**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

LEANDRO RODRIGUES DA ROCHA

**Estratégias de apoio aos trabalhadores de saúde
envolvidos em eventos adversos: Revisão Integrativa da
Literatura**

**RIBEIRÃO PRETO
2020**

LEANDRO RODRIGUES DA ROCHA

Estratégias de apoio aos trabalhadores de saúde envolvidos
em eventos adversos: Revisão Integrativa da Literatura

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Mestrado Profissional em
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Cuidado em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Rita de Cássia de Marchi
Barcellos Dalri

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rocha, Leandro Rodrigues da

Estratégias de apoio aos trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos: Revisão Integrativa da Literatura. Ribeirão Preto, 2020.

113 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Rita de Cássia de Marchi Barcellos Dalri

1. profissionais da saúde. 2. eventos adversos. 3. erro médico. 4. instituições de saúde.

ROCHA, Leandro Rodrigues da

Estratégias de apoio aos trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos:
Revisão Integrativa da Literatura.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia
e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a **Deus**, que com sua infinita sabedoria, foi um importante guia na
minha trajetória.*

*Este trabalho é dedicado também as **pessoas** que estiveram ao meu lado ao longo de toda
vida, minha mãe **Fátima** e minha irmã **Daniela**, que não mediram esforços para me darem
apoio e sempre acreditaram em mim.*

*A **Belinha** que estive ao meu lado à todo momento da elaboração deste trabalho,
demonstrando lealdade incondicional.*

*Quero agradecer também ao meu amigo **Rinaldo**, que de uma forma muito especial, foi capaz
de me incentivar todos os dias e apoiando sempre.*

*Aos meus **familiares** e **amigos**, pelo carinho e compreensão pelas minhas ausências.*

*Por fim, agradeço à **todos** àqueles que sempre me apoiaram incondicionalmente, que
apostaram em mim e que seguramente são os que mais compartilham da minha alegria.*

Mais uma etapa vencida!

AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora, **Rita de Cássia de Marchi Barcellos Dalri**, por todo o conhecimento compartilhado, pela confiança, apoio e paciência ao longo desta trajetória.*

*Aos **docentes, funcionários** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que contribuíram para a construção dos saberes e conhecimento.*

*Aos meus **colegas de disciplinas**, pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.*

*Aos **professores** participantes da banca examinadora que dividiram comigo este momento tão importante e esperado.*

*Agradeço também à **Santa Casa de Presidente Prudente**, pela realização deste mestrado e contribuir de alguma forma para que tudo isso fosse possível.*

*A todas as **pessoas** que direta ou indiretamente contribuíram para a realização da minha pesquisa.*

Muito obrigado a todos vocês!

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”
(Arthur Schopenhauer)*

RESUMO

ROCHA, L. R. **Estratégias de apoio aos trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos: Revisão Integrativa da Literatura**. 2020. 113 f. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introdução: quando um paciente é acometido por um evento adverso muitos são os envolvidos e afetados; sendo o paciente e seus familiares, a instituição, bem como os trabalhadores da saúde que estiveram diretamente envolvidos no evento, tornando-se as "segundas vítimas". As instituições de saúde devem empenhar-se em proporcionar apoio constante e eficiente depois da ocorrência desses eventos, visando reduzir o sofrimento dos trabalhadores e a ocorrência de novos eventos adversos. **Objetivo:** identificar e analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para apoiar os trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos (segundas vítimas). **Método:** estudo de revisão integrativa de literatura; as buscas ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2019 nas bibliotecas virtuais: LILACS, PubMed, SCOPUS, WEB of SCIENCE e CINAHL. Identificou-se 18.036 publicações potencialmente elegíveis, sendo que 374 eram duplicadas e foram excluídas. Do restante (n=17.662), após aplicação dos critérios de seleção, foram excluídos 12.800 estudos e dos 4.862 selecionados após leitura do título e resumo, 97 foram selecionados para leitura na íntegra. Após leitura, a amostra da revisão integrativa foi composta de 21 estudos primários. **Resultados:** Os dados foram analisados e posteriormente divididos em seis categorias, sendo, apoio jurídico, apoio psicológico, apoio de pares, cultura de segurança do paciente, programas de apoio institucionais e sem estratégias de apoio às segundas vítimas. **Conclusão:** A presente revisão integrativa é relevante para a área da saúde no sentido que avança no conhecimento das segundas vítimas, visto que traz por meio de evidências científicas as diferentes formas de manejo dos eventos adversos a nível nacional e internacional principalmente. As estratégias voltadas aos trabalhadores de saúde envolvidos nesses eventos (segundas vítimas) são de fundamental importância na gestão de qualquer instituição de saúde. Os resultados sugeriram um papel importante da cultura organizacional na estruturação e implementação de estratégias de apoio às segundas vítimas, que auxilia na criação de processos mais seguros não só para os pacientes, mas também para os trabalhadores que nelas atuam.

Descritores: profissionais da saúde; eventos adversos; erro médico; instituições de saúde.

ABSTRACT

ROCHA, L R. **Support strategies for health workers involved in adverse events: Integrative Literature Review**. 2020. 113 f. Dissertation (Master Course) - Ribeirão Preto, Nursing College, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introduction: When a patient is affected by an adverse event, many people are involved and affected; the patient and their family members, the institution, as well as the health workers who were directly involved in the event, becoming the "second victims". Healthcare institutions should strive to provide constant and efficient support after the occurrence of these events, with a view to reducing workers' suffering and the occurrence of new adverse events. **Objective:** To identify and analyze the scientific available evidence in the literature on used strategies by health institutions to support the workers involved in adverse events (second victims). **Method:** integrative literature review study; the searches took place in September and October 2019 in the virtual libraries: LILACS, PubMed, SCOPUS, WEB of SCIENCE and CINAHL. It was identified 18,036 potentially eligible publications, which 374 were duplicates and were excluded. The remainder was (n = 17,662), after applying the selection criteria, and then 12,800 studies were excluded and finally 4,862 were selected after reading the title and abstract, after that 97 were selected for full reading. After reading the 97 ones, the integrative review sample consisted of 21 primary studies. **Results:** The data were analyzed and further divided into six categories: legal support, psychological support, peer support, patient safety culture, institutional support programs and no strategies to support second victims. **Conclusion:** This integrative review is relevant for health in the sense that it advances in the knowledge of second victims, and it brings through scientific evidence the different ways of handling the adverse events according to the national and mainly the international level. The strategies aimed to the involved health workers in these events (second victims) are with fundamental importance in the management in any health institution. The results suggested an important function of the organizational order in the structuring and implementation of strategies to support second victims, which helps to create safer processes not only for patients, but also for everybody who work with them.

Keywords: health professionals; adverse events; medical error; health institutions.

RESUMEN

ROCHA, L. R. **Estrategias de apoyo para trabajadores de salud involucrados en eventos adversos: Revisión Integral de Literatura.** 2020. 113 f. Disertación (Máster) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introducción: cuando un paciente se ve afectado por un evento adverso, muchos están involucrados y afectados; El paciente y los miembros de la familia, una institución, así como los trabajadores de la salud que participan directamente en el evento, pueden convertirse en "segundas variables". Las instituciones de salud deben luchar por un apoyo constante y eficiente después de que ocurran estos eventos, reducir el sufrimiento de los trabajadores y causar nuevos eventos adversos.

Objetivo: identificar y analizar el análisis científico disponible en la literatura sobre el análisis aplicado por las instituciones de salud para apoyar a los trabajadores de salud involucrados en eventos adversos (segundas víctimas). **Método:** estudio integrador de revisión de literatura; las búsquedas se realizan en septiembre y octubre de 2019 en las bibliotecas virtuales: LILACS, PubMed, SCOPUS, SCIENCE WEB y CINAHL. Se identificaron 18,036 publicaciones potencialmente elegibles, de las cuales 374 fueron duplicadas y excluidas. Del resto (n = 17,662), después de aplicar la selección seleccionada, se excluyeron 12,800 estudios y de los 4,862 seleccionados después de leer el título y el resumen, 97 se seleccionaron para lectura completa. Después de leer, una muestra de la revisión integradora consistió en 21 estudios primarios.

Resultados: Los datos se analizaron y se dividieron en seis categorías: apoyo legal, apoyo psicológico, apoyo de pares, cultura de seguridad del paciente, programas de apoyo institucional y ninguna estrategia para apoyar a las segundas víctimas.

Conclusión: Esta revisión integradora es relevante para la salud en el sentido de que avanza en el conocimiento de las segundas víctimas, ya que aporta evidencia científica sobre las diferentes formas de manejar los eventos adversos a nivel nacional e internacional principalmente. Las estrategias dirigidas a los trabajadores de salud involucrados en estos eventos (segundas víctimas) son de importancia fundamental en la gestión de cualquier institución de salud. Los resultados sugirieron un papel importante de la cultura organizacional en la estructuración e implementación de estrategias para apoyar a las segundas víctimas, lo que ayuda a crear procesos más seguros no solo para los pacientes, sino también para los trabajadores que trabajan en ellos.

Palabras clave: profesionales de la salud; eventos adversos error médico; instituciones de salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Base de dados utilizados na pesquisa.....	50
Quadro 2	Estratégias de busca nas bases de dados.....	52
Quadro 3	Fluxograma do processo de seleção dos estudos primários.	58
Quadro 4	Estudos primários selecionados para Revisão Integrativa, segundo título do estudo, ano de publicação, periódico, especialidade do periódico e base de dados.....	59
Quadro 5	Síntese do estudo primário 01.....	61
Quadro 6	Síntese do estudo primário 02.....	62
Quadro 7	Síntese do estudo primário 03.....	63
Quadro 8	Síntese do estudo primário 04.....	64
Quadro 9	Síntese do estudo primário 05.....	66
Quadro 10	Síntese do estudo primário 06.....	67
Quadro 11	Síntese do estudo primário 07.....	69
Quadro 12	Síntese do estudo primário 08.....	70
Quadro 13	Síntese do estudo primário 09.....	71
Quadro 14	Síntese do estudo primário 10.....	72
Quadro 15	Síntese do estudo primário 11.....	73
Quadro 16	Síntese do estudo primário 12.....	74
Quadro 17	Síntese do estudo primário 13.....	75
Quadro 18	Síntese do estudo primário 14.....	76
Quadro 19	Síntese do estudo primário 15.....	77
Quadro 20	Síntese do estudo primário 16.....	78
Quadro 21	Síntese do estudo primário 17.....	79
Quadro 22	Síntese do estudo primário 18.....	80
Quadro 23	Síntese do estudo primário 19.....	81

Quadro 24	Síntese do estudo primário 20.....	82
Quadro 25	Síntese do estudo primário 21.....	83
Quadro 26	Categorização dos estudos de acordo com o tipo de apoio evidenciado aos trabalhadores da saúde nas instituições...	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.....	31
Figura 2	Modelo do Queijo Suíço de James Reason.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AHA	American Hospital Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality's
ASHRM	Sociedade Americana para Gerenciamento de Riscos em Saúde
AVC	Acidentes Vasculares Cerebrais
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CISP	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
CPCI-S	Conference Proceedings Citation Index- Science
CPCI-SSH	Conference Proceedings Citation Index- Social Science
CPPS	Centro de Profissionalismo e Peer Support
DE	Departamento de Emergência
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EA	Eventos Adversos
EBSCO	Business Source Complete
EUA	Estados Unidos da América
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LPN	Enfermeiros Práticos Licenciados
BEM	Medicina Baseada em Evidências
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System
MeSH	Medical Subject Headings
MUHC	University of Missouri Health Care
NCBI	National Center for Biotechnology Information
NCH	Hospital Infantil Nacional
NIH	National Institutes of Health
NLM	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América
NOTIVISA	Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária
OAC	Organização de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PICO	Patient, Intervention, Comparison, Outcomes
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PubMed	National Library of Medicine National Institutes of Health
QUAGOL	Qualitative Analysis Guide of Leuven
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RISE	Resiliência Após Eventos Estressantes
SCI	Science Citation Index
SCIE	Citation Index Expanded
SVES	Second Victim Experience and Support Tool
SVP	Fenômeno da Segunda Vítima
UMHC	Hospital Clínico da Universidade do Missouri
USP	Universidade de São Paulo
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	Trabalho.....	23
2.2	Instituições e trabalhadores da saúde.....	24
2.3	Segurança do paciente e eventos adversos (EA).....	27
2.4	Segunda vítima e estratégias de apoio.....	34
3.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
4.	OBJETIVOS.....	44
4.1	Objetivo Geral.....	45
4.2	Objetivos Específicos.....	45
5.	MÉTODO.....	46
5.1	Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.....	48
5.2	Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.....	49
5.3	Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos.....	53
5.4	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	54
5.5	Interpretação dos resultados.....	55
5.6	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.....	55
6.	RESULTADOS.....	57
7.	DISCUSSÃO.....	85
8.	CONCLUSÃO.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99
	ANEXOS.....	111

A motivação para a realização deste estudo emergiu durante minha atuação profissional na área de qualidade e segurança do paciente, iniciada no ano de 2011. Os projetos que concretizei eram voltados à melhoria dos processos de trabalho por meio de ferramentas de gestão, em que o trabalhador da saúde era visto como integrante da estrutura organizacional dos serviços, provocando as mudanças necessárias aos processos e trazendo melhorias.

Observei durante este trajeto, por diversas vezes o trabalhador sendo culpabilizado por equívocos ocorridos em eventos adversos causados aos pacientes.

No ano de 2015 quando realizei o curso de pós-graduação *latu sensu* na área de qualidade em saúde, certifiquei-me que os trabalhadores comentem erros, cabendo aos gestores otimizar os ambientes de trabalho para eliminá-los ou amenizá-los, focando na organização dos processos de trabalho. Repensei minha postura frente às ocorrências de falhas nos eventos adversos, percebendo que um maior envolvimento das lideranças, com o olhar voltado para todo processo, o tornaria mais produtivo e geraria maiores aprendizados.

Durante diversas investigações de eventos adversos, acompanhei depoimentos de trabalhadores e constatei que na maioria desses eventos, houve danos aos pacientes. Identifiquei também o quanto difícil era relatarem sobre o ocorrido, por receio da perda do vínculo empregatício ou pelo dano causado ao paciente. Observei que nos desfechos das investigações, a punição do trabalhador era mais considerável do que a orientação para que o evento não mais acontecesse.

No final do ano de 2017 participei do processo de seleção para o mestrado no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), dentre as áreas de interesse optei pela Saúde do Trabalhador, visando pesquisar melhorias dos processos após as ocorrências de eventos adversos, além de somar conhecimentos à minha carreira profissional desenvolvida atualmente.

Assim sendo, a presente pesquisa tem como foco os trabalhadores da saúde envolvidos em eventos adversos e as estratégias realizadas pelas instituições diante de tal evento. Para o desenvolvimento do estudo optou-se por uma revisão integrativa, devido à carência de estudos no Brasil sobre esta temática, possibilitando entender o que os outros países têm pesquisado sobre e quais estratégias eles têm utilizado para apoiar estes trabalhadores.

A produção do ser humano se constitui pelo processo de trabalho, como atividade consciente por meio da qual intervém na natureza e a transforma junto com outros homens, e nesta ação produz bens materiais e espirituais, tendo em vista atender suas necessidades e apropriar-se destes, produzindo sua humanidade como ser histórico-social (MARX, 2004).

E quando falamos no trabalho em saúde, que lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade ainda maior, devido a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem. Nesse contexto, invenção e experimentação de práticas são necessárias, uma vez que a singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços (FARIA; ARAUJO, 2010).

O trabalho em saúde é uma atividade de enorme complexidade, ao nível do paciente tratado, mas também em relação a diferentes níveis que envolvem sua prática em consultórios, clínicas, hospitais, postos de saúde e outras instituições de saúde. Uma das características das instituições de saúde é a produção de resultados incertos, muitas vezes expressos em erros e complicações, com elevados custos de eficiência e crescentes graus de insatisfação por parte da população tratada e dos prestadores (FRAGATA; SOUSA; SANTOS, 2014).

Contextualizar a segurança do paciente nas instituições de saúde é um constante desafio, pois a assistência à saúde sempre envolverá riscos em virtude dos avanços tecnológicos, da diversidade de processos organizacionais e de uma demanda cada dia mais ascendente. (SOUSA; MENDES, 2014).

Segundo o documento da *World Health Organization* (WHO) (2009), segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento ou outro tratamento. Estima-se que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, em particular, os eventos adversos (EA), afeta de 4 a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

O incidente é conceituado como um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, enquanto os eventos adversos são incidentes que geraram dano ao paciente (Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital, 2009).

A realidade global é que o cuidado inseguro é uma das dez (10) principais causas de morte no mundo e até 83% dos danos são evitáveis. Os EA são responsáveis por mais vidas perdidas do que câncer de pulmão, diabetes ou acidentes de trânsito (FLOTT; FONTANA; DARZI, 2019). Estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes afetados por eventos adversos, sendo 66,7% evitáveis. A ocorrência desses eventos causa danos aos pacientes e aumenta o tempo de internação, mortalidade e custo hospitalar (MENDES et al., 2009).

No Brasil, a notificação de EA pelos estabelecimentos de saúde tornou-se obrigatória a partir de 2013, tendo em vista a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). O contexto da segurança do paciente passou a ser reconhecido, modificando-se a abordagem até então utilizada, quando os eventos adversos eram pouco explorados pelas instituições. E para isso, tais instituições atualmente mantêm a cultura de notificação como uma das primeiras atitudes pós EA, visando promover a segurança do paciente por meio do real entendimento das falhas ocorridas e implementação de estratégias preventivas (DUARTE et al., 2015).

Em 17 de setembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus países membros marcaram o primeiro Dia Mundial da Segurança do Paciente. Finalmente, a segurança do paciente foi reconhecida como uma das principais prioridades da saúde global, mas é necessário muito mais trabalho para eliminar os danos ao paciente (FONTANA et al., 2019).

Observa-se que mesmo com todos os esforços voltados a segurança do paciente, os incidentes acontecerão, incidentes esses, que precisam ser enfrentados com coragem e honestidade, associados ao compromisso de identificar processos e sistemas deficientes e melhorá-los o mais rápido possível, a fim de fortalecer a segurança de todos (QUINTO NETO, 2011). A ocorrência de EA está associada aos diversos fatores contribuintes, que são as circunstâncias, ações ou influências, que desempenharam um papel importante no seu aparecimento, ampliando as chances de causar o dano (VARELA; SUÁREZ, 2011).

Quando um paciente sofre um EA, muitas pessoas são afetadas, ou seja, o paciente e seus familiares bem como os trabalhadores da saúde, que estão diretamente envolvidos no evento tornando-se a "segunda vítima".

Segundo Wu (2000), segunda vítima pode ser descrita como um

trabalhador de saúde profundamente afetado e traumatizado como resultado de um EA. O trauma associado ao evento demonstra resultar em consequências prejudiciais à vida pessoal e profissional do trabalhador de saúde. Para Scott et al. (2009) foi considerado como o trabalhador de saúde que participa de um EA, um erro médico ou uma lesão inesperada relacionada com o paciente e torna-se uma vítima no sentido de que está traumatizado pelo evento.

Um estudo proposto por Mira et al (2015a) avaliou o impacto dos EA da assistência à saúde na Espanha entre 1087 trabalhadores da saúde; concluíram que esses causam culpa, ansiedade e perda de confiança e que a maioria (83,6%) dos pesquisados estavam envolvidos em eventos como segunda vítima pelo menos uma vez em suas carreiras profissionais.

Após a ocorrência de um evento adverso é fundamental que as organizações estejam preparadas para proteger tanto o paciente como os trabalhadores da saúde envolvidos (SEYS et al., 2012). Embora as necessidades do paciente e da família tornem-se a prioridade para a instituição, o trabalhador pode estar emocionalmente traumatizado pelo evento e ter efeitos duradouros que persistem por meses ou anos depois (WHITE et al., 2015).

De acordo com Bohomol (2019), as publicações brasileiras relativas as “segundas vítimas” são poucas e isso reflete uma falta de conhecimento e valorização desse assunto. No entanto, é mais provável que os pesquisadores estudem as causas e fatores que desencadeiam eventos adversos. Todos os dias os trabalhadores de saúde tornam-se vítimas e, considerando que os recursos humanos são o patrimônio mais importante das infraestruturas das instituições de saúde, após um evento adverso, é muito importante haver programas de intervenção para apoiar esses trabalhadores (PANELLA et al., 2016).

A motivação para a condução do presente estudo é fruto da verificação da carência de publicações nacionais sobre esse tema. Abordar as necessidades das segundas vítimas da assistência de saúde precisa se tornar parte das iniciativas nacionais e locais de segurança e melhoria da qualidade (SEYS et al., 2012). Atualmente as instituições preocupam-se em elaborar políticas e procedimentos para lidar com os pacientes, sendo necessário ter políticas e procedimentos para lidar com os trabalhadores de saúde. Se houver estratégias mais abrangentes existirá uma chance maior de aprender com os erros, cuidar dos pacientes e cuidar uns dos outros, enquanto trabalhadores da saúde.

Esta pesquisa pode assim, contribuir para uma mudança na abordagem por parte dos gestores frente à ocorrência desses eventos, promovendo a mudança de cultura organizacional e esforços contínuos que devem ser priorizados na prática. Os gestores devem fornecer intervenções de apoio a esses trabalhadores que lutam isoladamente, tanto pessoalmente como profissionalmente diante de um EA e isso poderá acarretar um impacto negativo sobre seus colegas, supervisores, gerentes, pacientes e a organização (SEYS et al., 2012). Portanto, faz-se necessário que as organizações se comprometam com a segurança, aprendam com os erros e analisem seus processos de trabalho, cuidando desta forma do paciente e seus familiares em primeiro lugar e, também dos profissionais que nelas atuam (BOHOMOL, 2019).

Neste estudo buscou-se às evidências disponíveis sobre as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para apoiar os trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos (segunda vítima).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Trabalho

Para Neves et al. (2018) o trabalho humano é uma atividade complexa, multifacetada, polissêmica, que não apenas permite, mas exige diferentes olhares para sua compreensão.

Quando falamos de trabalho nos referimos a uma atividade humana, individual ou coletiva, de caráter social, complexa, dinâmica, mutante e que se distingue de qualquer outro tipo de prática animal por sua natureza reflexiva, consciente, propositiva, estratégica, instrumental e moral (COUTINHO, 2009).

Marx (2004), ao retratar o trabalho humano, enfatizou os componentes do processo de trabalho em geral: a força de trabalho; o objeto geral do trabalho constituído pela natureza que existe independentemente do homem, pela matéria prima que são os elementos da natureza transformada e os meios de trabalho que se tornam mediação para produzir objetos de acordo com os fins estabelecidos. Onde,

O processo de trabalho se apresenta em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independentemente de qualquer forma de vida, sendo igualmente comum a todas as formas sociais (MARX, 2004, p. 46).

O autor destaca a importância do trabalho como valor de uso, quando os homens intervêm na natureza ou matéria-prima, utilizando os instrumentos de trabalho, visando produzir elementos com a finalidade de satisfazer necessidades físicas e espirituais tendo em vista assegurar sua existência e sobrevivência individual e coletiva, estando presente em todos os modos de produção e condição essencial para a vida humana (MARX, 2004).

Bitencourt et al. (2011) apontam que o trabalho pode manifestar-se de várias formas, dependendo da organização em que a pessoa se encontra, dos colegas, das relações que são construídas, da família, da etapa da vida em que se encontra e de fatores financeiros. O sentido do trabalho, desta maneira, é compreendido como um componente da realidade social construído e reproduzido, que interage com diferentes variáveis pessoais e sociais e influencia as ações das pessoas e a natureza da sociedade num dado momento histórico.

2.2 Instituições e trabalhadores da saúde

Segundo Graff e Toassi (2017), o modo de produção do cuidado de cada trabalhador da saúde está relacionado com suas subjetividades na execução do ato de trabalho. Esse trabalho vivo, em ato, marca o momento exato em que o cuidado é executado. O trabalho em saúde se efetiva na interseção dos desejos e que se estabelece no encontro entre usuário e profissional, ou seja, temos o ato do profissional de saúde e a necessidade do usuário de restituir a autonomia em sua vida (MERHY, 2000).

O trabalho em saúde deve ser baseado nas relações que ocorrem a partir do encontro e ato, ou seja, sendo produzido e consumido ao mesmo tempo. Como consequência, temos uma liberdade que leva a processos de inovação e mudança na produção do cuidado no cotidiano das equipes de saúde, possibilitando ao trabalhador um autogoverno sobre o seu processo de trabalho (FRANCO; FRANCO, 2012). Nesse sentido, o cuidado pode ser considerado como uma relação intersubjetiva que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro (FRANCO, 2015).

O cuidado está associado ao processo de viver e concretiza -se em relações complexas entre os seres, os ambientes organizacionais, institucionais e natural. A meta viver mais, saudável e feliz, inerente à condição humana, parece ser uma função das práticas de cuidado que se estabelecem em vários campos, especialmente no campo da saúde, incluindo suas instituições. Ao almejar continuados ganhos em relação ao processo de viver mais e feliz, a sociedade parece debruçar-se sobre a melhoria contínua do cuidado como estratégia para a promoção da saúde, buscando construir instituições capazes de operar a complexidade dos sistemas de cuidado (ERDMANN et al., 2004).

Segundo Quintana, Roschke, Ribeiro (1994), as características do processo de trabalho nas instituições de saúde são a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. A complexidade decorre da diversidade das profissões, dos trabalhadores, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. A heterogeneidade revela-se pela diversidade dos vários

processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que têm, muitas vezes, uma organização própria e funcionam sem se articular de forma adequada uns com os outros. A fragmentação encerra várias dimensões, tais como: a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados; e a fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais.

De acordo com Bisognano (2015), as instituições de saúde devem estar focadas nos pacientes e trabalhadores, a fim de interligar os objetivos econômicos aos funcionários e à satisfação de clientes. Desta forma, atender a expectativa dos pacientes com qualidade é traduzido como o alcance de uma das partes do *Triple Aim*. O *Triple aim of health*, desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) em 2007, leva em consideração o desenvolvimento concomitante de três aspectos complementares da saúde: a experiência do paciente, a saúde populacional e o custo per capita em relação à saúde (BERWICK; NOLANE; WHITTINGTON, 2008).

As instituições de saúde têm incorporado de forma crescente novos conceitos e modelos oriundos de outros setores que nos auxiliam na construção de organizações seguras e com resultados assistenciais de excelência. O termo organização de alta confiabilidade (OAC) vai pouco a pouco ganhando instituições de saúde com a introdução desse conjunto de atributos e competências que podem ser de grande utilidade. A partir dos anos 2000, recomenda-se ao setor saúde apropriar-se dos conceitos e técnicas da cultura de segurança adotadas em OAC (INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2000).

De acordo com Weick e Sutcliffe (2001), os autores caracterizam as OAC como um constante estado de alerta para eventos inesperados que podem causar impactos negativos em suas rotinas. São cinco as características relacionadas por eles: preocupação com o fracasso (falhas) ao invés do sucesso; relutância para simplificar rotinas; sensibilidade para procedimentos operacionais; compromisso com a resiliência; respeito e consideração em relação a trabalhadores altamente qualificados.

Para Reis (2014), as OAC buscam estabelecer uma consciência coletiva relacionada à segurança, que se expressa por meio do compromisso com a segurança em todos os níveis da organização, desde seus prestadores da linha de frente até

seus diretores.

A consciência coletiva significa que todos que trabalham nessas organizações, tanto individualmente como juntos, têm plena consciência de que mesmo pequenas falhas nos protocolos e processos de segurança podem levar a resultados adversos catastróficos. Nessas organizações, como uma questão de rotina, os trabalhadores estão sempre procurando a menor indicação de que o ambiente ou um processo de segurança tenha sido alterado de algum modo, podendo levar à falha caso algumas medidas não sejam tomadas para resolver o problema (CHASSIN; LOEB, 2013)

Segundo Wachter (2013), organizações seguras encontram maneiras de restringir hierarquias em todos os níveis, encorajando os indivíduos a se manifestarem frente a situações inseguras ou quando suspeitam que algo pode não estar certo. Em organizações de saúde, os gradientes de hierarquia estão presentes não apenas entre os trabalhadores que prestam cuidado clínico direto, mas abrangem o auxiliar administrativo da enfermagem, o farmacêutico e demais trabalhadores, que podem perceber e apontar condições que apresentam riscos de danos ao paciente.

Os trabalhadores da saúde compõem um conjunto grande e diverso de profissionais e técnicos influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralizações próprias. O processo de trabalho em saúde depende assim de múltiplas e diferenciadas dimensões e fatores que cercam o financiamento, a organização e o desempenho dos sistemas de saúde. Mais ainda, profissionais com especificidades e habilidades distintas incorporadas no processo de trabalho e no desenvolvimento de um trabalho com características cada vez mais coletivas em saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013).

Os trabalhadores do setor da saúde são comumente tratados como recursos humanos em saúde (RHS). A OMS define os recursos humanos em saúde como “todas as pessoas engajadas em ações cuja intenção principal é a melhoria da saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). O trabalhador da saúde é uma pessoa que trabalha em uma profissão relacionada às ciências da saúde, entre eles incluem-se os biólogos, nutricionistas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, osteopatas, educadores físicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, biomédicos, farmacêuticos, técnicos, agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros.

Segundo Vieira (2007) essa área compreende dimensões diversas:

“composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal”. Ocupam posição-chave na sociedade, pois assistem os indivíduos e suas comunidades. No entanto, eles mesmos constituem um grupo vulnerável, pois as manifestações de insatisfação e de adoecimento convivem com as carências de medidas de proteção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

2.3 Segurança do paciente e eventos adversos (EA)

Há mais de dois mil anos Hipócrates, conhecido como o pai da medicina, escreveu “Nunca causarei dano a ninguém”, o que após um tempo, foi traduzido como “primeiro não causar dano”. Por meio do seu discurso, é possível notar que mesmo num contexto assistencial elementar, Hipócrates considerou os atos assistenciais passíveis de falhas e a segurança do paciente como algo importante (WACHTER, 2013).

Para o contexto da segurança do paciente, o grande marco foi a publicação do livro denominado “Errar é humano” (“To err is human”) em 2000, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM). Estimou-se entre 44.000 a 98.000 mortes anuais, em consequência de EA nas instituições de saúde americanas (INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2000). Este livro foi de grande importância para o desenvolvimento de medidas que buscaram a melhoria da qualidade do cuidado com foco na segurança do paciente, pois provocou grande discussão mundial pela mídia e pela sociedade, gerando muitas investigações científicas, pois este índice de mortalidade ultrapassava as causas de mortes por acidentes automobilísticos, câncer de mama e Aids naquele país (WACHTER, 2013).

A WHO criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (renomeada, em 2009 como Programa de Segurança do Paciente). Seus objetivos eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. Uma das primeiras iniciativas da Aliança foi o desenvolvimento de uma classificação para segurança do paciente. Um grupo de trabalho, cuja coordenação entregou-se a

William Ruciman, que havia participado do projeto australiano *Shared Meanings* (RUNCIMAN et al., 2009), desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP)). Em diferentes pesquisas, foram encontradas de 17 a 24 diferentes definições de erro em saúde e 14 de evento adverso, o que motivou a WHO desenvolver a CISP (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Definiu-se então segurança do paciente como ausência ou redução de danos associados à assistência desnecessários ou potenciais para o paciente. Para Vicent (2009), a segurança do paciente consiste no ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos oriundos do processo de assistência à saúde e está inserido nos sistemas e nas pessoas. Segundo o mesmo autor este tema precisa ser ativamente estimulado, com o objetivo de reduzir os erros e atingir a alta confiabilidade e foi nesse contexto, que se tornou relevante conceituar erro, evento adverso e dano, uma vez que tais termos estão diretamente relacionados à temática segurança do paciente.

Erro é definido como falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, seja na fase de organização ou na fase de execução (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Evento adverso é descrito por Wachter (2013) como lesão ou dano causado em função da assistência à saúde. Podem ser classificados em evitáveis e não evitáveis. Em contrapartida, a World Health Organization (2009) definiu evento adverso como um incidente que resulta em dano ao paciente. Nesse caso, dano caracteriza-se pelo comprometimento da estrutura ou função do corpo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

A grande função da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) é poder descrever o incidente em uma categoria específica, bem como descrever o que ele causou ao paciente, ou seja, é fornecer as características que vão levar ao “diagnóstico” do incidente, bem como sua “repercussão clínica”. A seguir, são apresentadas as definições para os principais termos relacionados aos incidentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009):

- Circunstância de Risco: é uma situação em que houve potencial significativo de dano, mas não ocorreu um incidente;
- “Quase – erro” (“*near-miss*”): incidente que não atinge o paciente;
- Incidente sem dano: um evento que ocorreu a um paciente, mas não chegou a resultar em dano;

- Incidente com dano = EVENTO ADVERSO: incidente que resulta em dano para um paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionadas à evolução natural da doença de base).

Um estudo transversal e retrospectivo desenvolvido em um hospital público de ensino no Brasil, com o objetivo de estimar a prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos, identificou que a prevalência de eventos adversos cirúrgicos foi de 21,8%; em 52,4% dos casos, a detecção ocorreu no retorno ambulatorial. Dos 60 casos analisados, 90% (n=54) eram evitáveis e mais de dois terços resultaram em danos leves a moderados (BATISTA et al., 2019).

A OMS reforça que a segurança do paciente é um campo que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento, sendo que as estimativas desse problema ainda são escassas, principalmente naqueles em desenvolvimento, onde possivelmente milhões de pacientes, a cada ano, sofrem lesões incapacitantes ou morrem graças a erros nos cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Para entender o impacto total dos problemas de segurança do paciente, devemos observar tanto a mortalidade quanto a morbidade. Essa mudança é análoga à mudança de foco nas últimas décadas e a maioria das ameaças à segurança do paciente é maior do que os ataques cardíacos e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) que matam rapidamente (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2016).

Em uma pesquisa exploratória, documental e retrospectiva realizada no Brasil, analisaram-se 262 relatórios de notificação de eventos adversos/incidentes que ocorreram no período de 2015 a 2016; apresentou-se que os fatores contribuintes para a ocorrência dos eventos adversos foram causados por falha humana. Do total de formulários analisados, 161 (61,83%) apontaram descuido e distração. A omissão se destacou com 11 (4,20%) casos. A falta de atenção com o paciente propiciou 116 (44,27%) erros na administração de medicamentos, 46 (17,56%) falhas durante a digitação e transcrição da prescrição médica e 35 (13,36%) falhas na assistência (NETO et al., 2019).

O Ministério da Saúde em 2013 criou estratégias importantes visando à melhoria das iniciativas voltadas para a segurança do paciente nas instituições de saúde brasileiras; instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

com o objetivo geral de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). O contexto da segurança do paciente passou a ser reconhecido, modificando-se a abordagem até então utilizada, quando os EA eram pouco explorados pelas instituições. E para isso tais instituições atualmente mantêm uma cultura de notificação como uma das primeiras atitudes, no sentido de promover a segurança do paciente, por meio do real entendimento das falhas ocorridas e implementação de estratégias preventivas (DUARTE et al., 2015).

No sentido de regulamentar as ações de segurança do paciente, atendendo aos objetivos do PNSP, ainda em 2013 foi publicada pela Anvisa, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa n.º 36. A RDC incorpora os conceitos de gestão de risco e traz a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, além da notificação, vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Estudo descritivo das notificações registradas no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), realizado no Brasil de junho de 2014 a junho de 2016, identificou 417 óbitos, a maioria em adultos e idosos (85%), sem diferenças entre sexos; sendo os estados de São Paulo (N=92), Paraná (N=75) e Minas Gerais (N=66) os maiores notificadores; os hospitais contribuíram com 97% dos registros, com concentração nos setores ‘terapia intensiva’ e ‘internação’ (MAIA et al., 2018).

A cultura de segurança do paciente está sendo construída em todo o mundo, pressionando a consolidação de políticas dentro dos estabelecimentos de saúde para que os erros sejam identificados, investigados e gerenciados de uma maneira não punitiva, mas que se permita a criação de estratégias de segurança que previnam ocorrências indesejáveis, utilizando o indivíduo como parte do processo e não como único responsável por ele (WACHTER, 2013). As instituições de saúde precisam implementar um modelo de gestão que possua como um de seus focos a segurança do paciente, portanto, a realização de um acompanhamento sistemático da cultura de segurança permite auxiliar no reconhecimento das fragilidades do sistema, o que se constitui uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde (SOUZA et al., 2019).

Na área da saúde, o termo ‘cultura de segurança’ surgiu no final do século 20, após a publicação do relatório *To err is human*, como já citado anteriormente. Este

relatório ressaltou a importância da segurança do paciente como uma prioridade nas políticas públicas e apontou também ações para mudança da cultura de segurança nos serviços de saúde em 1999 (INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2000).

Em uma organização, a cultura de segurança pode se apresentar em graus diversos de maturidade e progredir através de cinco estágios: criando organizações de saúde seguras longo do tempo (HUDSON, 2003). A Figura 1 a seguir, apresenta os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.

Figura 1 – Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.

Fonte: Adaptado de Hudson (2003).

A cultura de segurança incentiva os profissionais a serem responsáveis por seus atos e a desenvolverem um novo olhar sobre os EA, assegurando a imparcialidade e o abandono de práticas punitivas e de culpabilização dos trabalhadores que cometem algum EA não intencional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). A cultura de segurança pode ser percebida de forma desigual pelos diferentes trabalhadores de saúde e pelos próprios gestores de uma mesma organização, de forma que conhecer a cultura de segurança do ambiente em que é prestada a assistência à saúde constitui um aspecto imprescindível para que se possam realizar melhorias de maneira efetiva (WACHTER, 2013).

De acordo com Souza et al., (2019) em seu estudo sobre a cultura de segurança em unidades de terapia intensiva sob a perspectiva dos trabalhadores de

saúde, foi possível evidenciar a percepção e a gestão sobre o erro humano no processo de trabalho na perspectiva dos diferentes trabalhadores de saúde. Verificou-se que esses trabalhadores reconheciam a existência do erro na assistência à saúde e atribuíam a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema organizacional. Além disso, como forma de gestão do erro, estimulavam uma cultura não punitiva, que tenha como base uma comunicação voltada para o aprendizado coletivo.

Alcançar uma cultura de segurança em uma organização de saúde exige transformação a qual é de responsabilidade e de condução pelos líderes no topo das instituições, incluindo a direção. Os líderes não podem simplesmente “estar a par” em relação à segurança do paciente, eles devem ser responsáveis por ela. Entender e implementar uma cultura justa é essencial para transformar uma cultura de vergonha e culpa em uma de confiança e respeito. Em uma cultura justa, as pessoas não são punidas por erros humanos, mas são sempre responsáveis por suas decisões (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2016).

A cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da instituição, são elas: reconhecimento por todos os trabalhadores da responsabilidade pela sua própria segurança, de seus colegas, pacientes e familiares; priorização da segurança acima de metas financeiras e operacionais; encorajamento e recompensa da identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança; aprendizado organizacional a partir de incidentes; disponibilização de recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

A ocorrência de EA está associada aos diversos fatores contribuintes, que são as circunstâncias, ações ou influências, que desempenharam um papel importante no seu aparecimento, ampliando as chances de causar o dano (VARELA; SUÁREZ, 2011). Esses fatores podem ser resumidos em três elementos centrais que, em geral, ocorrem simultaneamente: os fatores humanos sendo refletidos pelo comportamento, desempenho e comunicação entre os trabalhadores da saúde e no relacionamento da equipe, além dos componentes individuais dos trabalhadores, dos pacientes e da doença; os fatores do sistema operativo como o ambiente em torno do trabalho e o nível de preocupação com a segurança do paciente e os fatores externos, que fogem do controle da organização, como o meio ambiente e as políticas legislativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro humano é um dos fatores que se destaca e, frequentemente, os episódios de erro envolvendo trabalhadores de saúde nas instituições hospitalares são noticiados pela imprensa e nas mídias, causando grande comoção social. A falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o trabalhador envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, dada a forte cultura punitiva ainda existente em algumas instituições, contribuindo para a omissão dos episódios (DUARTE et al., 2015).

A noção de que o trabalhador de saúde não erra está disseminada na sociedade e, particularmente entre os trabalhadores de saúde, pois desde a graduação, tem-se a errada percepção que os “bons profissionais não erram”, ou que “basta ter atenção que não há erro”, mas poucos se dão conta de que errar é humano (REASON, 2000). O “modelo de perfeição profissional” proposto por Leape (1994) afirma que os trabalhadores da área da saúde têm dificuldades em aceitar a possibilidade de erro, acreditando que não são passíveis de cometê-lo. Ele ainda acrescenta que os EA normalmente não são causados por más pessoas, mas por sistemas mal desenhados que produzem resultados ruins.

Portanto, Reason (2004) salienta que a abordagem individualizada do erro é obsoleta e propõe a quebra deste paradigma, mostrando que um erro é fruto da falha do sistema e por isso deve ser abordado de forma mais ampliada.

Neste sentido, a abordagem atual da segurança do paciente substitui a culpa e a vergonha pelo pensamento sistêmico, ou seja, reconhece que os humanos erram e que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem erros, os previnam ou os captem antes que eles causem danos. Deve ser reconhecida como ação estratégica essencial para as instituições de saúde e ser motivo de preocupação dos trabalhadores de saúde desde o momento da definição dos processos até o cuidado ao paciente propriamente dito (CRUZ; ALFONSO; PÉREZ, 2012).

O avanço da segurança do paciente exige uma mudança abrangente das intervenções reativas e pontuais para uma abordagem global de sistemas de segurança, para isso a *National Patient Safety Foundation* (2016), elaborou algumas recomendações, necessárias para promover uma melhoria fundamental e ampla da segurança do paciente:

1. Garantir que os líderes estabeleçam e mantenham uma cultura de segurança;
2. Criar supervisão centralizada e coordenada da segurança do paciente;
3. Criar um conjunto comum de métricas de segurança que reflitam resultados

significativos;

4. Aumentar o financiamento de pesquisa em segurança do paciente e na ciência da implementação;
5. Abordar a segurança em todo o universo da assistência à saúde;
6. Apoiar a mão de obra de assistência à saúde;
7. Associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura;
8. Garantir que a tecnologia seja segura e otimizada para aumentar a segurança do paciente.

2.4 Segunda vítima e estratégias de apoio

Os trabalhadores da saúde em sua formação acadêmica carregam a premissa do desenvolvimento do trabalho sem erros, gerando a cultura de que é proibido errar e, quando isso acontece, está intimamente relacionado à falta de cuidado, atenção, esforço, responsabilidade e conhecimento, não trazendo para os trabalhadores a reflexão sobre a melhoria dos processos de cuidado frente ao erro (LEAPE, 2008).

Quando um paciente sofre um evento adverso, muitas pessoas são afetadas; o paciente e seus familiares bem como os trabalhadores da saúde, que estão diretamente envolvidos no evento tornando-se a "segunda vítima". Este termo foi definido pela primeira vez em 2000, por Albert Wu, como sendo "um trabalhador de saúde envolvido em um EA com o paciente, que se torna vitimado no sentido de que está traumatizado pelo evento"; o termo veio do reconhecimento de que quando um paciente é gravemente afetado durante a assistência, sempre haverá duas vítimas; uma dessas vítimas é obviamente o paciente e uma segunda vítima é o trabalhador de saúde envolvido no incidente que se sente de alguma forma responsável (WU, 2000).

Embora as segundas vítimas tenham sido bem caracterizadas desde 2000, uma definição formal foi dada por Scott et al. (2009); "Uma segunda vítima é um prestador de cuidados de saúde envolvido em um EA, erro médico e/ou uma lesão relacionada ao paciente e que se torna vitimizada no sentido de que o prestador está traumatizado pelo evento". Frequentemente, as segundas vítimas sentem-se pessoalmente responsáveis pelos resultados inesperados dos pacientes e sentem

como se tivessem falhado com eles. Nesta definição, o termo "prestador de cuidados de saúde" alarga o âmbito de potenciais segundas vítimas para incluir qualquer pessoa que presta serviços diretos aos pacientes (BURLISON et al., 2017).

As consequências dos EA nos trabalhadores envolvidos têm seu impacto em nível emocional e são caracterizadas por ansiedade, despersonalização, frustração, culpa, sintomas depressivos, insônia ou dificuldades para desfrutar de um sono repousante, reviver o evento de novo e raiva. Também impactam no nível profissional, apresentando uma preocupação pelo seu desempenho e habilidade profissional que afeta a tomada de decisão clínica, confusão e dificuldades para se concentrar em uma tarefa. Medo de consequências legais e perda de reputação profissional também estão presentes em seu trabalho diário (SCOTT et al., 2009).

As instituições interessadas em reduzir os efeitos negativos das experiências vivenciadas pelas segundas vítimas podem se beneficiar da redução das respostas punitivas aos erros e do estímulo a respostas de apoio à medida que os trabalhadores de saúde lidam com seu envolvimento em eventos de segurança do paciente. As instituições de saúde estão investindo mais recursos em programas para apoiar segundas vítimas; é importante que elas tenham informações precisas para fundamentar e orientar o desenvolvimento de tais programas (BURLISON et al., 2017). Devem empenhar-se para fornecer apoio constante e eficiente depois da ocorrência de EA, visando reduzir o sofrimento dos trabalhadores que sofrem danos psicológicos depois de serem envolvidos em erros (SEYS et al., 2013; WU, 2000).

A maioria dos programas de apoio após a ocorrência de um EA, seja aos pacientes afetados, aos trabalhadores envolvidos ou à instituição envolvida, pertence a organizações internacionais. Um dos centros de referência dos programas de intervenção está localizado no Hospital Clínico da Universidade do Missouri (UMHC), com seu programa *ForYOU*; este programa foi lançado em 2007, para apoiar os trabalhadores de saúde afetados por um EA (MISSOURI UNIVERSITY HEALTH CARE, 2015).

Neste programa, três níveis de intervenção são definidos:

- Nível 1: suporte local (na unidade ou serviço). O suporte é oferecido por um companheiro de equipe treinado nas habilidades necessárias para fornecer apoio, aquele que fornece um primeiro suporte, tranquilidade e análise da situação para o trabalhador afetado ou envolvido no EA.
- Nível 2: apoio individual por pares. O suporte é fornecido por profissionais

treinados do centro e/ou especialistas de segurança do paciente e gerenciamento de risco. Eles fornecem atenção individual, embora também possam ser complementados com sessões em grupo.

- Nível 3: Suporte prestado por uma rede estabelecida e mais especializada, se apropriado por intensificação ou persistência de sintomas e que é composta por profissionais como capelão, assistentes sociais e psicólogos clínicos. Assim se garante disponibilidade e agiliza o acesso ao suporte profissional e orientação rápida.

Um estudo transversal realizado por Burlison et al. (2016) identificou que os efeitos causados na segunda vítima e os eventos de rotatividade e absenteísmo ocorrem por meio de um mecanismo de pouco apoio institucional, ou seja, o que pode minimizar esses efeitos bem como a rotatividade e o absenteísmo é o suporte organizacional após a ocorrência de EA. O apoio por pares também é amplamente mencionado no estudo; ter um colega de confiança para discutir os detalhes de um evento adverso consistentemente surge como um desejo das segundas vítimas.

Pesquisa realizada por Chan et al. (2017) com o objetivo de explorar as respostas psicológicas, estratégias de enfrentamento e necessidades de suporte dos enfermeiros de Cingapura como segunda vítima de eventos adversos revelou que os enfermeiros ficaram sobrecarregados, com emoções negativas que tiveram efeitos a nível pessoal e profissional. Embora as segundas vítimas fossem responsáveis por seus erros, elas lutavam para restaurar seu senso de identidade. O apoio eficaz à segunda vítima é imprescindível para acelerar a recuperação de um EA, deve ser organizado nas instituições de saúde como uma saída para liberação emocional e ganho de auto eficácia.

Estudo demonstrou o percurso de seis etapas na recuperação geral das segundas vítimas: 1) O caos e a resposta do acidente; 2) Reflexões não relevantes; 3) restauração da integridade pessoal buscando apoio para contar sua experiência ou entender o impacto; 4) suportar a inquisição de outros; 5) obter ajuda, “primeiros socorros” emocionais; 6) sobreviver ou avançar (SCOTT et al., 2009)

Diante do exposto anteriormente, Denham et al. (2007) propõe os cinco direitos mais relevantes de uma segunda vítima, que ele nomeia com a sigla “TRUST” (“confiança”):

1. Tratamento justo. Não se pode e não se deve presumir negligência ou atribuir 100% de responsabilidade aos profissionais contra falhas em sistemas que possam predispor a erros humanos.
2. Respeito. Todos os membros da equipe de saúde são suscetíveis e vulneráveis a erros e suas consequências. Eles devem ser tratados com o mesmo respeito que esperamos deles.
3. Compreensão e compaixão. O profissional precisa de tempo e ajuda para ser capaz de passar pelo processo, devemos entender a fisiopatologia da emergência psicológica que ocorre quando se causa dano a um paciente involuntariamente.
4. Apoio. Os profissionais têm direito a serviços psicológicos e serviços de apoio. Uma abordagem sistemática deve ser adotada para fornecer esse tipo de cuidado de forma profissional e organizada, como seria no tratamento de qualquer outro paciente.
5. Transparência e oportunidade de melhora. É a base da gestão de riscos, ou seja, a prevenção de erros está ligada à aprendizagem; aprender com os erros só é possível quando eles são comunicados. Em vez de uma simples declaração dos fatos e uma abordagem unilateral, é necessário compartilhar e falar a respeito. Caso contrário, é fácil abandonar o profissional.

De acordo com Bohomol et al. (2019), no Brasil existem poucas estatísticas confiáveis sendo usadas para aumentar a conscientização sobre o impacto dos erros no cuidado da vida dos trabalhadores. Existe uma forte cultura punitiva na gestão das instituições, e os processos julgados pelos conselhos que regulam a profissão perpetuam o argumento de que os cuidadores não podem cometer erros (CAMPOS; FELDMAN; D'INNOCENZO, 2017; OKUYAMA; GALVÃO; SILVA, 2018).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o propósito deste referencial, será seguida a linha de entendimento de James Reason em relação ao erro humano.

James Reason, professor inglês de psicologia, por meio de seus estudos na área de psicologia cognitiva, procurou compreender os mecanismos do comportamento humano na ocorrência do erro. Primeiramente esses estudos foram relacionados a área de aviação, depois, voltaram-se para as outras grandes indústrias e recentemente, foram orientados para a área de saúde e seu trabalho mais conhecido é *Human Error*, livro editado em 1990 (NASCIMENTO, 2014).

A proposta de Reason (2003), nessa obra, foi apresentar uma teoria voltada à análise da questão ultrapassando a mera descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de erros. Teve como proposta apresentar uma teoria que se volte para uma análise mais profunda da questão, ultrapassando a mera descrição de princípios gerais sobre a ocorrência e tipos de erros.

De acordo com Reason (1990), erro humano é um termo genérico para designar as ocasiões em que uma sequência planejada de atividades mentais ou físicas não atinge seus objetivos, sem que a falha possa ser atribuída ao acaso. Sanders, Mark e McCormick (1993) consideraram que erro humano é uma decisão ou comportamento inapropriado que reduz, ou tem o potencial de reduzir, a eficiência, a segurança ou outras dimensões do desempenho de um sistema.

Os erros humanos são sintomas de problemas mais profundos em um sistema, ao invés de serem a principal causa de eventos indesejados. Assim, a identificação dos erros é apenas o ponto de partida de uma investigação, podendo levar a ações preventivas com um amplo espectro, desde treinamentos ao redesenho de processos (DEKKER, 2002). Neste contexto, Reason (2003) definiu que o termo erro só pode ser aplicado às ações em que o indivíduo tem a intenção de realizar a tarefa a contento. Ele acrescenta que os tipos de erro dependem de duas espécies de falhas:

1. A primeira delas envolve falha na execução das ações que caminham de acordo com a intenção pretendida, são os lapsos (*lapses*) e os deslizes (*slips*).
2. A segunda diz respeito à falha no planejamento/planeamento das ações intencionais para alcançar os resultados desejados, são os enganos (*mistakes*).

Pelo fato de sua teoria estar intrinsecamente voltada para a prática, Reason propõe algumas definições operacionais. O erro é um termo geral que abrange todas

aquelas ocasiões em que uma sequência traçada de atividades mentais ou físicas falha em alcançar o resultado esperado e quando essas falhas não podem ser atribuídas à intervenção do acaso (REASON, 2003).

Para entender como os erros ocorrem, o mesmo autor em 2000 se propôs a estudar o erro humano a partir de duas abordagens: centrada nas pessoas ou modelo pessoal e centrada nos sistemas ou modelo sistêmico.

A abordagem centrada nas pessoas, cuja premissa é que as pessoas são a causa de erros, é aquela que tradicionalmente tem sido aceita e entende que os erros são a causa dos efeitos adversos. Em suma, o erro é estritamente individual. Os erros são percebidos como atos inseguros derivados principalmente de processos mentais incorretos, como falta de memória, falta de atenção, falta de motivação, descuido, abandono e imprudência (REASON, 2000).

Ao contrário da visão anterior, apresenta que a abordagem centrada nos sistemas tem a premissa básica de que os seres humanos falham e os erros são esperados ou previsíveis, mesmo nas melhores instituições. O erro, portanto, está relacionado ao coletivo, ao sistema. Os erros são mostrados como uma consequência e não como uma causa, que têm sua origem não na perversidade da natureza humana, mas em falhas latentes no ambiente da saúde e são uma consequência dos processos e procedimentos que são aplicados. Na abordagem sistêmica, ao invés de buscar a culpa dos envolvidos, as ações visam prevenir erros, minimizar riscos e desenhar medidas de segurança no sistema (REASON, 2000).

Defesas, barreiras e salvaguardas ocupam uma posição-chave na abordagem centrada no sistema. Os sistemas de alta tecnologia têm muitas camadas defensivas: algumas são projetadas (alarmes, barreiras físicas, desligamentos automáticos), outras dependem de pessoas (cirurgiões, anestesistas, pilotos, operadores de salas de controle, entre outros) e outras dependem de procedimentos e controles administrativos. Sua função é proteger possíveis vítimas e ativos contra riscos locais. Eles são principalmente eficazes nisso, mas sempre há fraquezas (REASON, 2000).

Em um mundo ideal, cada camada defensiva estaria intacta. Na realidade, são mais como fatias de queijo suíço (Figura 2), com muitos buracos, embora, diferentemente do queijo, esses buracos estejam continuamente abrindo, fechando e mudando de local. A presença de orifícios em qualquer “fatia” normalmente não causa um resultado ruim. Normalmente, isso pode acontecer apenas quando os orifícios em

várias camadas se alinham momentaneamente para permitir uma trajetória de oportunidade de acidente - trazendo riscos para o contato prejudicial com as vítimas. Os furos nas defesas surgem por duas razões: falhas ativas e condições latentes (REASON, 2000).

Figura 2 - Modelo do Queijo Suíço de James Reason.

Fonte: REASON, 2009.

Quase todos os erros envolvem uma combinação desses dois fatores. Falhas ativas são atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o paciente ou sistema. Eles assumem uma variedade de formas, ou seja, deslizes, lapsos, distorções, erros e violações processuais. Falhas ativas têm um efeito direto e geralmente de curta duração na integridade das defesas. Quando a abordagem está voltada para a pessoa, muitas vezes não procuram mais as causas de um erro, uma vez que identificaram esses atos inseguros (REASON, 2000).

As condições latentes são os inevitáveis "patógenos residentes" dentro de um sistema. Eles surgem de decisões tomadas por designers, construtores, escritores de procedimentos e lideranças. Todas essas decisões estratégicas têm o potencial de introduzir patógenos no sistema. As condições latentes têm dois tipos de efeitos adversos: podem se traduzir em condições provocadoras de erros no local de trabalho (por exemplo, pressão do tempo, falta de pessoal, equipamento inadequado, fadiga e inexperiência) e podem criar buracos ou fraquezas duradouras no ambiente de trabalho, defesas (alarmes e indicadores não confiáveis, procedimentos impraticáveis, deficiências de projeto e construção). As condições latentes como o termo sugere, podem permanecer inativas no sistema por muitos anos antes de se combinarem com falhas ativas e gatilhos locais para criar uma oportunidade de acidente (REASON, 2000).

Diferentemente das falhas ativas, cujas formas específicas geralmente são difíceis de prever, condições latentes podem ser identificadas e sanadas antes que ocorra um efeito adverso.

Os atos inseguros podem ser classificados em duas categorias: erros e violações. De uma forma geral os erros representam as atividades mentais ou físicas dos indivíduos que falham em alcançar o objetivo pretendido. Esta categoria representa a causa da maior parte dos acidentes, uma vez que pela sua natureza os seres humanos cometem erros. As violações, por outro lado, referem-se à desobediência de regras, regulamentos, normas que existam na organização visando a segurança ou mesmo procedimento operacional padrão da atividade (SHAPPELL; WIEGMANN, 2000).

Os conceitos de erro e violação e suas respectivas aplicações possuem definições que são distintas dentro dos sistemas classificatórios propostos por Reason (2003) e Runciman, Merry e Walton (2007). As violações, diferem de erros pelo fato de os primeiros envolverem um elemento de escolha e em geral implicarem ações que fogem ao prescrito nas normas, ações essas que reconhecidamente incorrem em risco. Também ressalta que a violação não se aplica a situações em que haja intenção de dano. Reason, por sua vez, apresenta duas definições, para erro e violação, diferentes que podem ser conjugadas (NASCIMENTO, 2014).

A primeira delas afirma que “violação é um desvio deliberado, mas não necessariamente repreensível, de procedimentos operacionais seguros, padrões ou normas”. A segunda definição, com a qual Runciman, Merry e Walton (2007) se contrapõem de forma mais clara, afirma que “o limite entre erro e violação não é tão rigoroso e palpável nem em termos conceituais nem dentro da sequência de ocorrência de um acidente em particular”.

A diferença entre as definições estabelecidas pelos dois autores ocorre em pontos sutis. Para Runciman, Merry e Walton (2007), as violações são atos repreensíveis, com clara intenção. Reason suaviza essa questão e, por isso, acredita não haver uma delimitação nítida e palpável entre os dois (NASCIMENTO, 2014).

A noção de que os profissionais de saúde não erram está disseminada na sociedade e, particularmente, entre eles mesmos, pois desde a graduação, tem-se a errada percepção que os “bons profissionais não erram”, ou que “basta ter atenção que não há erro”, mas poucos se dão conta de que errar é humano (REASON, 2000).

As contribuições de James Reason para a segurança do paciente são

inegáveis, visto que, a partir da divulgação dos seus conceitos e modelos, a discussão sobre o erro e o comportamento humano frente a este, começou a ganhar um novo rumo. Não deve ser necessária a existência do medo ao admitir que os seres humanos sejam falíveis (FERNANDES, et al. 2014).

4.1 Geral

- Identificar e analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para apoiar os trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos (segunda vítima).

4.2 Específicos

- Caracterizar os estudos selecionados segundo os autores, ano de publicação, país, periódico, base de dados e o rigor metodológico.
- Caracterizar as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para apoiar às segundas vítimas;
- Fornecer subsídios para instituições de saúde implementarem estratégias de apoio aos trabalhadores envolvidos em EA.

5 MÉTODO

Para o desenvolvimento deste estudo optou-se por uma revisão integrativa. A revisão integrativa é um dos métodos de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidência (PBE) que permite a incorporação das evidências na prática. A PBE é um processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gerenciamento da saúde (HAMER, 1999); iniciou-se no Canadá na década de 1980, no contexto da clínica médica, como uma abordagem que incorporava provas científicas disponíveis aplicadas na resolução de problemas - era nomeada de Medicina Baseada em Evidências (MBE) (FINEOUT-OVERHOLT; MELNYK; SCHULT, 2005).

As iniciativas da PBE têm gerado a necessidade de produção de todos os tipos de revisões de literatura; os métodos mais utilizados são a sistemática, meta-análise e a integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Neste contexto, oferece aos trabalhadores de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão.

A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Pode ser “incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação”, de forma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja investigar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa. (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

O impacto da utilização das revisões integrativas se dá não apenas na elaboração de políticas, protocolos e procedimentos, mas também para a prática diária por meio do pensamento crítico (STETLER et al., 1998). O método tem a finalidade de reunir e sintetizar os resultados de estudos sobre um tema ou questão, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para se aprofundar do conhecimento acerca do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para elaboração desta revisão integrativa foram percorridas de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), as seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional.

- Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de

pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.

- Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.
- Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos.
- Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.
- Quinta etapa: interpretação dos resultados.
- Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

5.1 Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.

A primeira fase consiste na elaboração da questão da pesquisa; que deve ser uma pergunta explícita e clara para que seja possível desenvolver uma estratégia de busca utilizando palavras chaves e descritores, para sintetizar a identificação dos estudos que serão utilizados na revisão (BROOME, 2000). Serve como referência para a construção de uma revisão integrativa por subsidiar o raciocínio teórico e incluir definições aprendidas pelos pesquisadores. A etapa inicia-se com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O problema que disparou esta questão foi a escassez de material produzido sobre o tema no âmbito nacional e principalmente a necessidade de discutir essa temática. Sendo assim, nesta revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: “Quais as estratégias utilizadas pelas Instituições de saúde para apoiar os trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos”?

Para auxiliar na construção da pergunta, foi utilizada a estratégia PICO (acrônimo para *Patient, Intervention, Comparison, Outcomes*) que pode ser utilizada na elaboração de questões de pesquisas de diversas naturezas, inclusive no gerenciamento de recursos humanos. Além da orientação na construção da pergunta de pesquisa, esta estratégia fornece subsídios para busca bibliográfica de modo acurado e rápido à melhor informação científica. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Foram estabelecidos os quatros componentes da estratégia PICO para

formulação da questão de estudo.

- P - *População*: Trabalhadores da saúde.
- I - *Intervenção*: Estratégias de apoio das Intuições de saúde frente a ocorrência de EA.
- C - *Comparação*: Não se aplica
- O - *Desfecho*: Trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos.

5.2 Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura.

Na segunda fase, com o intuito de responder ao questionamento anteriormente apresentado, foram realizados os procedimentos de buscas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis an Retrieval Sistem on-line* (MEDLINE/PubMed); SCOPUS; WEB of SCIENCE e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) – Quadro 1.

Quadro 1- Base de dados utilizados na pesquisa.

Base de dados	Descrição
LILACS	<p>Mais importante e abarcadora base de dados especializada na área da saúde, com literatura científica e técnica de 26 países da América Latina e do Caribe com acesso livre e gratuito.</p> <p>Disponibiliza cerca de 900 mil registros de artigos de revistas com revisão por pares, teses e dissertações, documentos governamentais, anais de congressos e livros.</p> <p>É mantida e atualizada por uma rede composta por mais de 600 Instituições de ensino, governo e pesquisa em saúde e coordenada pela BIREME / OPAS (Organização Pan Americana da Saúde) / OMS (Organização Mundial de Saúde). Pode ser acessada por meio do <i>link</i> da <i>web</i>: https://lilacs.bvsalud.org/.</p>
PubMed	<p>O PubMed é um recurso gratuito desenvolvido e mantido pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI), na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (NLM), localizada no National Institutes of Health (NIH).</p> <p>Compreende mais de 30 milhões de citações para literatura biomédica do MEDLINE, periódicos de ciências da vida e livros on-line. As citações e resumos do PubMed incluem os campos da biomedicina e da saúde, cobrindo partes das ciências da vida, ciências do comportamento, ciências químicas e bioengenharia. O PubMed também fornece acesso a sites relevantes adicionais e links para outros recursos de biologia molecular do NCBI.</p> <p>Pode ser acessada por meio do <i>link</i> da <i>web</i>: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.</p>
Scopus	<p>Scopus é uma banco de dados de resumos e citações de artigos para jornais/revistas acadêmicos. É propriedade da Elsevier e são mais de 46 milhões de registros, 70% com resumos atualizados semanalmente. A base Scopus reúne informações de aproximadamente 23.000 títulos de revistas de mais de 5.000 editoras de todo o mundo, além de patentes, trabalhos de eventos e ebooks.</p> <p>Pode ser acessada por meio do <i>link</i> da <i>web</i>: https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic.</p>
Web of Science	<p>Base multidisciplinar que indexa somente os periódicos mais citados em suas respectivas áreas. É também um índice de citações, informando, para cada artigo, os documentos por ele citados e os documentos que o citaram. Possui hoje mais de 9.000 periódicos indexados. É composta por: Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED): 1945 até o presente; Social Sciences Citation Index: 1956 até o presente; Arts and Humanities Citation Index: 1975 até o presente. A partir de 2012 o conteúdo foi ampliado com a inclusão do Conference Proceedings Citation Index- Science (CPCI-S) e Conference Proceedings Citation Index- Social Science & Humanities (CPCI-SSH).</p> <p>Pode ser acessada por meio do <i>link</i> da <i>web</i>: https://apps.webofknowledge.com</p>
CINAHL	<p>O CINAHL with Full Text é a base da Ebsco (Business Source Complete) que indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde, fornecendo o texto completo a mais de 630 dos periódicos indexados.</p> <p>Pode ser acessada por meio do <i>link</i> da <i>web</i>: http://www.periodicos.capes.gov.br</p>

Fonte – autor do estudo

Para a realização das buscas nas bases de dados selecionadas, a próxima etapa realizada foi a definição dos termos de busca, ou seja, a identificação dos descritores para cada componente da questão de pesquisa estruturada na PICO.

Para a base de dados *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) os termos são identificados no *Medical Subject Headings* (MeSH), na base *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) são identificados nos Títulos (*Headings*), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); para as buscas nas bases SOCPUS e Web of Science foram utilizados palavras chaves.

Os descritores foram delimitados de acordo com cada base de dados e os descritores não controlados (palavras-chave) foram estabelecidos pelo pesquisador mediante leituras prévias sobre o tema a ser investigado, conforme orienta estudo de Mendes, Silveira e Galvão em 2019. De acordo com Santos, Pimenta e Nobre (2007) a seleção dos termos de busca (descritores) relacionados a cada um dos componentes da estratégia PICO são classificados como:

- **Controlados:** conhecidos como “títulos de assuntos médicos” ou “descritores de assunto”, que são utilizados para indexação de artigos nas bases de dados. Os vocabulários de descritores controlados mais conhecidos são o MeSH (MEDLINE/PubMed), o DeCS (BIREME).
- **Não-controlados:** representam as palavras textuais e seus sinônimos, variações de grafia, siglas e correlatos.
- **Utilização de operadores booleanos** (delimitadores): representados pelos termos conectores AND, OR e NOT. Esses termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação excludente.

Para assegurar ampla busca, os descritores controlados e não controlados foram combinados com auxílio dos operadores booleanos de diferentes formas, para que se procedesse à localização das evidências conforme apresenta-se a seguir no Quadro 2.

Quadro 2- Estratégias de busca nas bases de dados.

Base de dados	Estratégias de busca
LILACS	("Pessoal de Saúde" OR "Pessoal da Saúde" OR "Health Personnel" OR "Personal de Salud" OR "profissionais da saúde" OR "profissionais de saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR Enfermeir\$ OR nurse\$ OR medico\$ OR Physician\$) AND ("Erros Médicos" OR "Erro Médico" OR "Erro de Diagnóstico" OR "Erros de Diagnóstico" OR "Diagnostic Errors" OR "Errores Diagnósticos" OR "Erros de Medicação" OR "Erro de Medicação" OR "Medication Errors" OR "Errores de Medicación" OR "Medical Error" OR "Medical Errors" OR "Errores Médicos" OR "Erro Cirúrgico" OR "Erros Cirúrgicos") AND (organization OR organizational OR organisational)
PubMed	("Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel" OR nurse* OR "Health Care Providers" OR "second victim" OR physicians OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professionals" OR "Health Professionals" OR "healthcare workers" OR "healthcare worker") AND ("Medical Errors" OR "Diagnostic Errors" OR "Medication Errors" OR "Medical Error" OR "Treatment Errors") AND (support* OR intervention* OR (actions AND managers)) AND (organization OR organizational OR organizational)
Scopus	("Health Personnel" OR nurse* OR "Health Care Providers" OR "second victim" OR Physicians OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professionals" OR "Health Professionals" OR "healthcare workers" OR "healthcare worker") AND ("Medical Errors" OR "Diagnostic Errors" OR "Medication Errors" OR "Medical Error" OR "Treatment Errors") AND (support* OR intervention* OR (Actions AND managers)) AND (organization OR organizational OR organisational)
Web of Science	("Health Personnel" OR nurse* OR "Health Care Providers" OR "second victim" OR Physicians OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professionals" OR "Health Professionals" OR "healthcare workers" OR "healthcare worker") AND ("Medical Errors" OR "Diagnostic Errors" OR "Medication Errors" OR "Medical Error" OR "Treatment Errors") AND (support* OR intervention* OR (Actions AND managers)) AND (organization OR organizational OR organisational)
CINAHL	((("Health Personnel+") OR "Health Personnel" OR nurse* OR "Health Care Providers" OR "second victim" OR Physicians OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professionals" OR "Health Professionals" OR "healthcare workers" OR "healthcare worker") AND ("Medical Errors" OR "Diagnostic Errors" OR "Medication Errors" OR "Medical Error" OR "Treatment Errors") AND (support* OR intervention* OR (Actions AND managers)) AND (organization OR organizational OR organisational).

Fonte – Autor do estudo

As buscas ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2019 e definiu-se como critérios de inclusão para a condução desta revisão: estudos primários, publicados na íntegra em inglês, espanhol e português no período de 2009 a 2019 nas bases de dados selecionadas. Resultaram em exclusão, artigos de estudos secundários (revisão narrativa, revisão integrativa, revisão sistemática, cartas e

editoriais).

Após a busca, a seleção dos estudos primários foi realizada por meio dos filtros, utilizando-se os critérios de inclusão e da leitura dos títulos e resumos; aqueles que responderam à questão de pesquisa e aos critérios de seleção foram selecionados para leitura na íntegra. Após tal leitura, os estudos que responderam à questão de pesquisa compuseram a amostra da revisão integrativa.

Para a operacionalização dos estudos desta revisão foi utilizado o programa de gerenciamento de referências bibliográficas EndNote®, que possibilitou localizar as referências duplicadas, criar grupos de acordo com os critérios de seleção (inclusão e exclusão), além de criar citações enquanto se escreve o texto científico, facilitando a formatação das referências ao final de todo processo. A utilização dessas tecnologias, em especial de *softwares* gerenciadores de referências bibliográficas como o EndNote®, tem proporcionado recursos para a síntese de conhecimento, com transparência e reprodutibilidade e, conseqüentemente acarretando a melhoria da qualidade deste tipo de estudo (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2019).

5.3 Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos.

Para fins de organização dos estudos selecionados, estes foram identificados por uma escala numérica e para a extração dos dados utilizou-se um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes fosse extraída, minimizando o risco de erros na transcrição, garantindo precisão na checagem das informações e servindo como registro (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A extração de dados dos estudos que foram incluídos nesta revisão foi executada por meio do instrumento proposto por Ursi (2005) (ANEXO A), que foi submetido à validação de aparência e conteúdo pelo autor, contemplando os seguintes itens:

- Identificação do artigo original, incluindo título do artigo e do periódico, área de especialidade do periódico, nome do (s) autor (es), graduação dos autores, país, idioma e ano de publicação; Características metodológicas do estudo, identificando o tipo de abordagem, delineamento de pesquisa, características da amostra, identificação das variáveis, resultados, análise estatística, nível de

evidência e;

- Avaliação do rigor metodológico, apresentando a clareza na trajetória metodológica e identificação de vieses.

Para organizar e sumarizar os estudos, foram identificadas de forma descritiva com os dados mais relevantes dos estudos primários selecionados da variável de interesse e conceitos-chave (BROOME, 2000). E para esse procedimento, para cada estudo foi construído um quadro síntese que está apresentado no capítulo resultados.

5.4 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.

A quarta etapa teve como objetivo a avaliação da qualidade metodológica dos estudos, que compreende as classificações hierárquicas que retratam a força das evidências que são consideradas de natureza forte ou fraca de acordo com o delineamento empregado na pesquisa, sendo assim, uma evidência é mais forte quanto maior for o rigor metodológico (URSI, 2005).

Para avaliação do rigor metodológico, posteriormente à seleção dos artigos, os mesmos foram submetidos a dois instrumentos:

- O primeiro instrumento (ANEXO B) aplicou-se o instrumento adaptado foi adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) (MILTON, 2002). Esse instrumento possui 10 itens que são pontuados, incluindo: 1) objetivo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra, 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade para discutir os resultados e 10) contribuições e limitações da pesquisa. Ao final do instrumento, o estudo foi classificado em nível A (6 a 10 pontos), significando possuir boa qualidade metodológica e viés reduzido; ou nível B (até 5 pontos), indicando qualidade metodológica satisfatória, porém com tendência a viés.
- O segundo instrumento utilizado foi o critério de Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos proposto por Stetler et al. (1998). Para

auxiliar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa, que é um dos itens a serem analisados nesta fase: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

A apresentação da avaliação das evidências em relação a qualidade metodológica e a classificação hierárquica está apresentada juntamente aos resultados desta revisão.

5.5 Interpretação dos resultados.

Esta etapa foi apresentada de forma descritiva e a partir da extração dos dados de cada estudo incluído na revisão elaborou-se um quadro síntese. Após essa organização comparou-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico, à identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros.

5.6 Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Esta etapa contemplou a visualização dos dados, ou seja, a conversão dos achados em uma forma visual de subgrupos. Os modos de visualização foram expressos em tabelas e quadros, nos quais será possível a comparação entre todos os estudos selecionados e, logo, a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral. Todo discernimento da conclusão foi realizado com a constatação da fonte primária, para que não houvesse conclusões prematuras ou exclusão de evidências pertinentes durante o processo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) todas as iniciativas tomadas pelo revisor podem ser cruciais no resultado final da revisão integrativa (diminuição dos vieses), sendo necessário uma explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas anteriores.

Por meio de busca nas bases de dados, identificaram-se 18.036 publicações potencialmente elegíveis (PubMed=2.759, CINAHL=64, LILACS=3.594, SCOPUS=11.284 e Web of Science=335), sendo que 374 eram duplicadas e foram excluídas. Do total restante (n=17.662), após aplicação dos critérios de seleção, foram excluídos 12.800 estudos e dos 4.862 selecionados após leitura do título e resumo, 97 foram selecionados para leitura na íntegra. Após tal leitura a amostra da revisão integrativa foi composta por 21 estudos primários, pois 76 foram excluídos, sendo que 44 não eram estudos primários e 32 não apresentavam as estratégias utilizadas pelas Instituições para apoiar os trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos (Quadro 3). Ressalta-se que não foram utilizadas outras fontes de publicações, tais como busca manual das referências dos estudos primários incluídos na revisão e literatura cinza.

Quadro 3 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos primários.

Fonte: Fluxograma do processo de seleção dos estudos primários adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA), traduzido por Galvão e Andrade (2015).

A amostra da presente revisão integrativa totalizou 21 estudos primários, dos quais, catorze (14) foram selecionados na base de dados PubMed, dois (02) na LILACS e cinco (05) na SCOPUS; das bases de dados Web of Science e a CINHALL não foram selecionados estudos, levando em consideração os critérios de seleção propostos. No Quadro 4, são apresentados os dados dos estudos primários, segundo título do estudo, ano de publicação, periódico e base de dados.

Quadro 4 – Estudos primários selecionados para Revisão Integrativa, segundo título do estudo, ano de publicação, periódico, especialidade do periódico e base de dados.

Nº	Título do Estudo	Ano	Periódico	Especialidade do periódico	Base de Dados
01	The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources.	2017	Journal of Patient Safety	Segurança do Paciente	PubMed
02	Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals.	2019	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Enfermagem	LILACS
03	Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study.	2016	Revista de Calidad Asistencial	Qualidade em Saúde	SCOPUS
04	Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation.	2018	Journal of Pediatric Nursing	Enfermagem	SCOPUS
05	Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses.	2016	Joint Commission journal on quality and patient safety.	Qualidade e Segurança do Paciente	PubMed
06	Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study.	2017	Pediatric quality & safety	Pediatria	PubMed
07	Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events.	2015	Journal of healthcare risk management	Gerenciamento de Risco em Saúde	PubMed
08	From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture.	2019	Journal of Nursing Management	Enfermagem	LILACS
09	Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC).	2016	Revista de Calidad Asistencial	Qualidade em Saúde	SCOPUS
10	Emotion and Coping in the Aftermath of Medical	2015	Journal of Patient Safety	Segurança do Paciente	PubMed
11	Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis.	2016	British Medical Journal Publishing Group	Medicina	PubMed

12	Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital.	2019	American Journal of Health-System Pharmacy	Farmácia	PubMed
13	Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study.	2016	British Medical Journal Publishing Group	Medicina	PubMed
14	Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims.	2015	BMC Health Services Research	Serviços de Saúde	PubMed
15	Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce.	2014	Pol Arch Med Wewn	Medicina	PubMed
16	Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program.	2016	Journal of healthcare risk management	Gerenciamento de Riscos em Saúde	PubMed
17	The Second Victim Phenomenon: Perspective of Canadian Radiation Therapists.	2019	Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences	Medicina	SCOPUS
18	Peer Support for Clinicians: A Programmatic Approach.	2016	Acad Med	Medicina	PubMed
19	Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events.	2014	BMJ Publishing Group Ltd	Medicina	PubMed
20	Supporting staff recovery and reintegration after a critical incident resulting in infant death.	2009	Adv Neonatal Care	Neonatologia	PubMed
21	Becoming a “second victim” in health care: Pathway of recovery after adverse event.	2016	Revista de Calidad Asistencial	Qualidade em Saúde	SCOPUS

Em relação ao ano de publicação dos estudos, identificou-se que 33,3% (n=07) dos estudos foram publicados em 2016, 23,8% (n=05) em 2019, 14,2% (n=03) em 2015, 9,5% (n=02) nos anos de 2017 e 2014 e 4,7% (n=01) nos anos de 2009 e 2018 igualmente. No decorrer da pesquisa observou-se que houve um aumento de publicações relacionadas ao tema a partir de 2014, principalmente nos anos de 2016 e 2019. Não se verificou publicações nos anos de 2010 a 2013.

Observou-se que as principais graduações dos primeiros autores dos estudos selecionados nesta RI foram medicina (33,3%), psicologia (28,5%), enfermagem (19%) e administração e farmácia (9,5%).

O idioma predominante dos estudos foi o inglês, ou seja, 90,5% deles (n=19) e o espanhol foi identificado em 9,5% (n=2). A maioria das publicações foi internacional, somente uma ocorreu no Brasil, sendo predominantes os estudos originados dos Estados Unidos, ou seja, 47,6% deles (n=10), seguidos pelos da

Espanha com 14,2% (n=03), da Bélgica 9,5% (n=02) e 4,7% (n=01) de outros países como a China, Brasil, Coreia, Canadá, Suécia e Itália.

Em relação às especialidades dos periódicos, foram identificados seis (28,5%) da área da medicina, quatro (19%) da qualidade em saúde, três (14,2%) nas áreas de enfermagem e segurança do paciente, igualmente, dois (9,5%) em serviços de saúde e gerenciamento de riscos em saúde e um (4,7%) nas áreas de pediatria, farmácia e neonatologia.

A seguir, serão apresentados os Quadros 05 a 25 referentes a síntese dos artigos incluídos nesta Revisão Integrativa.

Quadro 5 – Síntese do estudo primário 01.

Estudo 01	
Título	The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources.
Autores	BURLISON, et al.
Periódico	Journal of Patient Safety
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2017
Idioma	Inglês
Objetivo	Desenvolver e validar uma Ferramenta de Suporte e Experiência da Segunda Vítima (SVEST).
Tipo de Pesquisa	Descritivo e quantitativo.
Amostra	A estratégia de amostragem foi administrar a pesquisa a todos os profissionais de saúde em um hospital pediátrico especializado em tratamento de crianças com doenças catastróficas dos Estados Unidos, envolvidos no atendimento direto ao paciente, em todos os turnos de trabalho, com a intenção de incluir todos os membros da equipe de saúde que poderiam ser potenciais segundas vítimas. Com base nesse critério, 983 funcionários, incluindo entre outros, enfermeiros, médicos, farmacêuticos e técnicos médicos foram convidados a participarem da pesquisa. Dos 983 profissionais de saúde, 305 (31%) responderam à pesquisa.
Tratamento dos dados	A estrutura fatorial da pesquisa foi avaliada pelo EFA (análise fatorial exploratória) utilizando o AMOS® versão 4.0. Os índices de ajuste utilizados para avaliar o ajuste do modelo foram qui-quadrado, índice de ajuste comparativo CFI (índice de ajuste comparativo) e erro médio quadrático médio de aproximação (RMSEA).

Resultados	Das sete opções de suporte do questionário, “Um colega respeitado para discutir os detalhes do que aconteceu” foi classificado como o mais desejado (80,5% desejado, 4% não desejado, média = 4,06, DP = 0,91) e “A oportunidade de agendar um tempo com um conselheiro do meu hospital para discutir o evento” foi classificado como a forma de apoio menos desejada (48% desejada, 20,7% não desejada, média = 3,33, DP = 1,10). No entanto, os meios para todas as opções de suporte estavam acima da classificação neutra, “não concordo nem discordo”, ou seja, três.
Conclusão	O estudo fornece suporte preliminar para o SVEST como um instrumento confiável e válido para obter essas informações. O SVEST pode ser usado pelos líderes da área da saúde para orientar a implementação de novos recursos da segunda vítima, avaliar a qualidade dos recursos de suporte e acompanhar o desempenho dos programas da segunda vítima ao longo do tempo.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP*	A
Nível de Evidência	4

* CASP - Critical Appraisal Skills Programme

Quadro 6 – Síntese do estudo primário 02.

Estudo 02	
Título	Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals.
Autores	PÉREZ, C. D.; FUENTES, P. S.; GARCÍA, E. J.
Periódico	Revista da Escola de Enfermagem da USP.
País de publicação	Espanha
Ano de Publicação	2019
Idioma	Inglês
Objetivo	Identificar os tipos de intervenções que devem ser incluídas em um protocolo organizacional para responder a eventos adversos graves envolvendo a equipe de enfermagem.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e quantitativo.
Amostra	Composta por 248 enfermeiros da Comunidade Autônoma de Madri, Espanha.
Tratamento dos dados	A análise dos dados foi realizada com o software estatístico SPSS Statistics 23.0, utilizando dados descritivos básicos, números e porcentagem de casos em cada categoria e valores mínimo, máximo, médio e desvio padrão. Os grupos de variáveis foram comparados pelo teste qui-quadrado.

Resultados	Um protocolo de resposta institucional diante de eventos adversos graves que envolviam a equipe de enfermagem deveria incluir a assessoria jurídica (86,5%) e psicológica (82,4%) como intervenções prioritárias. Cerca de 69,3% dos enfermeiros necessitavam de assessoria sobre como registrar o evento adverso na história clínica. Aproximadamente, 64,8% desejariam receber assessoria sobre as garantias e segurança jurídica do sistema de notificação de erros. Cerca de 54,5% dos enfermeiros apoiaram protocolar oficinas de reciclagem de técnicas. A mudança ou troca forçosa de serviço de modo permanente foi uma das estratégias menos desejadas entre os profissionais (3,3%).
Conclusão	Os enfermeiros reivindicaram receber assessoria psicológica e jurídica, técnicas de comunicação e reciclagem e não serem trocados de local de trabalho, para abordarem as consequências posteriores de um evento adverso.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 7 – Síntese do estudo primário 03.

Estudo 03	
Título	Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study.
Autores	GERVEN, et al.
Periódico	Revista de Calidad Asistencial
País de publicação	Bélgica
Ano de Publicação	2016
Idioma	Espanhol
Objetivo	Avaliar os sintomas experimentados como resultado de um evento adverso durante uma intervenção em saúde; as estratégias de enfrentamento aplicadas; o apoio recebido versus o apoio necessário e os aspectos que influenciaram a pessoa a se tornar uma segunda vítima.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e qualitativo
Amostra	Foram realizadas 33 entrevistas com enfermeiras, parteiras e médicos de diferentes hospitais da Bélgica. Os critérios de inclusão para o estudo incluíram ser enfermeiro, parteira ou médico, estar envolvido em um evento adverso, participação voluntária, assinatura de consentimento informado, atualmente trabalhando em um hospital e falar holandês. Os critérios de exclusão foram estarem envolvidos em um processo legal devido ao evento adverso e envolvimento indireto no evento. Devido a esses critérios de exclusão, duas entrevistas foram excluídas do estudo. A amostra do estudo consistiu, portanto, em 31 entrevistas, incluindo 17 enfermeiras, 3 parteiras e 11 médicos de diferentes hospitais da Bélgica. A amostra do estudo continha 1 caso que não resultou em danos para o paciente e 9 casos resultaram em danos temporários. A duração de cada entrevista foi entre 45 e 90 minutos e ocorreu em um local de escolha dos participantes, que foram entrevistados pessoalmente

Tratamento dos dados	As entrevistas foram gravadas e foram realizadas anotações de campo para manter detalhes contextuais e expressões não verbais. As gravações das entrevistas foram salvas por data e profissão e todas foram transcritas literalmente. Dois pesquisadores analisaram os dados independentemente e utilizaram para a categorização das respostas uma revisão aprofundada da literatura que ajudaram a definir o contexto e a direção deste estudo. Portanto, o arcabouço conceitual incluiu os três seguintes conceitos sensibilizantes que fizeram parte da análise: (1) impacto emocional e profissional, (2) estratégias de enfrentamento focadas na emoção e no problema e (3) três níveis de apoio: informal, suporte formal e profissional. Os dados foram processados com o NVivo10, software para pesquisa qualitativa.
Resultados	O apoio mais recebido após o evento foi principalmente o apoio emocional. A valorização do suporte variou de acordo com a cultura de segurança organizacional. O apoio emocional ou os primeiros socorros psicológicos eram muito pessoais e envolviam demonstrar empatia, respeito, escuta, compreensão, solidariedade, apreciação ou confirmação das capacidades da segunda vítima. Aqueles que receberam apoio mínimo ou nenhum apoio emocional ou primeiros socorros psicológicos, sentiram-se incompreendidos e ficaram sozinhos com a dor.
Conclusão	Os apoios necessários referidos após o envolvimento em um evento adverso foram poder conversar com alguém (de preferência alguém também envolvido no evento), participar da investigação, receber apoio profissional ou formal de colegas, e poder compartilhar com o paciente e / ou sua família. No entanto, o suporte é um segundo passo.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 8 – Síntese do estudo primário 04.

Estudo 04	
Título	Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation.
Autores	DUKHANIN, et al.
Periódico	Journal of Pediatric Nursing
País de publicação	
Ano de Publicação	2018
Idioma	Inglês
Objetivo	Descrever a abordagem adotada para avaliar um programa de apoio à segunda vítima, usando como exemplo os sucessos e barreiras da implementação do RISE (Resiliência após eventos estressantes).
Tipo de Pesquisa	Descritivo misto.

<p>Amostra</p>	<p>O projeto foi uma avaliação de método misto usando: 1) análise quantitativa de duas pesquisas consecutivas com a equipe e 2) análise de conteúdo das respostas a perguntas abertas nas pesquisas. Os convites para participarem da pesquisa on-line da pré-implementação do programa foram enviados por e-mail para todos os funcionários do Departamento de Pediatria de um hospital dos Estados Unidos (aproximadamente 900 funcionários). O convite incluiu o objetivo da pesquisa, o consentimento para participarem e reforçou que a participação era voluntária e anônima. O link fornecido levou a uma pesquisa hospedada on-line no SurveyMonkey™ (SurveyMonkey Inc. 2015. www.surveymonkey.com Palo Alto, Califórnia, EUA), onde ficou disponível por quatro semanas. Os entrevistados tiveram a opção de não responder qualquer pergunta. A segunda pesquisa, baseada na primeira, foi projetada como avaliação de acompanhamento e foi administrada quatro anos após a pesquisa original. Foram incluídas perguntas adicionais para obter <i>feedback</i> da equipe sobre o RISE e a utilização de seus serviços. Os convites para a pesquisa foram enviados usando a lista de e-mail dos funcionários do departamento de pediatria e os mesmos procedimentos de administração da pesquisa. A pesquisa ficou disponível por 11 semanas. Todos os funcionários do Departamento de Pediatria, ou seja, 900 pessoas foram convidadas a preencherem a pesquisa de pré-implementação e a pesquisa de acompanhamento após quatro anos; as taxas de resposta estimadas foram 22,4% e 23,3%, respectivamente. A composição dos entrevistados da pesquisa de linha de base não estava disponível. Entre os respondentes da pesquisa de acompanhamento, 49% eram enfermeiros, 20% médicos, 10% gerentes e 21% outros.</p>
<p>Tratamento dos dados</p>	<p>Os dados da pesquisa foram baixados do SurveyMonkey™ como textos em formato de documento portátil (PDF). Utilizaram estatística descritiva para analisar as características demográficas dos respondentes da pesquisa. Foram calculadas proporções para as respostas quantitativas, que incluíam questões categóricas / múltipla escolha e escala do tipo <i>Likert</i> (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente). O teste do qui-quadrado foi utilizado para avaliar a diferença nessas proporções entre as respostas da pesquisa e entre as respostas de médicos e enfermeiros nos quatro anos de seguimento. As respostas abertas incluíam reflexões dos entrevistados sobre recursos úteis e inúteis, recursos e serviços desejados de um programa de suporte organizacional e <i>feedback</i> sobre o próprio programa RISE com base em experiências pessoais ou indiretas. As respostas foram revisadas independentemente por três pesquisadores utilizando análise de conteúdo e métodos padrão de análise qualitativa para cada resposta individual e os temas foram gerados de acordo. Desentendimentos na codificação entre os pesquisadores foram resolvidos por consenso e uma parte mediadora. As frequências de respostas comuns foram calculadas como porcentagens.</p>
<p>Resultados</p>	<p>As taxas de resposta da pesquisa foram de 22,4% e 23,3%, respectivamente para a primeira e segunda fase da coleta de dados. A análise quantitativa mostrou que os entrevistados mais tarde tinham maior probabilidade de entrar em contato com uma estrutura de suporte organizacional e tinham maior consciência da disponibilidade de suporte. Os entrevistados eram muito propensos (93%) a recomendar o RISE para outros. A análise de conteúdo identificou barreiras ao uso do RISE: superar a cultura de culpa, necessidade de promover a iniciativa e necessidade de mais tempo da equipe para lidar com eventos adversos. Os entrevistados relataram preferências variadas para o formato de suporte e intervenções de suporte específicas.</p>

Conclusão	A abordagem do método misto permitiu a identificação de evidências para a eficácia do RISE, juntamente com as barreiras por trás de sua implementação. Os resultados sugeriram que um atributo importante da implementação bem-sucedida de um programa de segunda vítima é ser flexível, autoaprendizado e levar em consideração a cultura de segurança do paciente. A cultura organizacional dentro de uma instituição pode ser um fator limitante ou facilitador que estimula ações proativas, adaptações e avaliação contínua.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 9 – Síntese do estudo primário 05.

Estudo 05	
Título	Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses.
Autores	QUILLIVAN, et al.
Periódico	Joint Commission journal on quality and patient safety.
País de publicação	Estados Unidos.
Ano de Publicação	2016
Idioma	Inglês
Objetivo	Investigar o efeito da cultura de segurança do paciente na segunda vítima, relacionado ao prestador de cuidados de saúde e explorar se a cultura de segurança do paciente afeta o grau em que as segundas vítimas são apoiadas após o evento.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e quantitativo.
Amostra	Estudo, realizado em um hospital pediátrico especializado dos Estados Unidos que trata crianças com câncer e outras doenças catastróficas; foi realizado com enfermeiros envolvidos no atendimento direto ao paciente (N = 358) que foram convidados por e-mail para participarem do estudo. Dos 358 enfermeiros convidados, 178 (49,7%) participaram, sendo que 160 (90%) responderam os dois instrumentos utilizados.
Tratamento dos dados	A cultura de segurança do paciente foi medida a partir dos itens do AHRQ (<i>Agency for Healthcare Research and Quality's</i>) HSOPSC (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>) e o sofrimento da segunda vítima e o suporte organizacional foram medidos a partir dos itens do SVEST (<i>Second Victim Experience and Support Tool</i>). Os dados foram analisados no software SPSS (versão 22.0, SPSS, Chicago). Uma média não ponderada dos itens individuais foi usada para construir as pontuações das dimensões SVEST e HSOPSC. As frequências e porcentagens foram calculadas para os dados descritivos. As correlações bivariadas, médias e desvios padrão de Pearson foram calculados para todas as variáveis do estudo. Análises preliminares foram conduzidas para garantir que nenhuma suposição de normalidade, linearidade, homoscedasticidade e multicolinearidade fosse violada.

Resultados	Dos 358 enfermeiros de um hospital pediátrico especializado, 169 (47,2%) responderam a ambos os inquéritos. A regressão linear hierárquica demonstrou que a dimensão “resposta não punitiva aos erros” do inquérito sobre cultura de segurança do paciente esteve significativamente associada a reduções nas dimensões de sofrimento psicológico, físico e profissional do inquérito sobre as segundas vítimas ($p < 0,001$). Como mediador, o apoio organizacional explicou inteiramente a relação entre a resposta não punitiva aos erros e o sofrimento físico e profissional, e explicou parcialmente a relação entre a resposta não punitiva aos erros e o sofrimento psicológico.
Conclusão	Uma resposta não punitiva a erros pode atenuar os efeitos negativos do envolvimento em um evento adverso, incentivando interações de suporte. Além disso, as percepções do sofrimento relacionado à segunda vítima podem ser menos graves quando as culturas hospitalares são caracterizadas por uma resposta não punitiva a erros. Reduzir a resposta punitiva ao erro e incentivar as interações entre colegas de trabalho, supervisor e institucional podem ser estratégias úteis para gerenciar a gravidade das experiências da segunda vítima.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 10 – Síntese do estudo primário 06.

Estudo 06	
Título	Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study.
Autores	MERANDI, et al.
Periódico	Pediatric quality & safety
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2017
Idioma	Inglês
Objetivo	Descrever a replicação do programa forYOU no Hospital Infantil Nacional (NCH).
Tipo de Pesquisa	Relato de Experiência.
Amostra	A implantação do Programa ocorreu de 2013 a 2017, sendo que ocorreram 232 encontros entre pares e 21 grupos. Participaram diferentes profissionais de saúde, sendo $n=180$.
Tratamento dos dados	Não se aplica.

Resultados	Seguindo o modelo da University of Missouri Health Care (MUHC), implantou-se com sucesso um programa de atendimento a segunda vítima em toda a instituição. Desde o início de novembro de 2013, documentou-se 232 encontros entre pares e 21 grupos. As áreas clínicas de alto risco para segunda vítima no NCH incluíram o departamento de emergência (DE), unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP), unidade de terapia intensiva cardiorádica (UTIC) e departamento de farmácia. Os enfermeiros registrados (RNs) e os enfermeiros práticos licenciados (LPNs) tiveram o maior número de encontros que necessitavam de apoio à segunda vítima (32%). A equipe apoiada relatou um melhor estado emocional e melhores métricas de retorno ao trabalho.
Conclusão	A cultura de segurança do paciente de uma organização pode ser aprimorada, garantindo a segurança psicológica da equipe. Programas como o “YOU Matter” e a equipe “forYOU” são componentes essenciais para melhorar a cultura geral de segurança e a qualidade do atendimento. A implementação do “YOU Matter” no NCH validou o programa MUHC e demonstrou sua generalização para outras instituições de saúde.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	5

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 11 – Síntese do estudo primário 07.

Estudo 07	
Título	Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events.
Autores	WHITE, et al.
Periódico	Journal of healthcare risk management
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2015
Idioma	Inglês
Objetivo	Descrever as percepções dos gerentes de risco em saúde sobre as características dos programas de suporte a trabalhadores de saúde.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e quantitativo
Amostra	Foram enviados convites para participarem de uma pesquisa na <i>web</i> confidencial para 5.272 membros da Sociedade Americana para Gerenciamento de Riscos em Saúde (ASHRM). A ASHRM foi criada em 1980 e é um grupo de membros da American Hospital Association (AHA), que tinha aproximadamente 5.800 membros no momento da pesquisa. As coletas foram concluídas por 635 dos 5272 membros elegíveis da ASHRM, para uma taxa de resposta geral de 12,0%.
Tratamento dos dados	A estatística descritiva incluiu médias e desvios-padrão para variáveis contínuas e porcentagens para variáveis categóricas. As variáveis categóricas foram comparadas usando o teste qui quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, conforme apropriado. Todos os testes foram bicaudais e um valor de p menor que 0,05 foi considerado significativo.
Resultados	A maioria (73,6%) dos entrevistados relatou que sua organização possuía um programa para fornecer apoio emocional aos profissionais de saúde após eventos adversos. Além disso, 7,3% indicaram que, embora sua instituição atualmente não possuísse um programa de apoio a prestadores, eles planejavam iniciar um no ano seguinte. A idade média dos programas existentes era de 12,1 anos. Entre os 110 entrevistados (19,1%) de instituições sem nenhum programa de apoio aos trabalhadores, quatro estavam cientes de um programa anterior que havia sido descontinuado.
Conclusão	Os programas de apoio aos trabalhadores devem aprimorar os mecanismos de referência e o apoio de colegas, avaliar criticamente o papel dos Programas de Assistência ao Empregado e demonstrar seu valor para os líderes institucionais.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 12 – Síntese do estudo primário 08.

Estudo 08	
Título	From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture.
Autores	XIN, Z.; QIUYANG, L. B.; YUSHUAI, G. B.
Periódico	Journal of Nursing Management
País de publicação	China
Ano de Publicação	2019
Idioma	Inglês
Objetivos	Descrever as percepções sobre o sofrimento relacionado à segunda vítima, apoios organizacionais e cultura de segurança do paciente e examinar as diferenças nos resultados em relação a <i>Agency for Healthcare Research and Quality's</i> (AHRQ).
Tipo de Pesquisa	Descritivo e quantitativo
Amostra	A Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC) e a Ferramenta de Experiência e Suporte da Segunda Vítima (SVESST) foram usadas para investigar 267 enfermeiros envolvidos no atendimento direto ao paciente e EA no ano anterior. Foi realizada em três hospitais de ensino em Pequim, China, de junho a setembro de 2017.
Tratamento dos dados	O SPSS versão 24.0 foi utilizado para análise dos dados. A extensão dos dados ausentes foi inferior a 2% entre os participantes. A estatística descritiva foi aplicada para a descrição das principais variáveis e características da amostra, e o teste t de Student, foi utilizado para explorar as diferenças nas taxas de resposta positiva média entre os dados deste estudo e o banco de dados AHRQ de 2016. A análise de correlação de Pearson ou Spearman foi utilizada para dados com ou sem distribuição normal, respectivamente.
Resultados	Cerca de metade (45,3%) dos enfermeiros experimentaram sofrimento psicológico e 26,6% deles gostariam de ter recebido apoio. O modelo mostrou que seis dimensões da cultura de segurança do paciente contribuíram para diminuir o absenteísmo e a intenção de rotatividade por meio de maiores apoios organizacionais e diminuição do sofrimento relacionado à segunda vítima.
Conclusão	O sofrimento relacionado à segunda vítima pode ser aliviado e o suporte organizacional pode ser aprimorado por meio de melhorias na cultura de segurança do paciente.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 13 – Síntese do estudo primário 09.

Estudo 09	
Título	Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study.
Autores	WON, et al.
Periódico	BMC Health Services Research
País de publicação	Coreia do sul
Ano de Publicação	2019
Idioma	Inglês
Objetivo	Examinar as experiências e os métodos de resposta de segundas vítimas de incidentes de segurança do paciente.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e qualitativo
Amostra	Entrevistas realizadas com 16 profissionais de saúde (seis médicos, oito enfermeiros e dois farmacêuticos) que estiveram envolvidos em incidentes de segurança do paciente.
Tratamento dos dados	Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas e a análise dos dados foi realizada de acordo com a teoria fundamentada em Strauss e Corbin. Tanto a codificação aberta quanto a axial foram realizadas. Critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ) foram aplicados neste estudo.
Resultados	Devem ser fornecidos apoio à superação das dificuldades psicológicas vivenciadas pelas segundas vítimas, mas também apoio administrativo prático, como a resolução de problemas legais. O processo de resposta das segundas vítimas foi analisado por meio da análise do processo, sendo dividido em cinco estágios da seguinte forma: "estágio de emaranhamento", "estágio de agitação", "estágio de luta", "estágio de gerenciamento" e "estágio de induração".
Conclusão	Esta pesquisa é significativa porque fornece uma compreensão abrangente das experiências das segundas vítimas na Coreia do sul, obtendo dados utilizando método de pesquisa qualitativa. As conclusões do estudo também destacaram os cinco estágios do processo de resposta à segunda vítima e podem ser usadas para projetar um programa especializado de apoio.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 14 – Síntese do estudo primário 10.

Estudo 10	
Título	Emotion and Coping in the Aftermath of Medical Error: A Cross-Country Exploration.
Autores	HARRISON, et al.
Periódico	Journal of Patient Safety
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2015
Idioma	Inglês
Objetivo	Investigar a perturbação profissional ou pessoal experimentada após cometer um erro; a resposta emocional e estratégias de enfrentamento utilizadas; a relação entre emoções e seleção da estratégia de enfrentamento e fatores influentes nas respostas dos médicos e enfermeiros.
Tipo de Pesquisa	Descritiva e quantitativa
Amostra	Foi realizada uma pesquisa transversal com 265 médicos e enfermeiros em dois grandes hospitais de ensino no Reino Unido e nos Estados Unidos. A amostra final foi composta por 120 médicos e 145 enfermeiros (n = 265).
Tratamento dos dados	Inicialmente buscou-se se haviam diferenças nas emoções e estratégias de enfrentamento dos profissionais de saúde do Reino Unido e Estados Unidos, mas a exploração preliminar da matriz de correlação revelou que as pontuações nas emoções e as medidas de enfrentamento foram consistentes nos dois locais. Estatísticas descritivas foram usadas para explorar a interrupção profissional ou pessoal relatada após cometer um erro, os tipos de erros relatados, a severidade percebida (algum dano versus nenhum dano) e a frequência com que cada emoção foi experimentada. Uma análise multivariada de variância (MANOVA) explorou diferenças entre os 2 locais e grupos profissionais nas respostas de impacto profissional e pessoal. Correlações foram usadas para indicarem se as respostas emocionais mais comuns pareciam estarem associadas às estratégias de enfrentamento específicas. O teste MANOVA também foi usado para determinar se os dados mais comumente relatados sobre as respostas emocionais ou a seleção da estratégia de enfrentamento diferiram dependendo do dano percebido e / ou entre as profissões.
Resultados	A interrupção profissional e pessoal foi relatada como resultado de um erro. Emoções negativas eram comuns, mas sentimentos positivos de determinação e atenção também foram identificados. A resposta emocional e a seleção das estratégias de enfrentamento não diferiram por causa da localização ou dano percebido, mas as respostas pareciam diferir por grupo profissional; enfermeiros em ambos os locais relataram sentimentos negativos mais fortes após um erro. Os entrevistados favoreceram estratégias de enfrentamento focadas no problema e foram identificadas associações entre a seleção da estratégia de enfrentamento e a presença de emoções específicas. Os serviços de apoio organizacional, especialmente os pares, foram reconhecidos como úteis, mas o medo da confidencialidade pode dificultar que alguns funcionários acessassem esses serviços.

Conclusão	Significativa interrupção profissional e pessoal foi relatada depois de um EA, ocasionado por trabalhadores da saúde, tanto no Reino Unido como nos Estados Unidos. Os resultados informaram o desenvolvimento tanto de apoio dos pares, bem como a divulgação e pedido de desculpas a fim de reduzir implicações importantes sobre enfrentamento e recuperação nos trabalhadores e, conseqüentemente, na segurança do paciente.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 15 – Síntese do estudo primário 11

Estudo 11	
Título	Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis.
Autores	GERVEN, et al.
Periódico	British Medical Journal Publishing Group
País de publicação	Bélgica
Ano de Publicação	2016
Idioma	Inglês
Objetivos	Descrever o impacto psicológico e a recuperação de médicos, enfermeiros e parteiras de um incidente de segurança do paciente e examinar quais fatores específicos provavelmente influenciaram o impacto e a recuperação.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e quantitativo.
Amostra	Cenário de 33 hospitais belgas com 913 participantes (186 médicos, 682 enfermeiros e 45 parteiras) envolvidos em um incidente de segurança do paciente.
Tratamento dos dados	Primeiro foi avaliado a invariância da medida da solução nas respostas retrospectivas dos participantes sobre o impacto psicológico no momento do incidente e no momento da pesquisa. Foram aplicadas restrições progressivamente mais rigorosas na análise fatorial confirmatória de múltiplos grupos usando o Mplus 7.1. Segundo, utilizou-se o software SAS versão 9.4 para ajustar uma série de modelos multiníveis para medidas repetidas da escala de impacto de eventos (IES) em trabalhadores de saúde aninhados em hospitais. Apenas aspectos mostrando significância estatística no impacto psicológico e / ou recuperação foram retidos para análise posterior. Terceiro, examinou-se quais situações influenciaram conjuntamente o impacto psicológico geral e recuperação. Quarto, explorou-se quais organizações e aspectos percebidos pelos profissionais de saúde foram conjuntamente associados ao impacto psicológico geral e recuperação, enquanto aspectos situacionais e individuais estatisticamente significativos.
Resultados	No total, 11 hospitais relataram ter uma equipe de apoio para segundas vítimas e 14 hospitais relataram ter um protocolo de suporte à sua disposição. E os demais hospitais não contavam com suporte para as segundas vítimas.

Conclusão	As organizações de saúde devem antecipar o fornecimento para sua equipe de estruturas de apoio apropriadas e oportunas, adaptadas ao trabalhador da saúde envolvido em eventos adversos e à situação específica do incidente.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - Critical Appraisal Skills Programme

Quadro 16 – Síntese do estudo primário 12.

Estudo 12	
Título	Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital.
Autores	KRZAN, et al.
Periódico	American Journal of Health-System
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2019
Idioma	Inglês.
Objetivo	Descrever um programa formal de apoio a funcionários de farmácias envolvidos em eventos adversos a medicamentos, lesões relacionadas ao paciente e outras experiências traumáticas de trabalho.
Tipo de Pesquisa	Relato de Experiência.
Amostra	A pesquisa de pré-implementação do programa YOU Matter foi distribuída para 181 funcionários da farmácia do Hospital Shands da Universidade da Flórida nos EUA em julho de 2013; uma segunda pesquisa (isto é, pós-implementação) para avaliar a eficácia do programa piloto foi distribuída em março de 2014. Assim como na pesquisa de pré-implementação, houve 121 respostas à pesquisa de pós-implementação.
Tratamento dos dados	Não se aplica.
Resultados	Após a implementação do programa, 85% dos funcionários da farmácia (95 de 121) indivíduos que responderam ao item da pesquisa aplicável) acharam que o departamento havia se beneficiado com o programa YOU Matter. Em uma área de resposta de texto livre, várias pessoas notaram que era muito cedo para realmente perceber os benefícios do programa. Houve três indivíduos que relataram ter conversado com um apoiador após um evento e 11 indivíduos que indicaram um colega de trabalho a um apoiador. Todos os três indivíduos que falaram com um apoiador responderam que se beneficiaram da experiência.
Conclusão	A maioria da equipe de farmácias informou que o departamento se beneficiou com a implementação do programa de segunda vítimas YOU Matter. Uma pesquisa realizada cinco meses após a implementação do programa revelou que três entrevistados o usaram pessoalmente e 11 encaminharam um colega de trabalho a um apoiador de colega.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	5

* CASP - Critical Appraisal Skills Programme

Quadro 17 – Síntese do estudo primário 13.

Estudo 13	
Título	Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study.
Autores	EDREES, et al.
Periódico	British Medical Journal Publishing Group
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2016
Idioma	Inglês
Objetivos	Descrever o desenvolvimento do Programa RISE (Resiliência em eventos estressantes) e avaliar sua viabilidade inicial e subsequente implementação.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e misto
Amostra	Após a ocorrência de um evento estressante relacionado ao paciente - como um evento adverso, erro médico, morte, resultado inesperado ou trauma não acidental - o profissional de saúde envolvido ou seu colega, realiza um chamando a equipe do RISE. O atendente do RISE de plantão responde retornando à ligação em 30 minutos e planejando uma reunião (encontro) com o chamador - idealmente nas próximas 12 horas. O termo 'respondedor de pares' não implica que o participante compartilhe a mesma função que o chamador. O programa obteve um total de 119 ligações recebidas nos primeiros 52 meses, envolvendo 500 indivíduos.
Tratamento dos dados	Estudo de métodos mistos incluiu contagem de frequências de encontros, pesquisas com funcionários e avaliações de respondentes de pares do RISE. Estatísticas descritivas foram usadas para resumir características demográficas e proporções de respostas às escalas categórica, <i>Likert</i> e ordinal. A análise qualitativa e a codificação foram usadas para analisar respostas em aberto de questionários e grupos focais.
Resultados	A maioria das ligações era de enfermeiros e muito poucas estavam relacionadas à eventos adversos (4%). Os entrevistados relataram que os encontros foram bem-sucedidos em 88% dos casos e 83,3% relataram atender às necessidades do chamador. A baixa conscientização do programa foi uma barreira para a expansão em todo o hospital. No entanto, ao longo dos quatro anos, a taxa de chamadas aumentou de 1 a 4 por mês. O programa evoluiu para acomodar solicitações de suporte de grupo.
Conclusão	A equipe do hospital identificou a necessidade de um programa multidisciplinar de apoio aos pares para segundas vítimas. Os entrevistados relataram sucesso em responder às chamadas, a maioria dos quais foram por eventos adversos. O baixo volume inicial de chamadas enfatizou a importância de promover a conscientização sobre o valor do apoio emocional e a disponibilidade do programa.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 18 – Síntese do estudo primário 14.

Estudo 14	
Título	Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims.
Autores	MIRA, et al.
Periódico	BMC Health Services Research
País de publicação	Espanha
Ano de Publicação	2015
Idioma	Inglês
Objetivo	Identificar e analisar estratégias adotadas em nível de organização, tanto na Atenção Primária quanto nos hospitais da Espanha, para abordar o impacto de EA graves na segunda e terceira vítimas.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e quantitativo
Amostra	Um total de 406 gerentes e coordenadores de segurança do paciente dos hospitais e distritos de Atenção Primária dos serviços regionais de saúde da Andaluzia, Aragão, Castilla La Mancha, Castilla y León, Catalunha, Valência, Madri e País Basco; 8 das 17 comunidades autônomas (regiões) da Espanha, responderam à pesquisa.
Tratamento dos dados	O teste t student foi utilizado para comparar as pontuações nas cinco dimensões entre gerentes e coordenadores de segurança do paciente. Usando a análise de regressão logística condicional direta, foram identificadas diferenças na percepção da implementação e na utilidade das intervenções entre esses tipos de profissionais e entre os níveis de atenção. Nos dois casos, as classificações de intervenção foram consideradas como variáveis independentes e a variável dependente foi, no primeiro caso, se os profissionais eram gerentes ou coordenadores de segurança e, no segundo caso, se as organizações eram hospitais ou centros de atenção primária. Alguns sujeitos não responderam a todas as perguntas. Uma abordagem de exclusão <i>listwise</i> foi aplicada. Consideramos que as diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.
Resultados	As medidas relacionadas ao “Apoio às segundas vítimas” mostraram a menor cobertura nas organizações pesquisadas, com 71 e 61% dos participantes dos hospitais e Atenção Primária, respectivamente, relatando que não havia um protocolo para tratar as segundas vítimas. Participantes de hospitais e Atenção Primária, respectivamente 70 e 66% disseram que não havia um programa para orientar, aconselhar, apoiar e ajudar as segundas vítimas em sua organização. Além disso, em muitos casos (45 e 55% dos participantes dos hospitais e da Atenção Primária, respectivamente), disseram que nenhum membro da equipe foi designado como pessoa de contato para os profissionais envolvidos em um EA. Com relação à dimensão relacionada à “Comunicação aberta com pacientes e / ou parentes”, 30 a 60% dos participantes consideraram que 8 das 10 intervenções propostas não haviam sido implementadas em suas organizações.

Conclusão	Os resultados mostraram que a maioria das organizações de saúde espanholas não possuía um programa de apoio à segunda vítima ou um plano para proteger a reputação da instituição como terceira vítima no caso de um EA grave ocorrer em um ou mais pacientes. Os resultados também sugeriram a necessidade de muitas instituições espanholas adotarem completamente a prática de divulgação aberta. As organizações de saúde devem propor diretrizes sobre como interagir com pacientes que sofrem o EA de maneira ética. Na Atenção Primária, houve menos proteção para a segunda e terceira vítimas do que nos hospitais.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 19 – Síntese do estudo primário 15.

Estudo 15	
Título	Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce.
Autores	GERVEN, et al.
Periódico	Pol Arch Med Wewn
País de publicação	Bélgica
Ano de Publicação	2014
Idioma	Inglês
Objetivo	Avaliar a prevalência e o conteúdo dos sistemas de apoio organizacionais para profissionais de saúde envolvidos em um evento adverso.
Tipo de Pesquisa	Descritivo misto
Amostra	Foi enviada uma pesquisa a 109 hospitais belgas focando dois aspectos: primeiro, a disponibilidade de um protocolo para apoiar as segundas vítimas e o segundo com relação a presença de uma pessoa de contato na organização para fornecer suporte. Um total de 59 hospitais participaram do estudo. Foi solicitado aos hospitais que enviassem seus protocolos para fornecer apoio às segundas vítimas.
Tratamento dos dados	Os dados foram tratados de forma descritiva e uma análise de conteúdo baseada no White Paper do IHI e no modelo Scott foi realizada para avaliar os protocolos.
Resultados	Trinta organizações tinham um plano sistemático para apoiar segundas vítimas. Doze por cento não conseguiram identificar uma pessoa de contato. O chefe de enfermagem era visto como uma das principais pessoas de contato quando algo dava errado. Em termos de qualidade dos protocolos, apenas uma minoria seguiu parte das recomendações internacionais.
Conclusão	Pequena parte dos hospitais apresentaram o mínimo preparo para fornecer suporte para profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos. A área administrativa deve assumir um papel de liderança no estabelecimento de protocolos de apoio para os seus profissionais de saúde na ocorrência desses eventos.

Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 20 – Síntese do estudo primário 16.

Estudo 16	
Título	Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program.
Autores	TRENT, et al.
Periódico	J Healthc Risk Manag
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2016
Idioma	Inglês
Objetivo	Avaliar as experiências traumáticas dos prestadores de serviços de saúde em cenários de segunda vítima e adversidade dos serviços de saúde, o impacto dessas experiências na vida dos prestadores, os componentes do modelo de apoio que eram úteis e opções de suporte adicionais que seriam úteis.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e qualitativo.
Amostra	Convites por e-mail para a participação em grupos focais foram enviados a 50 médicos e residentes médicos que utilizaram o programa de apoio em um grande sistema hospitalar localizado na região central do Texas - USA, entre 2001 e 2012. Foram realizados um total de seis grupos focais com 20 participantes em um período de seis meses.
Tratamento dos dados	A análise qualitativa utilizando narrativas de grupos focais não identificados foi conduzida pelos membros da equipe de pesquisa: um psiquiatra (DW), uma enfermeira (KW), um conselheiro de saúde comportamental (MT), um especialista em desenvolvimento de pesquisas (WH) e um pesquisador educacional com experiência em pesquisa qualitativa (HWJ). O viés de análise foi atenuado pelas diversas origens dos membros da equipe. Os membros da equipe de pesquisa primeiro concluíram a análise de conteúdo independente dos dados transcritos para identificar temas e subtemas amplos, depois se reuniram quatro vezes em grupo e chegaram a um consenso sobre os temas e subtemas. Estatísticas descritivas foram utilizadas para analisar dados demográficos.
Resultados	Os resultados revelaram que (1) as experiências dos trabalhadores são traumáticas, (2) é necessário comunicar um evento adverso de maneira confidencial e oportuna, de preferência a um colega, (3) educação preventiva sobre gerenciamento de riscos e o processo legal é útil, e (4) é necessário suporte adicional à experiência específica de uma reclamação da diretoria.

Conclusão	Os dados dos grupos focais indicaram a complexidade do impacto emocional das experiências traumáticas. Componentes específicos do programa são necessários para criar melhores práticas para os prestadores afetados pela adversidade da assistência médica, incluindo suporte quando os prestadores enfrentam reclamações na diretoria. A combinação única de apoio e educação do programa nos permitiu expandir os principais programas nacionais de adversidade em saúde.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 21 – Síntese do estudo primário 17.

Estudo 17	
Título	The Second Victim Phenomenon: Perspective of Canadian Radiation Therapists.
Autores	KOBE, et al.
Periódico	Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences
País de publicação	Canadá
Ano de Publicação	2019
Idioma	Inglês
Objetivos	Avaliar o nível de consciência do fenômeno da segunda vítima (SVP) em terapeutas de radiação canadenses, determinar as reações emocionais e físicas pós-incidentes experimentadas e determinar os sistemas existentes e/ou recomendados para suporte.
Tipo de Pesquisa	Descritivo Misto
Amostra	O design do método misto compreendeu duas fases. Na Fase I, os terapeutas de radiação canadenses foram convidados e concluíram a pesquisa on-line. Na fase II, os participantes participaram de um fórum de discussão online. Cento e setenta e oito (178) participantes responderam à pesquisa on-line na fase I e dezessete (17) participaram da fase II.
Tratamento dos dados	Após a conclusão da pesquisa, os dados quantitativos foram tabulados e a estatística inferencial foi concluída pelo Departamento de Epidemiologia da instituição, utilizando os testes qui-quadrado e exato de Fisher. Os dados qualitativos foram codificados e analisados pelo método de descrição qualitativa. Isso é feito independentemente por três dos investigadores. Os temas foram agrupados para determinar pontos em comum e formular o guia de discussão para a fase II do estudo e, finalmente, todos os dados tabulados da fase I foram utilizados para comparação com outros estudos na literatura.
Resultados	A maioria dos participantes indicou que não possuía suporte organizacional adequado para ajudá-los a se recuperar do incidente clínico. O apoio de um colega é o método preferido de suporte imediatamente após o incidente. Finalmente, uma pesquisa foi realizada para um desejo claro de implementação de processos definidos para suporte a incidentes pós-clínicos.

Conclusão	Este estudo destaca a falta de conhecimento da SVP em terapeutas de radiação canadenses. Ele identifica a lacuna entre as necessidades das segundas vítimas e a percebida falta de apoio oferecido por suas instituições. Esta questão é importante para organizações no campo da prática clínica.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 22 – Síntese do estudo primário 18.

Estudo 18	
Título	Peer Support for Clinicians: A Programmatic Approach.
Autores	SHAPIRO, J.; GALOWITZ, P.
Periódico	Acad Med
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2016
Idioma	Inglês
Objetivo	Descrever a origem, estrutura e funcionamento básico do Programa de Apoio dos Pares, incluindo componentes importantes para a conversa de apoio dos pares.
Tipo de Pesquisa	Relato de Experiência
Amostra	Trabalhadores do Centro de Profissionalismo e Peer Support (CPPS) em Brigham e Hospital da Mulher (BWH).
Tratamento dos dados	Não se aplica.
Resultados	A criação de um programa de apoio de colegas é um caminho a seguir, longe de uma cultura de invulnerabilidade, isolamento e vergonha e em direção a uma cultura que realmente valoriza um senso de responsabilidade organizacional compartilhada pelo bem-estar do profissional de saúde e pela segurança do paciente. Ações básicas do Programa de Suporte por Pares, incluindo componentes importantes para a conversa com suporte por pares (chamada de divulgação, convite / abertura, escuta, reflexão, reformulação, construção de sentido, enfrentamento, fechamento e recursos / referências) devem ser disseminadas.
Conclusão	Um programa de apoio de colegas é um caminho a seguir pelas Instituições de Saúde, longe de uma cultura de invulnerabilidade, isolamento e vergonha, e em direção a uma cultura que realmente valoriza um senso de responsabilidade organizacional compartilhada pelo bem-estar do clínico e pela segurança do paciente.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	5

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 23 – Síntese do estudo primário 19.

Estudo 19	
Título	Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events.
Autores	ULLSTRÖM, et al.
Periódico	BMJ Publishing Group Ltd
País de publicação	Suécia
Ano de Publicação	2014
Idioma	Inglês
Objetivo	Investigar como os profissionais de saúde são afetados por seu envolvimento em eventos adversos, com ênfase no apoio organizacional de que precisam e quão bem a organização atende a essas necessidades.
Tipo de Pesquisa	Descritiva e qualitativa
Amostra	Foram entrevistados 21 profissionais de saúde de um hospital universitário sueco que sofreram um evento adverso.
Tratamento dos dados	Utilizou-se análise qualitativa de conteúdo e processo sistemático de classificação para analisar as entrevistas transcritas.
Resultados	A maioria dos informantes não tinha apoio organizacional ou recebeu apoio não estruturado e não sistemático. Além disso, a investigação formal raramente forneceu <i>feedback</i> adequado e oportuno aos envolvidos. O apoio insuficiente e a falta de <i>feedback</i> dificultaram o processamento emocional do evento e o fechamento. Foram identificadas três subcategorias relacionadas ao suporte organizacional: a importância e extensão de (a) apoio gerencial / institucional, (b) apoio de pares e (c) processo de investigação.
Conclusão	As descobertas deste estudo enfatizaram a necessidade de estruturas de suporte bem estabelecidas que possam atender às necessidades dos indivíduos envolvidos. As estruturas de apoio devem incluir procedimentos oportunos e transparentes para a investigação e análise de eventos adversos e locais onde os funcionários envolvidos nesses eventos possam se encontrar com colegas para compartilhar suas emoções e receberem garantias pessoais e profissionais.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 24 – Síntese do estudo primário 20.

Estudo 20	
Título	Supporting staff recovery and reintegration after a critical incident resulting in infant death.
Autores	ROESLER, R.; WARD, D.; SHORT, M.
Periódico	Adv Neonatal Care
País de publicação	Estados Unidos
Ano de Publicação	2009
Idioma	Inglês
Objetivo	Relatar a recuperação e reintegração dos funcionários da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais após um incidente crítico baseado na filosofia de uma cultura justa.
Tipo de Pesquisa	Relato de Experiência.
Amostra	Cinco enfermeiros e um técnico de farmácia
Tratamento dos dados	Não se aplica
Resultados	O programa <i>debriefing</i> proporcionou a oportunidade para o pessoal trabalhar através de emoções, para começar a perdoar a si mesmos e os outros, olhar para a frente e para desenvolver uma visão de futuro para a unidade. Um exercício importante para construir o futuro foi o reconhecimento deste incidente crítico como uma perda. Seu reconhecimento ajudou a equipe a lamentar as muitas perdas que ocorreram tais como a perda de vidas, confiança e orgulho na unidade.
Conclusão	É necessário ter políticas que apoiem o processo de tomada de decisão quando incidentes críticos ocorrerem. A política de cultura justa guiada por resposta, recursos da unidade para gerir o evento crítico e as decisões relacionadas com a gestão e tratamento dos funcionários afetados são fatores essenciais.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	5

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Quadro 25 – Síntese do estudo primário 21.

Estudo 21	
Título	Becoming a “second victim” in health care: Pathway of recovery after adverse event.
Autores	RINALDI, et al.
Periódico	Revista de Calidad Asistencial
País de publicação	Itália
Ano de Publicação	2016
Idioma	Espanhol
Objetivos	Estudar segundas vítimas na Itália, descrever o impacto físico e psicossocial de um evento adverso na segunda vítima; especificar o curso de recuperação após um evento adverso e descrever a assistência prestada às segundas vítimas.
Tipo de Pesquisa	Descritivo e qualitativo
Amostra	Foram entrevistados 33 enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde.
Tratamento dos dados	Os dados foram analisados de acordo com o guia Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) e classificados pelo software MAXQDA.
Resultados	As entrevistas revelaram que nenhuma das segundas vítimas recebeu apoio emocional adequado da respectiva organização de saúde; 21 participantes (65%) declararam que gostariam de receber apoio, mas não sabiam onde pedir nem se era possível como opção; 13 participantes (40%) procuraram assistência de um psicólogo.
Conclusão	A via de recuperação pós-evento é previsível, mas nem sempre claramente respeitada, conforme definido nesta amostra italiana. Estudos futuros do fenômeno da segunda vítima e intervenções de suporte desejadas são necessários para entender a experiência e as intervenções para mitigar os danos futuros. Todos os dias os profissionais de saúde se tornam segundas vítimas e, considerando que os recursos humanos são a herança mais importante das infraestruturas de saúde, após um evento adverso é muito importante executar programas de intervenção válidos para apoiar e treinar esses trabalhadores.
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	A
Nível de Evidência	4

* CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

Posteriormente à descrição dos estudos, os mesmos foram avaliados com relação ao rigor metodológico segundo dois instrumentos. O primeiro instrumento utilizado foi o adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP); em relação a sua pontuação, os estudos podem ser agrupados em duas categorias; são elas: artigos de boa qualidade metodológica (nível A) e com viés reduzido (entre 06 e 10

pontos) e estudos com qualidade metodológica satisfatória (nível B), porém com potencial para viés aumentado (05 pontos) (SOUSA; SANTANA; 2016). Demonstrou-se então que 100% dos estudos (n=21) obtiveram o nível A, ou seja, com boa qualidade metodológica.

O segundo instrumento, a Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos proposto por Stetler et al. (1998), identificou dezessete estudos (17) com nível 04 e quatro (04) estudos nível 05, de acordo com o delineamento encontrado.

Os delineamentos dos estudos incluídos nesta revisão foram: oito (08) com delineamento descritivo quantitativo, cinco (05) descritivo qualitativo, quatro (04) estudos descritivos mistos e relatos de experiências, igualmente.

A interpretação dos resultados dos estudos foi agrupada e fundamentada nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos; realizou-se a comparação com o conhecimento teórico e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Para apresentação das estratégias encontradas nos estudos, foram elaboradas as seguintes categorias:

Quadro 26 – Categorização dos estudos de acordo com o tipo de apoio evidenciado aos trabalhadores da saúde nas instituições.

Categorias	Estudos*	Total
Apoio jurídico	02, 16	02
Apoio psicológico	02, 09, 21	03
Apoio de pares	03, 05, 07, 10, 16, 17, 18, 19	08
Cultura de Segurança do Paciente	05, 20	02
Programas de apoio institucionais	01, 04, 06, 07, 08, 11, 12, 13, 19,	09
Sem estratégias de apoio às segundas	14, 15, 17, 21	04

A prestação de serviços de saúde é desafiadora e complexa, em algum momento a maioria dos trabalhadores de saúde estará direta ou indiretamente envolvido em eventos adversos. Enquanto o paciente é considerado a primeira e mais importante vítima de tais eventos, o trabalhador de saúde envolvido é frequentemente considerado a segunda vítima. Nessa direção, passamos a discutir as evidências encontradas nos estudos selecionados nesta pesquisa sobre as estratégias das instituições de saúde para apoiarem os trabalhadores de saúde envolvidos em eventos adversos (segunda vítima).

Com relação ao **apoio jurídico**, o estudo realizado por Pérez, Fuentes e García (2019), que teve como objetivo identificar os tipos de intervenções que deveriam serem incluídas em um protocolo organizacional para responder a eventos adversos graves envolvendo a equipe de enfermagem, evidenciou que 86,5% dos entrevistados sugeririam que os protocolos de reposta institucional diante de eventos adversos que envolviam a equipe de enfermagem deveriam incluir a assessoria jurídica. Já o estudo de Trent et al. (2016) que teve por objetivo avaliar os componentes do modelo de apoio e as opções de suporte adicionais, trouxe como recomendação a incorporação da educação proativa para os trabalhadores de saúde, particularmente em processos legais.

O evento adverso é uma realidade incontornável na medicina, fato que deveria ter relevância no direito, por exemplo, na adoção de um sistema de responsabilidade objetiva (isto é, não baseado na culpa dos agentes) para a compensação por danos em organizações de saúde (SOUZA; MENDES, 2014). Mesmo não sendo habitualmente fruto de negligência, como o demonstrou o famoso relatório *Harvard Medical Practice Study III* (LOCALIO et al., 1991), os “eventos adversos”, sobretudo quando graves, podem sempre vir a dar origem a uma ação em tribunal contra o trabalhador de saúde e/ou a instituição, o que poderá culminar, eventualmente, numa obrigação por parte desses em indenizar o (s) pacientes (s) lesado (s).

As preocupações com os processos legais são cada vez mais frequentes e culminam em altas indenizações como medida compensatória às vítimas ou seus parentes. Esses processos envolvem diretamente as instituições, e mais comumente o profissional médico, que passa a praticar a medicina defensiva induzida pela ameaça de processos, expondo o paciente a mais procedimentos e novos riscos (BOHOMOL et al., 2019).

O risco de processos judiciais é originado da decorrência de esconder os erros, motivados principalmente pela falta de comunicação entre instituição e familiares. Por vezes causamos dano ou levamos o paciente à morte por erros e nem ao menos declaramos um pedido de “desculpas” pelo ocorrido. Para facilitar a comunicação dos erros, é necessário implementar programas específicos de comunicação e de pedidos de desculpas que tenham o apoio institucional (BELL et al., 2012). Um estudo realizado no Sistema de Saúde da Universidade de Michigan identificou que após a implementação completa de um programa de divulgação dos eventos adversos, a taxa média de novos pedidos de indenização diminuiu de 7,03 para 4,52 por 100 mil pacientes; a taxa média mensal de processos passou de 2,13 para 0,75 por 100 mil pacientes e o tempo médio para resolução dos casos onde ocorreu processo diminuiu de 1,36 para 0,95 anos (KACHALIA et al., 2010).

O modelo de divulgação e pedido de desculpas enfatiza a comunicação honesta com pacientes e familiares e uma abordagem sistêmica aos erros. Promove uma resposta institucional baseada em princípios a resultados clínicos imprevistos, nos quais as organizações de saúde identificam proativamente eventos adversos, distinguem entre lesões causadas por negligência médica e aquelas decorrentes de complicações de doenças ou cuidados médicos intrinsecamente de alto risco, oferecem aos pacientes divulgação completa e explicações honestas, incentivam a representação legal de pacientes e familiares e oferecem um pedido de desculpas com compensação rápida e justa quando os padrões de atendimento não forem atendidos (BELL et al., 2012).

Para Harrison et al. (2017), uma das premissas para o alcance da cultura de segurança é a existência de uma comunicação aberta, honesta e transparente entre os serviços de saúde e seus pacientes.

O **apoio psicológico** foi estratégia citada como apoio aos trabalhadores envolvidos em eventos adversos. Pérez, Fuentes e García (2019) trouxeram que 82,4% dos trabalhadores de enfermagem entrevistados solicitavam a inclusão de apoio psicológico dentre as estratégias de um protocolo de resposta institucional diante dos eventos.

O processo de resposta das segundas vítimas após um evento adverso apresenta cinco estágios vivenciados pelas segundas vítimas, ou seja, estágio de emaranhamento, agitação, luta, gerenciamento e induração. Após o reconhecimento dos estágios foi sugerido que deveriam ser fornecidos apoio à superação das

dificuldades psicológicas vivenciadas pelas segundas vítimas (LEE et al., 2019).

Estudo desenvolvido por Rinaldi et al. (2016) na Itália, demonstrou que entre médicos, enfermeiros e outros trabalhadores participantes; 65% declararam que gostariam de receber apoio, mas não sabiam onde pedir e nem se era possível como opção. A procura por uma assistência psicológica, ocorreu em 40% dos participantes de tal estudo.

O apoio psicológico pode ser necessário pela existência de sintomas que os trabalhadores envolvidos em eventos adversos enfrentam, que podem incluir traumas emocionais como culpa, percepção de incompetência profissional e insegurança, além de sintomas físicos, como fadiga, insônia e náuseas. Esses sintomas não apenas afetam o estado emocional e psicológico dos trabalhadores de saúde, como também causam medo e incerteza em relação às suas habilidades profissionais (BURSLISON, et al. 2017). As consequências dos eventos adversos nos trabalhadores podem ser intensas, numerosas e duradouras; o sentimento de culpa, medo, vergonha, tristeza, angústia e isolamento são comuns entre as segundas vítimas. O desenvolvimento e a intensidade das reações destes profissionais são influenciados por vários fatores, incluindo maus resultados para os pacientes, personalidade do indivíduo e reações da organização (NYDOO et al., 2019).

Pesquisa realizada por Rodriquez e Scott (2018) relatou as experiências de trabalhadores de saúde que mudaram de carreira após a participação em eventos adversos; tal fato ocorreu devido às suas condições emocionais, resultando em sentimentos reprimidos de culpa e vergonha que podem ter contribuído para a exaustão, mudança de papéis ou até aposentadoria prematura.

Revisão sistemática realizada na Singapura, destacou que o envolvimento em eventos adversos provoca respostas psicológicas substanciais em segundas vítimas e estruturas de suporte bem estabelecidas incorporadas nas organizações e medidas de apoio apropriadas são necessárias para atender às necessidades desses profissionais, pois facilitam o enfrentamento e o gerenciamento de respostas emocionais negativas para aprendizado, prevenção de incidentes futuros e melhorias na segurança do paciente (CHAN; KHONG; WANG, 2016).

Com uma compreensão aprimorada das respostas psicológicas das segundas vítimas, estratégias de enfrentamento e necessidades de apoio podem ser melhor elaboradas por meio do compromisso organizacional, visando a recuperação emocional dessas vítimas.

O **apoio oferecido por pares** foi a terceira estratégia encontrada nos estudos. Dos vinte e um estudos selecionados nessa revisão integrativa, oito deles trouxeram o apoio de pares como estratégia após um evento adverso.

O estudo de Gerven et al. (2016a) identificou que o apoio necessário após o envolvimento em um evento adverso foi poder conversar com alguém, de preferência alguém também envolvido no evento.

A redução da resposta punitiva ao erro e incentivar as interações entre colegas de trabalho foram as estratégias trazidas pelo estudo de Quillivan et al. (2016), para gerenciar a gravidade das experiências da segunda vítima. Demonstrou-se que os programas de apoio aos trabalhadores devem aprimorar os mecanismos de referência e o apoio de colegas (WHITE et al., 2015).

Os serviços de apoio organizacional, especialmente os de pares, foram reconhecidos como úteis e que o apoio de um colega, era importante para causar impactos positivos nos sentimentos vivenciados pelas segundas vítimas (HARRISON et al, 2015; TRENT et al., 2016).

Estudo realizado no Canadá com terapeutas de radiação revelou que o apoio de um colega é o método preferido de suporte a ser utilizado imediatamente após o incidente (KOBÉ et al., 2019). O resultado trazido por Shapiro e Galowitz (2016) evidenciou que um programa de apoio de colegas é um caminho a seguir, longe de uma cultura de invulnerabilidade, isolamento e vergonha.

Corroborando aos resultados do presente estudo, Burlison et al (2017) demonstraram a importância de poder conversar com um colega, como desejo do trabalhador envolvido em um evento adverso.

Em uma pesquisa transversal realizada com cirurgiões de Boston nos Estados Unidos, que visou examinar o impacto psicológico dos eventos adversos entre eles, bem como a atitude desses cirurgiões em relação aos relatórios dos eventos, apresentou que 42% dos entrevistados indicavam o apoio oferecido pelos colegas o sistema mais útil, ao invés de amigos ou familiares (HAN et al., 2017).

A necessidade de apoio por colegas pós EA também foi verificado no estudo de Scott et al. (2010) que validou o apoio prestado em três níveis de intensidade, ou seja, apoio informal de colegas, apoio organizacional formal de uma equipe de suporte treinada e suporte de aconselhamento profissional.

Uma característica essencial do apoio de pares é identificar, recrutar e treinar trabalhadores capazes de auxiliar as segundas vítimas. Os participantes

devem ser respeitados por suas habilidades clínicas e por sua capacidade de ouvir sem julgamento. O modelo de equipe de suporte por pares deve ter; credibilidade dos pares, disponibilidade imediata, acesso voluntário, confidencial e “primeiros socorros” emocionais (não terapia) (VAN PELT, 2008).

Com base em entrevistas com 31 segundas vítimas, Scott et al. (2010) descreveram o desenvolvimento e a implantação de uma equipe de resposta rápida para segundas vítimas, chamada Modelo Integrado de Apoio Intervencionista em Três Níveis. Esse programa ficava disponível 24 horas por dia e 7 dias por semana nos hospitais da Universidade do Missouri, nos Estados Unidos. Consistiu no treinamento de colegas que formaram a equipe de resposta, no qual um colega da equipe triava a situação; isso envolvia perguntar às segundas vítimas se elas estavam “bem” e forneciam os primeiros socorros emocionais conforme necessário e solicitado. Os autores observaram que aproximadamente 60% das segundas vítimas consideraram o suporte adequado.

Com os avanços na área da segurança do paciente, uma nova abordagem voltada para o aprimoramento de programas trouxe como meta à promoção de **cultura de segurança** nas instituições de saúde por meio da reestruturação de processos na assistência à saúde ao invés de culpar os profissionais, com o objetivo de se antecipar a ocorrência de incidentes que possam causar danos aos pacientes (VINCENT, 2009).

A cultura justa, termo utilizado com relação à segurança e a justiça, deve estabelecer consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis e uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes que priorize buscar suas causas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Os aspectos relacionados à uma cultura não punitiva frente aos eventos, foram evidenciadas em dois estudos. O primeiro, de Quillivan et al. (2016) relatou que uma resposta não punitiva a erros pode atenuar os efeitos negativos do envolvimento em um evento de segurança do paciente, além disso, as percepções do sofrimento relacionado à segunda vítima podem ser menos graves. O segundo estudo evidenciou que a política de cultura justa é fator essencial para apoiar os trabalhadores, guiada por respostas, por recursos da unidade para gerir o evento crítico e por decisões relacionadas com a gestão e tratamento dos trabalhadores afetados (ROESLER; WARD; SHORT, 2009).

Diante do exposto anteriormente, Xin, Qiuyang e Yushuai (2019) mostraram em sua pesquisa que ao melhorar a cultura de segurança do paciente, o sofrimento relacionado à segunda vítima pode ser aliviado e os apoios organizacionais podem ser aumentados. As dimensões da cultura de segurança do paciente têm associação direta com a diminuição do absenteísmo e a intenção de rotatividade e também contribuem indiretamente para a diminuição do absenteísmo por meio de maiores apoios organizacionais e a intenção reduzida de rotatividade por meio do menor sofrimento relacionado à segunda vítima.

Neste caminho, faz sentido para as instituições de saúde desenvolverem uma cultura de segurança que considere as pessoas e sua interação com o ambiente de trabalho. A cultura punitiva é uma construção complexa, profundamente enraizada nas instituições e portanto, difícil de mudar, mas não é compatível com os valores dos trabalhadores de saúde (KSOURI; KSOURI, 2017), culturas punitivas podem contribuir para o sofrimento psíquico, físico e profissional relacionado à segunda vítima (QUILLIVAN et al., 2016).

Nos últimos anos, a ideia da “cultura justa” tem se tornado um ideal no movimento de segurança do paciente, tendo sido adotada por muitos hospitais e organizações profissionais para dar resposta a incidentes que vão desde erros humanos até más condutas intencionais (REIS-DENNIS, 2018). Estudo realizado por Souza, et al. (2019) concluiu que os serviços que prestam qualquer tipo de assistência à saúde necessitam implementar um modelo de gestão que possua como um de seus focos a segurança do paciente.

A realização de um acompanhamento sistemático da cultura de segurança permite auxiliar no reconhecimento das fragilidades do sistema, o que se constitui uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde. Tanto as culturas punitivas como as não punitivas, embora possam ser satisfatórias a curto prazo, a longo prazo não garantem nenhuma melhoria à segurança do paciente. Isto porque são culturas desprovidas de análises das causas dos incidentes e de aprendizagem com o evento (WACHTER, 2013). Desta forma, a análise de causa raiz focaliza os sistemas mal elaborados e não apenas as falhas do sujeito (humanas), dando importância à abordagem do sistema e não do sujeito (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Cultura justa identifica e aborda as questões dos sistemas que levam os indivíduos a adotarem comportamentos inseguros e estabelece tolerância zero para

o comportamento imprudente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2010). Ela distingue entre o erro humano (por exemplo, cometer deslizos), o comportamento de risco (por exemplo, “tomar atalhos”) e o comportamento imprudente (por exemplo, “ignorar” os passos de segurança necessários), em contraste com uma abrangente abordagem da “não culpabilidade” defendida por alguns (REIS, 2014).

O desenvolvimento da cultura de segurança apresenta-se como um elemento central nos muitos esforços empreendidos na busca pela melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado de saúde prestado (REIS, 2014).

Entre as estratégias encontradas nas evidências científicas desta revisão, **os programas de apoio institucionais** em diferentes concepções foram os mais citados (nove estudos). Uma pesquisa realizada por Burlison, et al. (2017) teve por objetivo desenvolver e validar a utilização do suporte preliminar do SVEST (Ferramenta de Suporte e Experiência da Segunda Vítima) e o apresentou como um instrumento confiável e válido para obter essas informações. O SVEST pode ser usado pelos líderes da área da saúde para orientar a implementação de novos recursos para a segunda vítima, avaliar a qualidade dos recursos de suporte e acompanhar o desempenho dos programas da segunda vítima ao longo do tempo.

Estudo realizado na China utilizou também o SVEST juntamente com a Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC) para descrever as percepções sobre o sofrimento relacionado à segunda vítima, apoios organizacionais e cultura de segurança do paciente. Foi possível identificar que o sofrimento relacionado à segunda vítima pode ser aliviado e o suporte organizacional pode ser aprimorado por meio de melhorias na cultura de segurança do paciente (XIN; QIUYANG; YUSHUAI, 2019).

Pesquisa descreveu a abordagem adotada para avaliar um programa de segunda vítima, usando como exemplo os sucessos e barreiras da implementação do RISE (Resiliência após eventos estressantes); permitiu a identificação de evidências de sua eficácia, juntamente com as barreiras por trás de sua implementação. Os resultados sugeriram que um atributo importante da implementação bem-sucedida de um programa de segunda vítima é ser flexível, promover o auto aprendizado e levar em consideração a cultura de segurança do paciente (DUKHANIN et al., 2018).

O desenvolvimento do programa RISE e sua subsequente implementação foram relatados com sucesso na resposta às chamadas. O baixo volume inicial de

chamadas enfatiza a importância de promover a conscientização sobre o valor do apoio emocional e a disponibilidade do programa (EDREES et al., 2016).

A replicação do programa forYOU no Hospital Infantil Nacional (NHC) dos Estados Unidos, seguindo o modelo da University of Missouri Health Care (MUHC) foi trazido por meio do estudo de Merandi et al. (2017) em um relato de experiência que relatou a implantação do programa, evidenciando que a cultura de segurança do paciente de uma organização pode ser aprimorada garantindo a segurança psicológica da equipe e programas como o “YOU Matter” e “forYOU” são estratégias essenciais para melhorar a cultura geral de segurança e a qualidade do atendimento. A implementação do “YOU Matter” no NCH validou o programa MUHC e demonstrou sua generalização para outras instituições de saúde (MERANDI et al., 2017).

Os programas de apoio aos trabalhadores trazidos por White et al. (2015), devem aprimorar os mecanismos de referência e o apoio de colegas, avaliar criticamente o papel dos Programas de Assistência ao Empregado e deve ser demonstrado seu valor para os líderes institucionais.

Pesquisa realizada em diferentes hospitais da Bélgica, com o objetivo de descrever o impacto psicológico e a recuperação de médicos, enfermeiros e parteiras de um incidente de segurança do paciente e examinar quais fatores específicos provavelmente influenciaram o impacto e a recuperação, relata que as organizações de saúde devem antecipar o fornecimento de estruturas de apoio apropriadas e oportunas, adaptadas ao trabalhador de saúde envolvido no incidente e à situação específica do incidente (GERVEN et al., 2016b).

A estratégia trazida por Krzan et al. (2019) que descreve um programa formal de apoio aos funcionários de farmácias envolvidos em eventos adversos com medicamentos, demonstrou que o departamento se beneficiou da implementação do programa de segunda vítimas. Uma pesquisa realizada cinco meses após a implementação deste programa revelou que três entrevistados o usaram pessoalmente e onze encaminharam um colega de trabalho.

Estudo realizado na Espanha demonstrou que uma série de recursos de ajuda foi desenvolvida para o grupo de trabalhadores de saúde (trabalhadores da assistência, gerentes de nível médio, coordenadores de segurança e gerentes), a fim de enfrentar o fenômeno de segundas vítimas em seus centros de saúde. São acessíveis gratuitamente e estão disponíveis *online*. A criação de um guia para as ações recomendadas após um evento adverso, um programa de conscientização

online sobre esse fenômeno, um aplicativo com atividades de segurança e uma ferramenta da *Web* para a análise do evento adverso foram estratégias institucionais evidenciadas pelo estudo (CARRILLO et al., 2016).

Corroborando com os estudos relacionados aos programas institucionais de apoio às segundas vítimas, algumas instituições desenvolveram programas desenhados para sensibilizar os trabalhadores em relação aos aspectos referentes às segundas vítimas, incluindo a compreensão de que erros podem ocorrer com qualquer trabalhador da saúde e que perfeição não é um objetivo atingível (WACHTER, 2013).

Diante do exposto até então, Denham (2007) propõe os cinco direitos mais relevantes que devem ser considerados na implantação de um programa institucional para segundas vítimas, que ele nomeia com a sigla “TRUST” (“confiança”):

1. *Tratamento justo*: não se pode e não se deve presumir negligência ou atribuir 100% de responsabilidade aos profissionais contra falhas em sistemas que possam predispor a erros humanos.
2. *Respeito*: todos os membros da equipe de saúde são suscetíveis e vulneráveis a erros e suas consequências. Eles devem ser tratados com o mesmo respeito que esperamos deles.
3. *Compreensão e compaixão*: profissional precisa de tempo e ajuda para ser capaz de passar pelo processo, devemos entender a fisiopatologia da emergência psicológica que ocorre quando se causa dano a um paciente involuntariamente.
4. *Apoio*: os profissionais têm direito a serviços psicológicos e serviços de apoio. Uma abordagem sistemática deve ser adotada para fornecer esse tipo de cuidado de forma profissional e organizada, como seria no tratamento de qualquer outro paciente.
5. *Transparência e oportunidade de melhora*: é a base da gestão de riscos; a prevenção de erros está ligada à aprendizagem deles. Aprender com os erros só é possível quando eles são comunicados. Em vez de uma simples declaração dos fatos e uma abordagem unilateral, é necessário compartilhar e falar a respeito. Caso contrário, é fácil abandonar o profissional.

Existe necessidade premente de organizações de saúde investirem em recursos e programas de apoio a fim de reduzir ou prevenir as consequências das

experiências da segunda vítima. Como a implementação e manutenção de intervenções de apoio para segundas vítimas são demoradas e caras, é importante que elas sejam desenvolvidas tendo em mente as necessidades exclusivas da organização e sua cultura (BURSLISON et al., 2017).

As estratégias em nível institucional podem ser separadas em programas voltados especificamente para segundas vítimas ou programas mais abrangentes, que incluam suporte a todos os indivíduos envolvidos no evento adverso, incluindo o paciente, sua família, os prestadores de cuidados de saúde e a organização (SEYS et al., 2013). Como as organizações de saúde estão investindo mais recursos em programas para apoiar as segundas vítimas, é importante que elas tenham informações precisas para fundamentar, orientar o desenvolvimento e avaliar a qualidade dos recursos de suporte e acompanhar o desempenho dos programas da segunda vítima ao longo do tempo (BURLISON et al., 2017).

Apesar das evidências incluídas nesta revisão integrativa demonstrarem estratégias de apoio às segundas vítimas, alguns estudos revelaram que os pesquisados **identificaram que não haviam estratégias de apoio** em suas instituições. O estudo de Mira et al. (2015b) objetivou identificar e analisar estratégias adotadas em nível de organização, tanto na atenção primária quanto nos hospitais da Espanha, para abordar o impacto de eventos adversos e mostrou que a maioria das organizações de saúde espanholas não possuíam um programa de apoio à segunda vítima em 71% e 61%, respectivamente, nos hospitais e atenção primária.

Outra evidência encontrada, foi a constante no estudo de Gerven et al. (2014), que avaliou a prevalência e o conteúdo dos sistemas de apoio organizacionais para profissionais de saúde envolvidos em um evento adverso em 59 hospitais da Bélgica; apenas 30 organizações tinham um plano sistemático para apoiar segundas vítimas, 12% não conseguiram identificar uma pessoa de contato e o chefe de enfermagem era visto como uma das principais pessoas de contato quando algo errado ocorria. O estudo de Kobe et al. (2019), que investigou os terapeutas de radiação canadenses, constatou que a maioria deles relatou que não possuía suporte organizacional adequado para ajudá-los a se recuperar do incidente clínico.

Pesquisa desenvolvida na Itália objetivou descrever a assistência prestada às segundas vítimas e revelou que dos 33 entrevistados, entre enfermeiros, médicos e outros trabalhadores de saúde, 21 deles não receberam apoio emocional adequado da respectiva instituição de saúde e também não sabiam onde pedir nem se era

possível como opção. (RINALDI et al., 2016).

De acordo com Nydo et al. (2019) os protocolos para o gerenciamento de pacientes, primeiras vítimas de eventos médicos adversos, estão sendo construídos e disponíveis na área da saúde em todo o mundo, enquanto os protocolos de gerenciamento e suporte para segundas vítimas são menos claros ou inexistentes.

Muitos trabalhadores de saúde se sentem desprotegidos por sua organização. Em um estudo com profissionais de um hospital universitário sueco que sofreram evento adverso, identificou-se que o impacto no trabalhador estava relacionado à resposta da organização ao evento. A maioria dos informantes não tinha apoio organizacional ou recebeu apoio não estruturado e não sistemático (ULLSTRÖM et al., 2014).

Em relação às limitações do estudo considerou-se que o tema abordado ainda é escasso no âmbito nacional e dentre os estudos selecionados, estes apresentaram níveis de evidências pouco fortes, sendo que dezessete estudos apresentaram nível 04 e quatro, nível 05.

8 CONCLUSÃO

Esse estudo de revisão Integrativa da Literatura objetivou identificar as evidências científicas sobre as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para apoiar os trabalhadores da saúde envolvidos em EA (segundas vítimas).

Nos 21 estudos selecionados algumas estratégias de apoio foram evidenciadas como a assistência jurídica de maneira proativa ao trabalhador de saúde envolvido em um EA; o suporte psicológico após a ocorrência do EA, afim de auxiliar no enfrentamento dos sintomas experimentados pelos trabalhadores; a estratégia de ter alguém para conversar sobre o ocorrido de maneira informal, citado como apoio de pares; a implementação de uma cultura de segurança do paciente, que gerencie a ocorrências destes eventos de maneira justa e promova aprendizado institucional e os programas de apoio, estruturados de maneira institucionais.

As estratégias voltadas aos trabalhadores de saúde envolvidos em EA (segunda vítima), são de fundamental importância na gestão de qualquer instituição de saúde. Os resultados sugerem um papel importante da cultura organizacional na estruturação e implementação de estratégias de apoio às segundas vítimas, que auxilia na criação de processos mais seguros não só para os pacientes, mas também para os trabalhadores que nelas atuam.

Alguns estudos evidenciaram o desconhecimento e/ou a ausência de estratégias de apoio às segundas vítimas, o que sugere fortemente a necessidade de investimentos em intervenções voltadas aos trabalhadores e fortalece a importância da realização de estudos voltados à esta temática, inclusive no âmbito nacional.

A presente revisão integrativa é relevante para a área da saúde no sentido que avança no conhecimento das segundas vítimas, visto que traz por meio de evidências científicas as diferentes formas de manejo dos EA a nível nacional e internacional principalmente.

Sugere-se a continuidade de pesquisas que abordem tal temática, levando em consideração sua importância, visando melhor condução dos procedimentos pós EA, a manutenção da saúde dos trabalhadores da saúde e a prevenção de futuros EA.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **2009 National Healthcare Quality and Disparities Reports**. 2010. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/qdr09.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jul. 2013. Seção1.

_____. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017. 92 p.

BATISTA, J. et al. Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e2939, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100354&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2019.

BELL, S. K. et al. Disclosure, Apology, and Offer Programs: Stakeholders' Views of Barriers to and Strategies for Broad Implementation. **Milbank Quarterly**, New York, v. 90, n. 4, p. 682-705, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00679.x>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Aff**, Millwood, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BISOGNANO, M. Buscando o Triple Aim na Saúde. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.

BITENCOURT, B. M. et al. Para além do tempo de emprego: o sentido do trabalho no processo de aposentadoria. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 13, n. 31, p. 30-57, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/18264>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

BOHOMOL, E. et al. Nurses as second victims: A Brazilian perspective. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 21, n. 4, p. 538-539, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12630>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (Orgs.). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W. B Saunders Company, 2000. p. 231-250.

BURLISON, J. D. et al. The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, 2016. [Epub ahead of print]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000301>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BURLISON, J. D. et al. The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 13, n. 2, p. 93-102, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000129>>. Acesso em: 12 dez. 2019

CAMPOS, C. E. K.; FELDMAN, L. B.; D'INNOCENZO, M. Uso da estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do paciente nos processos ético-disciplinares em enfermagem. **Enfermería Global**, Murcia, v. 16, n. 4, p. 163-173, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.250761>>. Acesso em: 28 dez. 2019.

CARRILLO, I. et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. **Revista de Calidad Asistencial**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 3-10, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>>. Acesso em: 28 dez. 2019.

CHAN, S. T.; KHONG, P. C. B.; WANG, W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. **International Nursing Review**, Geneva, v. 64, n. 2, p. 242-262, 2016. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1111/inr.12317>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

CHAN, S. T. et al. Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 20, n. 2, p. 165-172, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12397>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M. High-reliability health care: getting there from here. **Milbank Quarterly**, New York, 91, n. 3, p. 459-490, 2013.

COUTINHO, M. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 189-202, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v12i2p189-202>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CRUZ, Y. L.; ALFONSO, P. M.; PÉREZ, A. C. D. Seguridad del paciente en la cirugía refractiva con láser. **Revista Cubana Oftalmología**, Havana, v. 25, n. 1, 2012. Disponível: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000100008&lng=pt>. Acesso em: 19 dez. 2019.

DEKKER, S. W. A. The Field Guide to Human Error Investigations. Aldershot: Ashgate. 2002

DENHAM, C. R. et al. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. **Journal of Patient Safety**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 107-119, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

DUARTE, S. D. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 154, p. 54, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

DUKHANIN, V. et al. Case: A Second Victim Support Program in Pediatrics: Successes and Challenges to Implementation. **Journal of Pediatric Nursing**, Orlando, v. 41, p. 54-59, 2018. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85041205000&doi=10.1016%2fj.pedn.2018.01.011&partnerID=40&md5=4b7c8e596a43de0051e9a7617a7fd647>>. Acesso em: 23 dez. 2019.

EDREES, H. et al. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. **BMJ Open**, London, v. 30, n. 6, e011708, 2016. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e011708>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

ERDMANN, A. L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 467-471, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2019.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2019.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a Segurança do Paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 8, p. 2507-2512, 2014. (suppl. 1). Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9944/10252>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B. M.; SCHULTZ, A. Transforming Health Care from the Inside Out: Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. **Journal of Professional Nursing**, Philadelphia, v. 21, n. 6, p. 335-344. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.10.005>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

FLOTT, K.; FONTANA, G.; DARZI, A. **The global state of patient safety**. London: Imperial College London, 2019.

FONTANA, G. et al. Five reasons for optimism on World Patient Safety Day. **Lancet**, London, v. 394, n. 10203, p. 993-995, 2019.

FRAGATA, J.; SOUSA, P.; SANTOS, R. S. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Orgs.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 17-36. (volume 2).

FRANCO, T. B.; FRANCO, C. M. Acolhimento com Classificação de Risco e a micropolítica do trabalho em saúde: a experiência de Silva Jardim. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 227-233, 2012.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 102-114, 2015. (suplemento 1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. (volume 3). 271 p.

GERVEN, E. V. et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce. **Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej**, Warszawa, v. 124, n. 6, p. 313-320, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20452/pamw.2297>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

GERVEN, E. et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. **Revista de Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 31, p. 34-46, 2016a. (supplement 2). Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X16300306>>. Acesso em: 29 set. 2019.

GERVEN, E. et al. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. **BMJ Open**, London, v. 6, n. 8, e011403, 2016b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27580830>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Health care production focused on the Expanded Clinic: a necessary debate in Dental education. **Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, Londrina, v. 17, n. 4, p. 63-72, 2017. (Edição temática Clínica Ampliada).

HAMER, S. Evidence-based practice. In: HAMER, S.; COLLINSON, G. **Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners**. London: Baillière Tindall, 1999. p. 3-12. (Chap. 1).

HAN, K. et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. **Journal of The American College of Surgeons**, Chicago, v. 224, n. 6, p. 1048-1056, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.039>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

HARRISON, R. et al. Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 11, n. 1, p. 28-35, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182979b6f>>. Acesso em: 23 dez. 2019.

HARRISON, R. et al. Enacting open disclosure in the UK National Health Service: A qualitative exploration. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 23, n. 4, p. 713-718, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jep.12702>>. Acesso em: 26 dez. 2019.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, p. i7-i12, 2003. (Suppl 1).

INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. In: KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. et al (Eds.). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academies Press, 2000.

KACHALIA, A. et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 153, n. 4, p. 213-221, 2010.

KOBE, C. et al. The Second Victim Phenomenon: Perspective of Canadian Radiation Therapists. **Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences**, Carlton, v. 50, n. 1, p. 87-97, 2019. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939865418302157>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

KRZAN, K. D. et al. Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 72, n. 7, p. 563-567, 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ajhp/article-pdf/72/7/563/28319556/ajhp0563.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

KSOURI, H.; KSOURI, A. B. From sanctioning culture to safety culture: Let's stop making errors on error. **La Tunisie Médicale**, Tunisie, v. 95, n. 10, p. 1-5, 2017. Disponível em: <https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3293_fr>. Acesso em: 16 dez. 2019.

LABARRERE CRUZ, Y.; MILI ALFONSO, P.; DELGADO PÉREZ, A. C. Safety of the patients in the refractive surgery with laser. **Revista Cuabana de Oftalmología**, Ciudad de La Habana, v. 25, n. 1, p. 2012. Disponível em: <<http://www.revofthalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/29>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

LEAPE, L. L. Error in Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 272, n. 23, p. 1851-1851, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.1994.03520230061039>>. Acesso em: 16 dez. 2019.

_____. Scope of Problem and History of Patient Safety. **Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2008.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2007.12.001>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

LEE, W. et al. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 1-25, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-3936-1>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

LOCALIO, A. R. et al. Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence. **New England Journal Of Medicine**, Boston, v. 325, n. 4, p. 245-251, 1991. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1056/nejm199107253250405>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017320, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222018000200308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2019.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2018.

_____. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MENDES, W, et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

MERANDI, J. et al. Deployment of a Second Victim Peer Support Program: A Replication Study. **Pediatric Quality & Safety**, v. 2, n. 4, e031, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/pq9.0000000000000031>>. Acesso em: 07 jul. 2019.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832000000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2019.

MILTON, K. **Primary Care Trust**. Critical appraisal skills programme (CASP). Making sense of evidence. London: Oxford, 2002.

MIRA, J. J. et al. Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. **BMC Health Services Research**, London, v. 15, n. 1, p. 151, 2015a.

MIRA, J. J. et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. **BMC Health Services Research**, London, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2015b. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0994-x#Tab5>. Acesso em: 05 jun. 2019.

MISSOURI UNIVERSITY HEALTH CARE. **ForYOU Team-Caring for our own**. 2015. Disponível em: <http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-of-clinical-effectiveness/foryou-team/>. Acesso em: 23 out. 2018.

NASCIMENTO, N. B. O erro e as violações no cuidado em saúde. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. In: SOUZA, P.; MENDES, W. (Orgs.). **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 73-92.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human**. National Patient Safety Foundation. 2016. Disponível em: <https://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

NETO, A. V. D. L. et al. **Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado**. 2019. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal>. Acesso em: 17 jul. 2019.

NEVES, D. R. et al. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 318-330, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512018000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2019.

NYDOO, P. et al. The second victim phenomenon in health care: A literature review. **Scandinavian Journal Of Public Health**, Stockholm, p. 1-18, 2019.

OKUYAMA, J. H. H.; GALVÃO, T. F.; SILVA, M; T. Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Scientific World Journal**, New York, v. 2018, n. 2018, p. 1-11, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Report 2006: Working Together for Health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006.

PANELLA, M. et al. The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: The impact of being a second victim. **Revista de Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 31, p. 20-25, 2016. (Supplement 2). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>. Acesso em: 13 nov. 2019.

PÉREZ, C. D.; FUENTES, P. S.; GARCÍA, E. J. Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo v. 53, e03463, 2019. Disponível em: <http://ref.scielo.org/cp472k>. Acesso em: 16 jan. 2020.

QUILLIVAN, R. R. et al. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 42, n. 8, p. 377-386, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42053-2). Acesso em: 18 mar. 2018.

QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. **Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde**. 1994. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2019.

QUINTO NETO, A. Riscos assistenciais hospitalares: questão humana e econômica. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 50, p. 31-38, 2011.

REASON J. **Human Error**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1990

_____. Human error: models and management. **Western Journal Of Medicine**, San Francisco, v. 172, n. 6, p. 393-396, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. **Human error**. London: Cambridge University Press, 2003. 302 p.

_____. Beyond the organisational accident: the need for. **Quality And Safety In Health Care**, London, v. 13, n. 2, p. 28-33, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.009548>. Acesso em: 30 abr. 2019.

REIS, C. T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Orgs.). **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p. 75-99. (volume 2).

REIS-DENNIS, S. What 'Just Culture' doesn't understand about just punishment. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 44, n. 11, p. 739-742, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30121629>. Acesso em: 19 ago. 2019..

RINALDI, C. et al. Becoming a "second victim" in health care: Pathway of recovery after adverse event. **Revista de Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 31, p. 11-19, 2016. (supplement 2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.001>. Acesso em: 31 out. 2019.

RODRIGUEZ, J.; SCOTT, S. D. When Clinicians Drop Out and Start Over after Adverse Events. **The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety**, Amsterdam, v. 44, n. 3, p. 137-145, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29499810>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ROESLER, R.; WARD, D.; SHORT, M. Supporting staff recovery and reintegration after a critical incident resulting in infant death. **Advances in Neonatal Care**, Philadelphia, v. 9, n. 4, p. 163-171, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181afab5b>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

RUNCIMAN, B.; MERRY, A.; WALTON, M. **Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right**. London: British Library, 2007 p. 109-134.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SANDERS, M. S.; MARK, S.; MCCORMICK, E. **Human Factors in Engineering and Design**. New York: McGraw-Hill, 1993.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2018.

SCOTT, S. D. et al. The natural history of recovery for the healthcare provider. **Quality And Safety In Health Care**, London, v. 18, n. 5, p. 325-330, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

SCOTT, S. D. et al. Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. **The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety**, Amsterdam, v. 36, n. 5, p. 233-240, 2010. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36038-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36038-7)>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SEYS, D. et al. Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. **Evaluation & the Health Professions**, v. 36, n. 2, p. 135-162, 2012.

SEYS, D. et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 50, n. 5, p. 678-687, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SHAPIRO, J.; GALOWITZ, P. Peer Support for Clinicians: A Programmatic Approach. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 91, n. 9, p. 1200-1204, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0000000000001297>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SHAPPELL, S. A.; WIEGMANN, D. A. **The Human Factors Analysis and Classification System—HFACS**. The Report of Office of Aviation Medicine Federal Aviation Administration. Washington: Aviation Medicine Federal Aviation Administration, 2000. p. 20-46. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/247897525_The_Human_Factors_Analysis_and_Classification_System-HFACS>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 452 p.

SOUZA, R. G.; SANTANA, A. B.. Risco de integridade da pele prejudicada: avaliação e conduta de enfermagem frente às úlceras por pressão (UPP) em pacientes em terapia intensiva. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 167-172, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3840>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2012.

SOUZA, C. S. et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019. (especial). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>>. Acesso em: 5 jan. 2020.

STETLER, C. B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7)>. Acesso em: 20 jul. 2018.

TRENT, M. et al. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. **Journal of Healthcare Risk Management**, Chicago, v. 36, n. 2, p. 27-34, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.21239>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

ULLSTRÖM, S. et al. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 23, n. 4, p.325-331, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>>. Acesso em: 13 set. 2018.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

VAN PELT, F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. **Quality And Safety in Health Care**, London, v. 17, n. 4, p. 249-252, 2008.

VARELA, J. S.; SUÁREZ, J.R. **Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos**. Curso de Evaluación y Mejora de la Calida de Atención y la Seguridad del Paciente, 29. Ciudad del Mexico: Comission Nacional de Arbitraje Médico; Centro Colaborador de la OPS, 2011.

VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 271-286, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2019.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478 p.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M. **Managing the unexpected**: Assuring high performance in an age of complexity. San Francisco: Jossey-Bass, 2001, 200 p. (University of Michigan business school management series).

WHITE, A. A. et al. Risk Managers' Descriptions of Programs to Support Second Victims after Adverse Events. **Journal of Healthcare Risk Management**, Chicago, v. 34, n. 4, p. 30-40, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/jhrm.21169>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. **Research Priority Setting Working Group**. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy**: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra: WHO, 2009.

_____. **66th World Health Assembly** - Engaging patients in medication safety. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/WHA2013_briefing-note.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2020

WU, A. W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. **BMJ**, London, v. 320, n. 7237, p. 726-727, 2000.

ZHANG, X. et al. From organisational support to second victim related distress: Role of patient safety culture. **Journal of Nursing Management**, v. 27, n. 8, p. 1818-1825, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31556205>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ANEXO A - Instrumento para Coleta de Dados

Estudo 00	
Título	
Autores	
Periódico	
País	
Ano de Publicação	
Idioma	
Objetivo	
Objetivo ou Questão de Investigação	
Tipo de Pesquisa	
Amostra	
Tratamento dos dados	
Intervenções realizadas	
Resultados	
Conclusão	
Avaliação do Rigor metodológico	
CASP	
Nível de Evidência	

Fonte: Instrumento adaptado para coleta de dados (URSI, 2005)

ANEXO B - Instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)

Questões	Considerações	Respostas
1) Objetivo está claro e justificado?	() explica objetivo () explica relevância do estudo Comentários:	() SIM () NÃO
2) Há adequação do desenho metodológico?	() há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	() SIM () NÃO
3) os procedimentos teórico metodológicos são apresentados e discutidos?	() há justificativa da escolha do referencial, método () explica os procedimentos metodológicos Comentários:	() SIM () NÃO
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	() explica os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo. Comentários:	() SIM () NÃO
5) A coleta de dados está detalhada?	() o examinador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) () descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	() SIM () NÃO
7) os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	() há menção de aprovação por comitê de ética () há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	() SIM () NÃO
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	() explica o processo de análise () explica como as categorias de análise foram identificadas () os resultados refletem os achados Comentários:	() SIM () NÃO
9) Resultados são apresentados e discutidos com prioridade?	() explica os resultados () dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores () os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	() SIM () NÃO
10) Qual o valor da pesquisa?	() explica a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) () indica novas questões de pesquisa Comentários:	() SIM () NÃO
Resultado: () Nível A – 6-10 () Nível B – até 5		

Fonte: Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica, 2002.