acometidos por dano grave, em que os cuidados realizados tiveram repercussão direta no desfecho dos pacientes predispõe sentimentos de culpa, fato esse que demonstra a importância da estruturação de programas que amparem segundas vítimas (9, 20).

Não é incomum que, em circunstâncias em que o dano ao paciente se sobressaia, a equipe de enfermagem precisa lidar, individualmente, com as repercussões emocionais do evento. Circunstâncias essas que são ratificadas por situações prévias em que o trabalhador precisou do serviço de medicina ocupacional e não identificou o suporte organizacional.

A enfermagem é uma profissão fortemente arraigada no resultado do êxito, desconsiderando a falibilidade inerente aos processos complexos e tem um forte senso de responsabilidade, característica essa que, juntamente com a redução do dano, influenciam no impacto da ocorrência (20). O foco constante no resultado reforça o olhar para os eventos adversos e identifica oportunidades de melhoria, analisando retrospectivamente cenários de prática, implantando planos de melhoria, focando na educação continuada das equipes que realizam o cuidado.

Embora todos esses fatores sejam importantes, é preciso monitorar os ambientes de trabalho (21) e identificar a repercussão dos eventos adversos para os trabalhadores, como forma de incidir sobre a cultura de segurança organizacional, demonstrando a importância de discutir quando algo não saiu como o esperado, tanto na perspectiva do processo de trabalho quanto na do acolhimento aos trabalhadores, buscando dar sentido ao fazer.

Tornar-se segunda vítima pode ser equiparada a síndromes pós-traumáticas, considerando a gama de sentimentos compreendidos, sendo que cerca de 50% dos trabalhadores de saúde já vivenciaram sentimentos que os levaram a causar dúvida quanto à sua capacidade laboral e uma profunda responsabilidade com relação à repercussão negativa para a vida futura do paciente, o que vai ao encontro das falas dos entrevistados (13, 16).

Entre os sentimentos da segunda vítima, estão a culpa pelo dano causado ao paciente, o medo pela perda da reputação, a angústia pela cobrança de situações não esclarecidas ou não tratadas fazem parte das vivências da segunda vítima (9, 20, 22).

A redução do impacto psicológico requer estratégias ativas e planejadas, muito mais do que qualquer capacidade individual de resiliência e da busca por auxílio, embora sejam importantes. A não identificação, de maneira clara, do suporte institucional ou a inefetividade do atendimento ocupacional são relatos importantes acerca do suporte, como forma de valorizar tanto o trabalhador quanto o paciente. O suporte prestado e uma cultura organizacional com caminhos claros permitem que sentimentos como esses possam ser, pelo menos, mitigados (20).

Estratégias como a fuga são descritas na literatura e podem tornar-se comuns por parte de enfermeiros, uma vez que o foco na tarefa e na emoção também são relatados como alternativas de enfrentamento da segunda vítima (23). Estratégias como essas levam a um ambiente de insatisfação entre os membros da equipe e desconstroem relações de confiança entre os pares (16). Nesse sentido, o suporte institucional, tanto para dar ao trabalhador o protagonismo por essa ação quanto para respaldá-lo, constitui-se na chave para essas ações (13, 15).

Sentimentos e comportamentos de fuga e negação relacionados aos incidentes, apesar de serem passíveis de serem caracterizados como mecanismos de defesa, dificultam a investigação de possibilidades mais eficazes para o enfrentamento de situações que causam sofrimentos psíquicos. Essas situações podem ocorrer na carência de suporte institucional formal, permitindo a emergência de sentimentos de desrespeito e desvalorização dos trabalhadores, além da preservação dos sentimentos de segunda vítima (24).

Estratégias de enfrentamento apropriadas têm repercussão positiva quando evocam atitudes e comportamentos proativos

que são benéficos aos pacientes, mas é preciso identificar que estratégias inapropriadas podem enfraquecer o vínculo terapêutico trabalhador-paciente, retratado por comportamento mais agressivo ou defensivo da equipe de saúde (25), constituindo-se um alerta para as instituições hospitalares e uma importante razão para a implementação de um suporte estruturado com abordagem precoce, escalonada e contínua.

Tendo em vista que após um incidente, o trabalhador sente a necessidade de conversar, ser dispensado da escala de trabalho e sentir-se apoiado pelos colegas e pela instituição, entende-se a imprescindibilidade de capacitar representantes das equipes assistenciais e gerenciais, o que pode ser implementado através de uma liderança atenta e escuta qualificada. Para tanto, o nível de suporte organizacional às lideranças é crucial para que estas identifiquem programas e projetos que apoiem as segundas vítimas (15, 20, 26).

O suporte institucional é primordial para atenuar os impactos da experiência da segunda vítima e a resposta imediata constitui uma forma de acolhimento. A consciência de um evento adverso auxilia no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento individuais e de suporte aos colegas que passam por situações semelhantes. Por isso, as vias de suporte às segundas vítimas devem ser disponíveis, visíveis e acessíveis, e o compartilhamento da experiência da equipe permite a restituição no grupo de trabalho e possibilita uma restauração da integridade (13, 15), visto que a desordem emocional de participar de um evento adverso é capaz de alterar as relações de trabalho e o tipo de suporte recebido, o que isso influencia na resposta emocional (27).

A criação de um programa de suporte às segundas vítimas denominado “Resilience in stressful” (Rise), no Hospital da Universidade Johns Hopkins (Estados Unidos), demonstrou ser benéfico para a instituição, estruturando o suporte da equipe de saúde após a ocorrência de evento estressante relacionado a pacientes. Outros programas com propósito semelhante foram criados, como o Mitigating Impact in Second Victims (Mise), com formato de suporte virtual, que se propõe a capacitar trabalhadores da linha de frente e gestores a auxiliar os membros da equipe de saúde envolvidos em eventos com repercussão para segunda vítima. Nessa linha, a Universidade de Missouri (Estados Unidos), com o programa *For you*, demonstrou que apenas 10% das segundas vítimas necessitam suporte especializado em saúde mental, o que demonstra a importância do acolhimento e da escuta qualificada dos pares de maneira imediata no ambiente de trabalho (17, 26, 28, 29).

Ademais, ressalta-se que o suporte fornecido à segunda vítima pela instituição pode auxiliar a prevenir novas ocorrências do evento, à medida que investe no trabalhador, não eximindo este da sua responsabilização, considerando a repercussão do dano. Além disso, é importante identificar as experiências da equipe de enfermagem como segunda vítima nas instituições de saúde a fim de propor medidas e programas de suporte adequados e possíveis de serem realizados (30), de forma imediata, em médio e longo prazo, com

vistas a diminuir o estresse emocional e promover a resiliência individual e sistêmica (25).

Por fim, trata-se de um estudo em pequena escala, em que os resultados são sensíveis ao contexto empregado, o que pode caracterizar uma limitação do estudo, bem como o conhecimento prévio da pesquisadora acerca dos participantes do estudo. No entanto, essa metodologia pode ser replicada, o que permite que sejam identificadas alternativas para o planejamento de apoio aos trabalhadores como forma de valorização e investimento nas relações de trabalho.

No que diz respeito à enfermagem, a identificação de pessoas dispostas e com perfil acolhedor e empático nas unidades de trabalho, constitui uma relevante possibilidade a ser implantada, como forma de um suporte imediato, embasada em relações previamente construídas, e uma etapa inicial da abordagem à segunda vítima. Além disso, a discussão na academia durante a formação constitui outra possível contribuição do estudo, na medida em que há estreita relação entre uma liderança atenta e a promoção de um ambiente acolhedor.

## Conclusões

O presente estudo identificou as percepções da equipe de enfermagem quanto à relevância do suporte individual, quer por pares, no ambiente de trabalho, quer por familiares, no contexto privado às situações que predispõem segundas vítimas entre os trabalhadores de enfermagem. A incipiência do suporte institucional e a necessidade de conversar abertamente sobre as situações vividas por segundas vítimas, ainda que, com receio das repercussões, faz-se necessário como forma de mitigar os sentimentos dos trabalhadores envolvidos em falhas no cuidado, valorizar o pessoal de enfermagem e promover um cuidado também humanizado aos membros das equipes de saúde.

O suporte à equipe de enfermagem possibilita contribuir para a promoção de uma cultura institucional de segurança que permite o aprendizado, reforça as relações de confiança e promove o bem-estar dos trabalhadores como forma de propiciar um cuidado na busca pela qualificação no âmbito laboral, representado pelo desafio gerencial traduzido pela relevância das quedas no contexto mundial.

O grau de investimento nos trabalhadores de saúde pressupõe que a implantação de programas de suporte à segunda vítima precisa ser precoce e ativamente oferecidos, de maneira estruturada, escalonada e contínua, identificando pessoas de referência, com perfil acolhedor que possam fazer essa abordagem imediata e longitudinal, o que consiste na principal sugestão para estudos futuros.

**Conflito de interesses:** nenhum declarado.

1. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DAT, Goulart MB, Garcia LAA. Models for the implementation of Evidence-Based Practice in hospital based nursing: A narrative review. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e2070017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
2. Morris R, O'Riordan S. Prevention of falls in hospital. *Clin Med (Lond).* 2017;17(4):360-2. DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-4-360>
3. World Health Organization. Charter health worker safety: A priority for patient safety. [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf>
4. Severo IM, Kuchenbecker RS, Vieira DFVB, Lucena AF, Almeida MA. Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: A case-control study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018;26:e3016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2460.3016>
5. Barbosa AS, Chaves EHB, Ribeiro RG, Quadros DV, Suzuki LM, Magalhães AMM. Characterization of the adult patients' falling incidents in a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e20180303. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>
6. Morello RT, Barker AL, Haines T, Zavarsek S, Watts JJ, Hill K *et al.* In-hospital falls and fall-related injuries: A protocol for a cost of fall study. *Inj Prev.* 2013;19(5):363. DOI: <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040706>
7. Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns E, Stevens J, Drake C. Medical costs of fatal falls and fall injuries among older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(4):693-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.15304>
8. Paulino GME, Matsuda LM, Matta ACG, Ferreira AMD, Dias AO, Silva LF. Costs and root causes of medication errors and falls in a teaching hospital: Cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20200045. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0045>
9. Quadros DV, Magalhães AMM, Wachs P, Severo IM, Tavares JP, Dal Pai D. Modeling of adult patient falls and the repercussions to Nursing as a second victim. *Rev Latin Am Enfermagem.* 2022;30:e3618. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3618>
10. Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9(9):e028280. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
11. Falcão RMM, Costa KNFM, Fernandes MGM, Pontes MLF, Vasconcelos JMB, Oliveira JS. Risk of falls in hospitalized elderly people. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e20180266. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180266>
12. Ferreira VB, Amestoy SC, Silva GTR, Trindade LL, Santos IAR, Varanda PAG. Transformational leadership in nursing practice: Challenges and strategies. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190364. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0364>
13. Mira JJ, Carrillo I, García-Elorrio E, Andrade-Lourenção DCDE, Pavan-Baptista PC, Franco-Herrera AL *et al.* What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *In J Qual Health Care.* 2020;32(5):313-8. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa031>
14. Wu AW. Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320(7237):726-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
15. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev.* 2017;64(2):242-62. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12317>
16. Ajri-Khameslou M, Abbaszadeh A, Borhani F. Emergency nurses as second victims of error: A qualitative study. *Adv Emerg Nurs J.* 2017;39(1):68-76. DOI: <https://doi.org/10.1097/TME.000000000000133>
17. Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C *et al.* Deployment of a second victim peer support program: A replication study. *Pediatr Qual Saf.* 2017;2(4):e031. DOI: <https://doi.org/10.1097/pq9.000000000000031>
18. Bardin, L. Análise de conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.
19. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: A systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf.* 2020;16(2):e61-74. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000589>
20. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag.* 2019;28(2):286-93. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12920>
21. Navarro Maldonado XA, Nascimento ERP, Lazzari DD. Nursing professionals and adverse event reporting. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29(spe):e20190282. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0282>
22. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: Connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *J Patient Saf.* 2021;17(3):195-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000301>
23. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Dealing with adverse events: A meta-analysis on second victims' coping strategies. *J Patient Saf.* 2020;(2):51-60. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000661>
24. Vieira FO, Mendes AM, Merlo ARC, editores. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.
25. Busch IM, Moretti F, Campagna I, Benoni R, Tardivo S, Wu AW *et al.* Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: A systematic review of second victim support resources. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):5080. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105080>
26. Stone, Misty. Second victim support programs for healthcare organizations. *Nurs Manag.* 2020;51(6):38-45. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000662664.90688.1d>
27. Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: A qualitative systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* 2017;(9):2333-64. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBIS-RIR-2016-003254>
28. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open.* 2016;6(9):e011708. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
29. Mira JJ, Carrillo I, Guilbert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C *et al.* The second victim phenomenon after a clinical error: The design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *J Med Internet Res.* 2017;19(6):e203. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.7840>
30. 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>