



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA PAe Nº 000019.10/2026-CFM – PARECER CFM Nº 24/2026

ASSUNTO: Diretor técnico; segurança do paciente; segunda vítima; condição de trabalho; erro médico; primeiro socorro.

RELATORES: Cons. Maíra Pereira Dantas e Domingos Sávio Matos Dantas

EMENTA: Opina sobre o papel do diretor técnico na prevenção e suporte a médicos na condição de segunda vítima nos estabelecimentos de saúde, quando envolvidos em eventos adversos em saúde.

DA CONSULTA

Este parecer analisa questionamento apresentado à Câmara Técnica de Administração em Saúde e à Comissão de Segurança do Paciente do Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto ao papel do diretor técnico na prevenção e suporte a médicos na condição de segunda vítima nos estabelecimentos de saúde, quando envolvidos direta ou indiretamente nos eventos adversos em saúde.

DO PARECER

Marco Regulatório

Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC Anvisa) nº 36/2013: institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências¹.

Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 529/2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)².

Resolução CFM nº 2.147/2016: estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos³.

Portaria GM/MS Nº 11.527/2026: institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente⁴.

Resolução da Organização Mundial de Saúde (OMS) 72.6 – *Global Action on Patient Safety*: estabelece a segurança do paciente como uma das prioridades fundamentais da assistência em saúde aprovada pela 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2019⁵.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, da OMS: estrutura de ação para que as principais partes interessadas unam esforços e implementem iniciativas de segurança do paciente de forma abrangente⁶. O objetivo é alcançar a máxima redução possível de danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros em todo o mundo.

Conceitos

Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde.

Evento sentinela: incidente crítico de segurança do paciente que resulta em morte, dano físico ou psicológico permanente, ou dano temporário grave, portanto de investigação obrigatória.

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

Quase acidente/quase erro (near miss): incidente que tinha potencial para causar dano a um paciente, mas foi interceptado a tempo por acaso ou por ação humana antes de atingi-lo.

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP): documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Primeiras vítimas do evento adverso: aquelas cujas vidas foram primariamente impactadas pela ocorrência de evento adverso, sendo pacientes e seus familiares, a quem devem ser direcionados os primeiros cuidados e apoio imediatos.

Segundas vítimas do evento adverso: profissionais de saúde que também podem sofrer danos consideráveis, às vezes dramáticos, se sentindo como se tivessem falhado no cuidado ao paciente⁷. O termo “segunda vítima” foi cunhado em 2000 pelo médico e pesquisador Albert Wu, professor de saúde pública e gestão da Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins. O intuito foi chamar atenção para profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos que se sentem traumatizados ou negativamente impactados pela experiência⁸.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Terceiras vítimas do evento adverso: instituição, equipe de gestão de risco e profissionais de qualidade e segurança do paciente que sofrem danos indiretos, de ordens reputacional, financeira, processual e emocional — mesmo sem ter participado diretamente do erro. O termo foi sistematizado por Holden e Card⁹, com a ideia central de que o dano de um evento adverso não para no paciente e na família; ele se espalha pela instituição inteira. A consequência prática é que o apoio não deve se limitar ao profissional diretamente envolvido e de que é preciso prover suporte estruturado para toda a cadeia afetada.

Discussão

Em 1999, o Institute of Medicine, dos Estados Unidos, publicou o relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” mudando o paradigma de percepção de culpa por erros em saúde em decorrência de incompetência individual, intencional ou não, para a evidência de que a maioria dos erros em saúde decorre documentadamente de falhas na organização dos sistemas¹⁰.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecendo planos de ações corretivos e metas globais de redução das falhas de processo mais frequentemente encontradas. Instituiu adicionalmente o Dia Mundial da Segurança do Paciente e o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente (2021-2030), visando eliminar danos evitáveis na assistência multiprofissional em saúde.

Em consonância com o apelo global pelo gerenciamento de riscos no setor, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publica a RDC nº 36/2013, que estabelece a obrigatoriedade do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PSP) e do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde. Na mesma esteira, o Ministério da Saúde publica a Portaria MS nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Recentemente, a Comissão Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente do Ministério da Saúde se manifestou através da publicação da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente (PNQSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reiterando a importância de promover o cuidado seguro, de qualidade, equitativo e centrado na pessoa, de forma integral, territorializada e orientada às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ressalta que a PNQSP se aplica a todos os níveis de atenção à saúde, aos serviços públicos e privados, filantrópicos, civis e militares, bem como às instituições de ensino e pesquisa, no âmbito do SUS, considerando sua



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

organização em RAS e seus diferentes pontos de atenção, respeitadas as competências dos entes federativos e os marcos regulatórios vigentes.

Dentre os inúmeros pontos relevantes do documento fica destacada a relevância da cultura de segurança como cultura justa, da promoção da segurança psicológica, do reconhecimento da necessidade de apoio institucional aos trabalhadores da saúde envolvidos em incidentes relacionados a assistência (segunda vítima), da promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis e da valorização dos profissionais.

Por sua vez, o CFM endossa a preocupação das entidades sanitárias nacionais e internacionais com a integridade da prática assistencial, buscando colaborar no âmbito de suas atividades finalísticas com ações concretas que possam resultar na prevenção de erros evitáveis, clamando pela atenção a falhas estruturais e organizacionais que comprometem os melhores desfechos clínicos e geram sensação de frustração e impotência aos médicos da linha de frente, seja no sistema público ou privado.

Considerando que a Resolução CFM nº 2.147/2016 atribui ao diretor técnico o dever de zelar pelo cumprimento das normas sanitárias, assegurar “condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população”, o CFM analisou o papel do diretor técnico na prevenção e suporte a médicos na condição de segunda vítima.

Os sistemas de acreditação hospitalar perceberam que a implantação eficiente de estratégias preventivas estava diretamente relacionada ao desenvolvimento de uma cultura institucional de segurança que priorizasse as correções de falhas operacionais em detrimento de atitudes punitivas.

Essa cultura tem sido chamada cultura justa na medida em que corrige o foco da responsabilização individual para a melhoria contínua dos processos¹¹, favorece o engajamento da equipe, estimula a necessária e imprescindível notificação dos eventos e permite a busca de soluções definitivas para cada ocorrência.

É sabido que as categorias profissionais mais numerosas nos hospitais apresentam maior exposição a eventos adversos e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade à experiência da condição de segunda vítima. Contudo, entre médicos, a prevalência do fenômeno de segunda vítima é bastante considerável. Estudo observou a prevalência de cerca de 86,3%, em um período



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

de cinco anos¹². A prevalência tende a ser maior em ambientes organizacionais sem cultura de segurança do paciente consolidada.

Entre as consequências para o médico destacam-se angústia, muitas vezes prolongada, vergonha, dúvida sobre sua competência profissional, sentimento de culpa, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, irritabilidade, isolamento, abuso de substâncias e ideação suicida⁷. Ausência de apoio adequado dificulta a recuperação emocional e prolonga o sofrimento do profissional envolvido, gera medo de sanções disciplinares/judiciais, *flashbacks* do evento e impulso de abandonar a profissão ou mudar de área devido a sofrimento psíquico. Ademais, o trauma de ser uma segunda vítima pode atuar como gatilho de aceleração da síndrome de *burnout* agravando a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional.

Alguns fatores ligados diretamente ao aparecimento de médicos como segunda vítima são: profundo senso de responsabilidade em não causar danos, senso de infalibilidade, grau de participação insuficiente em políticas institucionais de segurança do paciente, cultura punitiva na organização e baixa participação de lideranças médicas na investigação de eventos adversos.

Apesar de existirem experiências voltadas diretamente ao suporte a profissionais de saúde enquanto segundas vítimas relatadas na literatura, os relatos ainda são escassos. No que tange a médicos, guardadas suas especificidades, os relatos são ainda mais raros. Estudo revela que, de 38 hospitais norte-americanos avaliados, apenas 16% tinham programas de suporte para segundas vítimas, considerando todos os segmentos profissionais¹³.

Gestores hospitalares têm papel essencial no fortalecimento da cultura de segurança do paciente e no estímulo à cultura justa, na medida em que se posicionam à frente de estratégias como trabalho em equipe e distribuição de recursos¹⁴.

Evitar que médicos experimentem a síndrome passa inevitavelmente por melhorar a qualidade assistencial e as práticas de segurança, fortalecendo assim a estratégia de cuidado centrado na pessoa.

Nessa perspectiva, por exemplo, a participação regular do diretor técnico nos NSP se torna fundamental, pois são núcleos que costumam abrigar as práticas de prevenção e tratamento de eventos adversos, em conjunto com os setores de qualidade assistencial. Participando dos NSP, o diretor técnico, além de contribuir com a construção de políticas e práticas institucionais, também age na transição entre a cultura punitiva e a cultura justa; assim,



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ele passa a atuar na análise dos processos desorganizados, com a visão adequada da prática médica, separando as vulnerabilidades sistêmicas das fragilidades pessoais.

A seleção adequada de ferramentas para investigação de eventos adversos na saúde é crucial para mapear falhas assistenciais, compreender causas estruturais e prevenir a recorrência de incidentes. A análise deve ser direcionada para identificação dos fatores contribuintes da causa-raiz (ACR) através de instrumentos como o Protocolo de Londres, os 5 Porquês, a ferramenta Bow-Tie, o método Tracer, observações *in loco* e entrevistas.

Subsequentemente, a Matriz de Responsabilização, idealizada pela National Patient Safety Agency, agência criada pelo sistema de saúde inglês para fortalecer o aprendizado a partir dos eventos adversos, é em muitas instituições a principal ferramenta utilizada pelos NSP para estabelecer a diferença entre falhas em processos institucionais e responsabilização individual de profissionais de saúde, inclusive de médicos.

Em suma, o cumprimento do papel do diretor técnico na prevenção de médicos entrarem na condição de segunda vítima deve ser garantido pelos mantenedores institucionais com a autonomia correspondente à responsabilidade assumida. Já se fala em terceira vítima quando os diretores técnicos sem condições de exequibilidade do que sabem ser necessário acabam responsabilizados. Assim, a estrutura de apoio deve documentadamente incluir:

I. Meios para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e para a consequente redução de eventos adversos, incluindo a participação direta e regular nos mecanismos de análise e tratativa das falhas de processo.

II. A implementação de programas de apoio a membros do corpo clínico na condição de “segundas vítimas”, direcionados para a criação de um ambiente de segurança psicológica.

III. Aconselhamento profissional na condição de liderança e disponibilização de consultoria jurídica quando cabível.

IV. Garantia de segurança à integridade física dos profissionais de saúde envolvidos, quando do exercício profissional, em cumprimento à Resolução CFM nº 2.444/2025¹⁵.

V. Criação de sistema de suporte em três níveis:

Nível 1: Primeiro socorro emocional fornecido por um colega ou liderança imediatamente após o incidente. Nesse estágio a escuta é fundamental.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Nível 2: Envolve o apoio por pares treinados, colegas de trabalho especificamente capacitados em liderança e suporte após um evento adverso traumático. Este estágio envolve o acompanhamento nos dias e semanas seguintes ao incidente para garantir o bem-estar do profissional.

Nível 3: Suporte por profissionais de saúde mental, que deve estar disponível para todos os profissionais da instituição de saúde.

DA CONCLUSÃO

Conforme a Resolução CFM nº 2.147/2016, o diretor técnico, enquanto líder da instituição de saúde, tem importante papel na prevenção e suporte a médicos do corpo clínico quando envolvidos em eventos adversos e traumatizados pela síndrome da segunda vítima.

Assim, deve envidar esforços junto a mantenedores institucionais para criação de rede de apoio qualificada no estabelecimento de saúde sob sua responsabilidade, desenvolvendo uma cultura de segurança justa, que propicie a melhoria sistêmica estrutural, através da correção dos verdadeiros fatores contributivos para as falhas de processo, ao mesmo tempo que garante a proteção da sua equipe.

Esse é o parecer, S.M.J.

Brasília, 19 de agosto de 2026.

MAÍRA PEREIRA DANTAS

Conselheira Relatora

DOMINGOS SÁVIO MATOS DANTAS

Conselheiro Relator



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://anvisa.gov.br/legis/action/ActionDataLegis.php?acao=abrirTextoAto&tipo=RDC&numeroAto=00000036&seqAto=000&valorAno=2013&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMSC&dTipo=&desItem=&desItemFim=&cod_menu=1696&cod_modulo=134&pesquisa=true&utm. Acesso em: 21 ago. 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njc3OA%2C%2C>. Acesso em: 21 ago. 2026.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Brasília, DF: CFM, 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147?utm>. Acesso em: 21 ago. 2026.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026*. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-11.527-de-9-de-junho-de-2026-711400715?utm>. Acesso em: 21 ago. 2026.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Resolution WHA72.6: Global action on patient safety. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/329284>. Acesso em: 21 ago. 2026.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 21 ago. 2026.
7. SIMMS-ELLIS, R.; HARRISON, R.; SATTAR, R.; SWEETING, E.; HARTLEY, H.; MORRIS-EDGE, M. *et al.* Avoiding ‘second victims’ in healthcare: what support do staff want for coping with patient safety incidents, what do they get and is it effective?: a systematic review. *BMJ Open*, v. 15, n. 2, e087512, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-087512. Acesso em: 21 ago. 2026.
8. WU, A. W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*, v. 320, n. 7237, p. 726-727, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.726. Acesso em: 21 ago. 2026.
9. HOLDEN, J.; CARD, A. J. Patient safety professionals as the third victims of adverse events. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, v. 24, n. 4, p. 166-175, 2019. DOI: 10.1177/2516043519850914. Acesso em: 21 ago. 2026.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

10. INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. To err is human: building a safer health system. Eds.: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan e Molla S. Donaldson. Washington, DC: National Academies Press, 2000. DOI: 10.17226/9728. Acesso em: 21 ago. 2026.
11. KUMAH, A. Adverse event reporting and patient safety: the role of a just culture. *Front Health Serv*, v. 5, 1581516, 2025. DOI: 10.3389/frhs.2025.1581516. Acesso em: 21 ago. 2026.
12. MIRA, J. J.; CARRILLO, I.; LORENZO, S.; FERRÚS, L.; SILVESTRE, C.; PÉREZ-PÉREZ, P. *et al.* The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*, v. 15, 151, 2015. DOI: 10.1186/s12913-015-0790-7. Acesso em: 21 ago. 2026.
13. EDREES, H. H.; MORLOCK, L.; WU, A. W. Do hospitals support second victims?: collective insights from patient safety leaders in Maryland. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 43, n. 9, p. 471-483, 2017. DOI: 10.1016/j.jcjq.2017.01.008. Acesso em: 21 ago. 2026.
14. HUANG, C. H.; WU, H. H.; LEE, Y. C.; LI, X. The critical role of leadership in patient safety culture: a mediation analysis of management influence on safety factors. *Risk Manag Healthc Policy*, v. 17, p. 513-523, 2024. DOI: 10.2147/RMHP.S446651. Acesso em: 21 ago. 2026. Errata em: *Risk Manag Healthc Policy*, v. 17, p. 1463-1464, 2024. DOI: 10.2147/RMHP.S480246. Acesso em: 21 ago. 2026.
15. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.444, de 20 de agosto de 2025. Estabelece garantias de segurança para os médicos no exercício de sua atividade profissional em todas as unidades de saúde em funcionamento no território nacional e normas para a fiscalização e a interdição ética. Brasília, DF: CFM, 2025. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2444?utm>. Acesso em: 21 ago. 2026.
16. BATES, D. W.; LEVINE, D. M.; SALMASIAN, H.; SYROWATKA, A.; SHAHIAN, D. M.; LIPSITZ, S. *et al.* The safety of inpatient health care. *New England Journal of Medicine*, v. 388, n. 2, p. 142-153, 2023. DOI: 10.1056/NEJMs2206117. Acesso em: 21 ago. 2026.
17. VANHAECHT, K.; SEYS, D.; RUSSOTTO, S.; STRAMETZ, R.; MIRA, J.; SIGURGEIRSDÓTTIR, S. *et al.* An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 24, 16869, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192416869. Acesso em: 21 ago. 2026.