ELLEN REGINA SEVILLA QUADRADO

**ESTRATÉGIAS PARA APOIAR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
CONDIÇÃO DE SEGUNDA VÍTIMA:
UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin

Coorientadora: Dr.^a Flávia de Oliveira Motta Maia

SÃO PAULO

2019

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Quadrado, Ellen Regina Sevilla

Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo / Ellen Regina Sevilla Quadrado. São Paulo, 2019.

184 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin

Coorientador: Prof.^a Dr.^a Flávia de Oliveira Motta Maia

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Profissionais da saúde. 2. Segurança do paciente.
3. Vítima. 4. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Folha de Aprovação de Doutorado

Nome: Ellen Regina Sevilla Quadrado

Título: Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin _____

Aprovada em: ____/____/____.

Coorientadora: Dr^a. Flávia de Oliveira Motta Maia _____

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo:

A minha amada mãe **Sueli**, pela dedicação, amor, apoio, ensinamentos, garra e minha amiga em tempo integral. Meu amado pai **Guillermo** (*in memorian*), amor infinito e muita saudade.

A meu amor **Quadrado**, pela paciência, companheirismo, conselhos, apoio e ser minha inspiração nas horas difíceis. Obrigada por você, simplesmente, existir em minha vida.

A meus filhos **Carolina** e **Felipe**, razão de meu viver e presentes de Deus. Amo vocês! Obrigada pelos beijos e abraços e silêncio nas horas de trabalho. Perdoem-me pelas inúmeras ausências.

A meus amados irmãos, **Marcelo** e **Jú**, não imaginam a importância que têm em minha vida, todo meu amor sem limites!

A meus tios **Sidney** e **Nenê** (*in memorian*), por serem os anjos em nossas vidas.

A meus avós e padrinhos, **Vó Bela** (*in memorian*) e **Vô Zé** (*in memorian*), agradeço por me ensinarem o verdadeiro valor da vida, com simplicidade, carinho e dedicação. Minha gratidão eterna.

A meus sobrinhos **Neto** e **Lorenzo**, obrigada pelos sorrisos e por recarregarem minha energia quando precisava prosseguir.

Obrigada, por acreditarem em mais um sonho!

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar todos os dias!

À Profa. Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin, pela incansável disposição em ajudar, pelo incentivo constante, pelos valiosos ensinamentos, pelo apoio nos momentos difíceis, pela dedicação e paciência sem limites, pela disponibilidade e pela parceria em mais um desafio profissional. Todo meu respeito, carinho, gratidão e amizade.

À Profa. Dra. Flávia de Oliveira Motta Maia, por ser meu segundo alicerce nesta jornada. Agradeço pela importante contribuição, disponibilidade, ensinamentos e orientação em uma área da pesquisa jamais explorada.

À Profa. Dra. Marta Melleiro, pelas preciosas contribuições no desenvolvimento deste estudo.

À Profa. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz por me agraciar com curso *Comprehensive Systematic Review – Training Programme* do *The Joanna Briggs Institute*, junto ao Centro Colaborador JBI Brasil – EEUSP, fundamental para o desenvolvimento deste estudo.

Aos pesquisadores Susan D. Scott e Albert W. Wu, pela valiosa ajuda com artigos e esclarecimentos na temática da pesquisa. Meus sinceros agradecimentos.

To the researchers Susan D. Scott and Albert W. Wu for the valuable support with articles and explanations regarding the research theme. My sincere thanks.

À Bibliotecária Juliana Takahashi, pelo apoio, disponibilidade e valioso auxílio em todas as fases deste estudo e ao Bibliotecário Roberto Tadeu Silva que me auxiliou na composição das citações e referências bibliográficas, meu muito obrigada.

Aos professores, funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), do Departamento de Orientação Profissional (ENO) e do Serviço de Pós-Graduação. Um agradecimento especial à Márcia Aparecida Garcia da Silva e Silvana Maximiano, que tanto me ajudaram.

Às companheiras Ana Cláudia Garzin, Helena Rezende, Patrícia Stella Sampaio e Larissa Kozloff Naves pelo apoio e a disponibilidade em ajudar. A distância não foi um obstáculo para nós!

A meus familiares e amigos que compreenderam minha ausência, sustentaram-me com suas orações em mais esta trajetória.

Aos profissionais de saúde, em especial, os de Enfermagem, que mesmo diante do risco do erro, e sem o devido apoio, seguem dedicando-se no cuidado aos pacientes/familiares. A vocês, todo meu respeito.

Aos profissionais envolvidos na finalização deste trabalho, Ivone Borelli, Nilda Lima e Rute Tomida, meu agradecimento sincero!

Quadrado ERS. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente pode ser contextualizada e discutida sob distintas vertentes do conhecimento, tendo como cerne uma assistência segura e de qualidade. Todavia, os erros e os eventos adversos estão presentes no ambiente do cuidado, e os profissionais de saúde são suscetíveis às falhas, que podem causar danos ao paciente/família, ao trabalhador e à organização de saúde. **Objetivo:** Analisar o conhecimento produzido acerca das estratégias destinadas a promover apoio aos profissionais de saúde na condição de segunda vítima. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo baseada no modelo do *Joanna Briggs Institute*; para a coleta de dados, realizou-se um levantamento bibliográfico em portais, bases de dados, diretórios e buscadores acadêmicos, totalizando 20 sítios de busca, compreendendo a produção entre janeiro de 2000 e junho de 2017, nos idiomas inglês, português e espanhol. A amostra correspondeu a 41 estudos. Os dados foram coletados no período entre 30 de novembro de 2017 e 11 de janeiro de 2018, por meio de um formulário. Para a seleção do material, empregou-se o diagrama de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, contando com a participação de dois revisores independentes para análise e seleção dos documentos a serem incluídos nesta pesquisa. Os achados extraídos foram sumarizados e analisados, de acordo com a estatística descritiva e a síntese narrativa. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que 41 (100%) eram de âmbito internacional; 36 (87,8%) encontravam-se no idioma inglês, 20 (48,8%) foram oriundos de pesquisa secundária, 19 (46,3%) de primária e 2 (4,9%) relatos de experiência. A abordagem quantitativa predominou nos estudos primários e nos secundários, a maior parte foi de conteúdo teórico-reflexivo. No que tange às estratégias de apoio, estas foram agrupadas nas categorias: programas e serviços, ferramentas, guias e intervenções/ações. A maior parte dos estudos referiu o emprego dos programas/serviços como o *forYOU*, o *Medically Induced Trauma Support Services* e o *Resilience in Stressful Events* e das intervenções e ações representadas, sobretudo, pelo diálogo com os pares, familiares, amigos e gestores. Relativo aos sentimentos experienciados pelos profissionais de saúde, os estudos abordaram, majoritariamente, culpa, tristeza, vergonha, medo, frustração, ansiedade, insegurança, com repercussão na vida pessoal e profissional. **Conclusões:** Esta pesquisa propiciou identificar as estratégias destinadas a apoiar as segundas vítimas no contexto das organizações e reconhecer a multidimensionalidade de elementos que envolvem os profissionais de saúde nesta condição. Outrossim, foi possível constatar a inexistência de estudos no cenário nacional, tornando-se imperativo investigar, discutir, refletir e conhecer a dimensão do fenômeno segunda vítima junto aos trabalhadores e gestores nos serviços de saúde, bem como aos órgãos formadores e entidades de classe.

Descritores: Profissionais de saúde. Segunda vítima. Estratégias de apoio. Segurança do paciente. Cultura de segurança. Enfermagem.

Quadrado ERS. Strategies to support health professionals in second victim status: a scope review [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety can be contextualized and discussed under different strands of knowledge, having as a base a safe and quality care. However, errors and adverse events are present in the care setting, and health professionals are susceptible to failures, which can cause harm to patients/families, workers and the health organization. **Objective:** Analyze the knowledge produced in terms of strategies to promote support to health professionals as second victims. **Method:** This is a scope review based on the Joanna Briggs Institute model. For the collection of data, a structured search strategy was used in the portals, databases, directories and academic searchers, totaling 20 search sites, comprising the production between 2000 and June 2017, limited to the English, Portuguese and Spanish. The sample corresponded to 41 studies. The data were collected in the period between November 2017 and January 2018, through a data extraction tool. For the material selection, the flow diagram Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses were used, with the participation of two independent reviewers to analyze and select the documents to be included in this research. The extracted findings were summarized and analyzed, according to descriptive statistics and narrative synthesis. **Results:** The studies showed that 41 (100%) were of international scope; 36 (87.8%) were in the English language, 20 (48.8%) came from secondary research, 19 (46.3%) from primary research and 2 (4.9%) from experience reports. The quantitative approach predominated in primary and secondary studies, most of which were of theoretical-reflexive content. Regarding support strategies, these were grouped into the categories: programs and services, tools, guides, and interventions/actions. Most studies have reported on the use of programs and services such as forYOU, Medically Induced Trauma Support Services and Resilience in Stressful Events and the interventions and actions represented, above all, by dialogue with peers, family members, friends, supervisors and risk managers, and professional training. Concerning the feelings experienced by the second victims, the studies addressed, mainly, guilt, sadness, shame, fear, frustration, anxiety, and insecurity with repercussion in personal and professional life. **Conclusions:** This research aimed to identify strategies to support the second victims in the context of organizations and to recognize the multidimensionality of elements that involve health professionals in this condition. Moreover, it was possible to verify the lack of studies in the national scenario, making it imperative to investigate, discuss, reflect and know the dimension of the second victim phenomenon with the workers and managers in the health services, as well as to the training bodies and class entities.

Descriptors: Health professionals. Second victim. Support strategies. Patient safety. Safety culture. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

AACN	<i>American Association Critical-Care Nursing</i>
AHA	<i>American Hospital Association</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANCCAP	<i>American Nurses Credentialing Center's Accreditation Program</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASHRM	<i>American Society for Healthcare Risk Management</i>
BACRA	<i>Basada en el Análisis Causa-RAíz</i>
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BWH	<i>Brigham and Women's Hospital</i>
CAP	Centro de Atenção Primária
CAPS	Centros de Atenção Primária de Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CISD	<i>Critical Incident Stress Debriefing</i>
CISM	<i>Critical Incident Stress Management</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPPS	<i>Center for Professionalism and Peer Support</i>
EA	Evento(s) Adverso(s)
EBSCO	<i>Elton B. Stephens Co.</i>
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMBASE	Excerpta Medica dataBASE
EUA	Estados Unidos da América
GPQA	Grupo de Pesquisa de Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem
HPEEQ	<i>Health Professional Experience of Error Questionnaire</i>
HSOPS	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HWE	<i>Health Work Enviroments</i>
IPEP	<i>Institute for Professionalism & Ethical Practice</i>
HIPAA	<i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>

ISMP	<i>Institute for Safe Medication Practices</i>
ISMPC	<i>Institute for Safe Medication Practices Canada</i>
JBİ	<i>Joanna Briggs Institute</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval Systems</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MISE	<i>Mitigating Impact in Second Victims</i>
MITSS	<i>Medically Induced Trauma Support Services</i>
MS	Ministério da Saúde
MUHC	<i>University of Missouri Health Care</i>
NBHW	<i>National Board of Health and Welfare</i>
NHS	<i>National Health Services</i>
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
NRC	<i>Nursing Reference Center</i>
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana em Saúde
PERCS	<i>Program to Enhance Relational and Communication Skills</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROQUALIS	Centro Colaborador para Qualidade e Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RISE	<i>Resilience in Stressful Events</i>
RRS	<i>Rapid Response System</i>
SWH	<i>Scott & White Healthcare</i>
SiNASP	<i>Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente</i>
SVEST	<i>Second Victim Experience Survey Tool</i>
UIC	<i>University of Illinois System</i>
USVIC	<i>Unidade de Suporte a Segundas Víctimas</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão dos artigos, São Paulo – 2017/2018.....	60
-------------------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Terminologia relacionada segurança do paciente, São Paulo - 2019	25
Quadro 2 -	Distribuição dos locais de busca, descritores, palavras-chave e estratégia de busca, de acordo com cada portal, base ou <i>website</i> , São Paulo – 2017	51
Quadro 3 -	Distribuição dos artigos/materiais recuperados e selecionados, de acordo com os portais, bases de dados, diretórios e buscadores acadêmicos, São Paulo – 2017/2018	61
Quadro 4 -	Apresentação da síntese de estudo 1	63
Quadro 5 -	Apresentação da síntese de estudo 2	64
Quadro 6 -	Apresentação da síntese de estudo 3	65
Quadro 7 -	Apresentação da síntese de estudo 4	65
Quadro 8 -	Apresentação da síntese de estudo 5	67
Quadro 9 -	Apresentação da síntese de estudo 6	68
Quadro 10 -	Apresentação da síntese de estudo 7	69
Quadro 11 -	Apresentação da síntese de estudo 8	69
Quadro 12 -	Apresentação da síntese de estudo 9	70
Quadro 13 -	Apresentação da síntese de estudo 10	71
Quadro 14 -	Apresentação da síntese de estudo 11	72
Quadro 15 -	Apresentação da síntese de estudo 12	73
Quadro 16 -	Apresentação da síntese de estudo 13	74
Quadro 17 -	Apresentação da síntese de estudo 14	75
Quadro 18 -	Apresentação da síntese de estudo 15	76
Quadro 19 -	Apresentação da síntese de estudo 16	76
Quadro 20 -	Apresentação da síntese de estudo 17	78
Quadro 21 -	Apresentação da síntese de estudo 18	78
Quadro 22 -	Apresentação da síntese de estudo 19	80
Quadro 23 -	Apresentação da síntese de estudo 20	81
Quadro 24 -	Apresentação da síntese de estudo 21	82
Quadro 25 -	Apresentação da síntese de estudo 22	83
Quadro 26 -	Apresentação da síntese de estudo 23	83
Quadro 27 -	Apresentação da síntese de estudo 24	84
Quadro 28 -	Apresentação da síntese de estudo 25	85
Quadro 29 -	Apresentação da síntese de estudo 26	86

Quadro 30 -	Apresentação da síntese de estudo 27.....	87
Quadro 31 -	Apresentação da síntese de estudo 28.....	88
Quadro 32 -	Apresentação da síntese de estudo 29.....	89
Quadro 33 -	Apresentação da síntese de estudo 30.....	90
Quadro 34 -	Apresentação da síntese de estudo 31.....	91
Quadro 35 -	Apresentação da síntese de estudo 32.....	92
Quadro 36 -	Apresentação da síntese de estudo 33.....	94
Quadro 37 -	Apresentação da síntese de estudo 34.....	94
Quadro 38 -	Apresentação da síntese de estudo 35.....	95
Quadro 39 -	Apresentação da síntese de estudo 36.....	96
Quadro 40 -	Apresentação da síntese de estudo 37.....	97
Quadro 41 -	Apresentação da síntese de estudo 38.....	97
Quadro 42 -	Apresentação da síntese de estudo 39.....	98
Quadro 43 -	Apresentação da síntese de estudo 40.....	99
Quadro 44 -	Apresentação da síntese de estudo 41.....	100
Quadro 45 -	Descrição dos estudos da amostra, de acordo com o número, título, portal/base/diretório/buscador acadêmico, ano de publicação, idioma e tipo de publicação, São Paulo – 2017/2018 ...	102
Quadro 46 -	Descrição dos estudos da amostra, conforme o número, autor(es), tipo/natureza do estudo, país de origem e sede/local, São Paulo – 2017/2018.....	107
Quadro 47 -	Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018....	110
Quadro 48 -	Distribuição da amostra, conforme o número dos estudos, a categorização e a descrição das estratégias de apoio para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018	120
Quadro 49 -	Descrição dos estudos da amostra que apontaram local, âmbito e caráter da abordagem, quem executa, composição da equipe de apoio e repercussões para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018	129
Quadro 50 -	Descrição da amostra de acordo com a natureza, número do estudo e sentimentos e repercussões nos âmbitos profissional e pessoal da segunda vítima, São Paulo – 2017/2018	132

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	19
1.2 A INTERFACE ENTRE SEGURANÇA DO PACIENTE E CULTURA DE SEGURANÇA	22
1.3 A SEGUNDA VÍTIMA NO CONTEXTO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	30
2 OBJETIVOS.....	39
2.1 OBJETIVO GERAL	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3 MÉTODO	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	45
3.2 ETAPAS DA PESQUISA	48
3.2.1 Definição da pergunta norteadora.....	48
3.2.2 Identificar os estudos relevantes: definição dos descritores e locais de busca	49
3.2.3 Seleção do material	52
3.2.4 Extração dos dados	53
3.2.5 Agrupamento, resumo, relato e discussão dos resultados.....	55
3.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	56
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 FLUXO DA BUSCA NA LITERATURA E ARTIGOS INCLUÍDOS	60
4.2 DESCRIÇÃO ANALÍTICA DOS ESTUDOS	63
4.2.1 Síntese dos estudos.....	63
4.2.2 Caracterização dos estudos	102
4.3 SÍNTESE NARRATIVA.....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICES	161

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A assistência segura permanece sendo um desafio às organizações e profissionais da saúde, embora haja ocorrido inúmeros avanços para qualificá-la em função de iniciativas e diretrizes governamentais, de cunho nacional e internacional, instituição e monitoramento de protocolos assistenciais, revisão de processos gerenciais, capacitação dos profissionais, desenvolvimento de pesquisas, incremento da cultura de segurança e envolvimento de cidadãos.

Assim, a segurança do paciente e dos profissionais de saúde é inerente às organizações comprometidas em assistir com qualidade, guardando estreita relação com os aspectos técnico, ético, político e social de todos os interessados em impulsionar melhorias nos serviços de saúde.

Relembrando minha trajetória profissional como enfermeira neonatal, ao longo de 27 anos de atuação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e refletindo sobre a experiência adquirida, tanto em âmbito assistencial como gerencial, pude acompanhar a evolução dos processos de trabalho, da tecnologia para o cuidado na implementação de informatização de sistemas, na acreditação hospitalar e na busca de uma assistência de qualidade e segura aos recém-nascidos (RN) e suas famílias.

No decorrer desses anos, outra vivência marcante diz respeito a minha participação no grupo de pesquisa “Qualidade e Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem” (GPQA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), onde pude ampliar meus conhecimentos, compartilhar experiências e discutir questões envolvendo a qualidade e segurança nos processos de gerenciamento, assistência, ensino e pesquisa sob diferentes perspectivas.

Em 2009, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, *stricto sensu* - nível mestrado, na EEUSP, tendo como objeto de pesquisa, o processo de identificação do neonato admitido na UTI Neonatal e Semi-

Intensiva de um hospital privado do Município de São Paulo, sendo um dos estudos pioneiros na análise de conformidade da primeira meta internacional de segurança “Identificação correta dos pacientes”, preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e vital para propiciar a assistência segura.

Nesse caminhar, tive a oportunidade de exercer a docência em uma universidade privada no Município de São Paulo, na pós-graduação *senso lato*, ministrando disciplinas de Gestão da Qualidade em Enfermagem e de Segurança do Paciente e reconhecer o importante papel dos órgãos formadores no processo educacional, pautado nas bases conceituais e no desenvolvimento de habilidades que integram as ações destinadas a qualificar o cuidado e a segurança do paciente.

Dando continuidade às minhas atividades profissionais, em 2013, passei a atuar como parecerista da Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem, do Estado de São Paulo, órgão de natureza consultiva, propositiva e avaliativa sobre matéria de interesse da Enfermagem. Esse trabalho possibilitou aprofundar meus conhecimentos relacionados à dimensão ético-legal, bem como direcionar meu olhar para outras esferas que envolviam a segurança do paciente, como os erros e/ou eventos adversos (EA) cometidos pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e suas repercussões no exercício da profissão.

Esta experiência e a continuidade nas atividades do GPQA permitiram-me conjecturar a respeito de outras dimensões relativas à segurança na atenção à saúde e buscar por estudos que retratassem a experiência da equipe de enfermagem envolvida em incidentes e como essa situação vinha sendo conduzida pelas organizações de saúde.

Nesse primeiro movimento, identifiquei que a literatura internacional, abordava distintos aspectos relativos não só à enfermagem, como aos profissionais de saúde, nominados de segundas vítimas e, ao explorar este campo do conhecimento, observei tratar-se de uma temática emergente e com diferentes nuances a ser investigadas, uma vez que envolvem questões como as dimensões ético-legais, os danos físicos, psíquicos, morais e profissionais, a cultura organizacional e de segurança, os meios e instrumentos institucionais para conduzir a situação, tanto na perspectiva do profissional como do paciente/família e da própria instituição.

Outro ponto a ser ressaltado, diz respeito à lacuna existente na literatura nacional referente à terminologia e à prevalência do fenômeno nos estabelecimentos de saúde, bem como a identificação dos danos e o impacto destes na vida do profissional de saúde.

Em retrospectiva histórica, constatei que o termo segunda vítima foi citado, pela primeira vez, em 2000, por Albert Wu, em um editorial de uma revista científica, pontuando que, na vigência de um EA, é imprescindível reconhecer ao menos dois personagens, no qual o primeiro é representado pela figura do paciente acometido pelo incidente decorrente da assistência, nominado de “Primeira Vítima”, e o segundo, o profissional de saúde, envolvido no evento, denominado “Segunda Vítima” (Wu, 2000). Ainda nesse contexto, verifica-se a menção do termo “Terceira Vítima”, como referência às organizações de saúde, local onde o EA ocorreu (Denham, 2007).

No decorrer dos anos, o termo segunda vítima passa a ser conceituado e empregado para denominar o profissional de saúde que direta ou indiretamente esteve envolvido em um EA/erro e apresenta algum grau de sofrimento/trauma pessoal ou profissional decorrente dessa situação (Scott et al., 2010); e o termo primeira vítima, antes considerado o paciente, foi incorporado à família (Seys et al., 2013).

Dessa maneira, ao refletir acerca da magnitude da problemática que atinge os indivíduos vitimizados e a organização de saúde na vigência de eventos que comprometam a qualidade e a segurança na assistência e a incorporação de novas terminologias e conceitos, acreditando ser um novo campo do conhecimento a ser explorado e difundido com base em evidências científicas, passei a questionar.

- Qual a produção científica acerca do profissional de saúde na condição de segunda vítima?
- Como as organizações de saúde vêm trabalhando com o fenômeno segunda vítima?
- Onde os profissionais de saúde, na condição de segunda vítima, buscam acolhimento?
- Há iniciativas ou intervenções destinadas a apoiar a segunda vítima e quem são os responsáveis?

- Qual a estrutura e composição dos recursos empregados para acolher e acompanhar o profissional de saúde na condição de segunda vítima?
- Como e quem realiza a abordagem desses profissionais após a vigência de um erro ou EA?
- Quais são os sentimentos vivenciados pelas segundas vítimas após a ocorrência de um erro ou EA?

Em virtude do que foi mencionado e por entender que o fenômeno segunda vítima possui caráter multidimensional, extrapolando as questões técnico-científicas, ético-legais, implicando consequências a curto, médio e longo prazos na vida profissional e pessoal dos trabalhadores na área da saúde, é que me dispus a realizar a presente pesquisa.

1.2 A INTERFACE ENTRE SEGURANÇA DO PACIENTE E CULTURA DE SEGURANÇA

Ao tratar das concepções que envolvem a segurança do paciente e a cultura de segurança nas organizações de saúde, é inegável a interface desses constructos com a qualidade dos serviços prestados, que contêm elementos essenciais que impactam no cuidado seguro.

Tronchin, Freitas e Melleiro (2016) afirmam ser impossível, na atualidade, não reconhecer a aproximação da qualidade em saúde aos preceitos contidos na segurança do paciente, tornando a qualidade e a segurança quesitos imprescindíveis na avaliação dos serviços.

A qualidade em saúde é conceituada, como o conjunto de atributos que incluem um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos e um mínimo risco aos usuários/pacientes. A qualidade pode ser, ainda, referida como a satisfação das necessidades dos usuários/paciente, considerando os valores sociais existentes (Donabedian, 1988; 1992).

Runciman et al. (2009) e a WHO (2009) trazem a concepção que a qualidade em saúde é o grau, conforme os cuidados ao paciente aumentam a possibilidade de

recuperação e reduzem a probabilidade de ocorrência de eventos indesejados, dado o estado atual do conhecimento.

Nesses conceitos, observa-se que há preocupação com o dano e com a ocorrência de eventos indesejados, traduzindo a qualificação do cuidado, pautado nos valores sociais e no conhecimento atual, representado pelas melhores evidências em saúde.

De acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ (2019a), a qualidade da assistência é o resultado de um investimento aplicado à cultura de segurança, adquirido com a redução e/ou prevenção de erros no cuidado à saúde.

Para avaliar a qualidade da assistência à saúde, Avedis Donabedian (1992) estabeleceu um modelo avaliativo, pautado nas dimensões de estrutura, processo e resultado, que é amplamente empregado nos serviços de saúde.

Nessa direção, esse modelo teórico vem subsidiando os processos avaliativos nos serviços de saúde, contribuindo para que programas e ações sejam revistos e aprimorados em prol da qualidade assistencial e, conseqüentemente, resultem na segurança do cuidado (Tronchin, 2011; Tronchin, Freitas e Melleiro, 2016).

No livro *"To err is human"* difundido mundialmente, especialistas alertam as organizações, os profissionais de saúde e os fornecedores de serviços de apoio sobre as taxas elevadas de EA que comprometem severamente a segurança do paciente na assistência à saúde. Os autores desta publicação recomendam que todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde dediquem esforços para desenvolver a prevenção do erro ou EA, buscando uma cultura proativa, garantindo serviços aos usuários de maneira segura e responsável (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000).

Passadas quase duas décadas desta publicação, percebe-se um movimento sistêmico nas instituições e organizações de referência em saúde ao direcionar esforços para implementação de políticas, diretrizes e processos nas áreas de ensino, pesquisa, com reflexos positivos no processo de cuidar e na mitigação de danos (Bates, Singh, 2018).

Todavia os autores supracitados alertam para oportunidades de melhoria, sobretudo, nas áreas de apoio diagnóstico, nos serviços ambulatorial e de tecnologia

da informação, expondo situações que podem conduzir ao erro. A primeira menciona que o erro pode ocorrer diante da complexidade do processo e da inter-relação entre a coleta e interpretação das informações; a segunda refere que em função da elevada demanda de atendimento e da interface com outros serviços, é associada às dificuldades de estrutura para aplicar medidas de segurança; e, por fim, a tecnologia em saúde mostra a necessidade de garantir a utilização segura desse recurso pelos profissionais de saúde, pacientes e organização, uma vez que sua criação e uso pressupõem o monitoramento da segurança e integração com outros sistemas (Bates, Singh, 2018).

No que diz respeito ao ponto de vista conceitual, a segurança do paciente consiste na prevenção de erros e EA associados aos cuidados de saúde, dessa forma, surge como valor central da qualidade. Assim, como componente crítico de gestão da qualidade, sua melhoria exige esforço complexo, abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar riscos à segurança do paciente (WHO, 2008).

Segundo Runciman et al. (2009), o conceito de segurança é a redução a um mínimo aceitável de exposição do paciente à ocorrência de danos, decorrentes de uma situação, agente ou ação potencial.

Ao longo do tempo, o conceito de segurança vem sendo aprimorado, especialmente, no que diz respeito à terminologia dos elementos que integram os desdobramentos por ocasião do erro/EA, a compreensão e a responsabilização envolvidas nas situações que comprometem a segurança na assistência.

Dessa maneira, na década de 1990, o dano era considerado resultado de uma falha individual e técnica, muitas vezes, atribuída em razão de causas latentes no interior do próprio sistema, à falta de capacitação profissional, negligência ou imprudência. Atualmente, há maior clareza acerca dos distintos elementos que concorrem para ocorrência de erros/EA e atribuição de responsabilidade aos envolvidos, incluindo os aspectos ético-legais (Reason, 2000; Watcher, 2010; Barnsteiner, 2011; Vincent, Amalberti, 2016).

Para Tronchin, Freitas e Melleiro (2016), é preciso ponderar que será configurada a responsabilidade individual do trabalhador de saúde nas situações onde houver dano ao paciente, por culpa exclusiva do profissional que cometeu

ilicitudes originadas da falta de atenção, insuficiência ou ausência de conhecimento, ou habilidades requeridas ou falta de prudência. Entretanto, para que isso ocorra, é preciso que a instituição comprove que ofereceu recursos físicos, materiais e humanos, dentre outros, para a prestação de uma assistência segura.

O Quadro 1 apresenta os conceitos relativos à temática segurança do paciente.

Quadro 1 – Terminologia relacionada à segurança do paciente, São Paulo – 2019

Terminologia	Conceito
Incidente*	Evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
Risco*	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Dano*	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Erro**	Falha na execução de um plano de ação; de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação, ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou de execução. Os erros são, por definição, não intencionais.
Evento **	Algo que acontece ou envolve um paciente.
Evento Adverso*	Incidente que resulta em dano ao paciente.
Evento adverso leve**	Sintomas leves, perda da função ou danos mínimos ou moderados com curta duração e nenhuma ou apenas intervenções mínimas.
Evento adverso moderado**	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção, com aumento do tempo de internação, ou trazendo dano permanente ou a longo prazo ou perda de função permanente.
Evento adverso grave**	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte à vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, ou ocasionando grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.

Fontes: * Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Segurança do Paciente Brasília; 2013a. ** World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Version 1.1. World Health Organization. 2009.

Na área da saúde, o modelo do queijo suíço de James Reason é, vastamente, empregado para retratar o cenário que conduz a processos inseguros e, conseqüentemente, a erros, bem como à vulnerabilidade dos indivíduos integrantes do sistema.

Assim, os erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema, e os latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema (Reason, 2000; Wachter, 2013a; Brasil, 2014b). Este modelo destaca ser impossível aperfeiçoar o comportamento humano e eliminar todas falhas, portanto, os esforços devem se concentrar na necessidade de diminuir as oportunidades (orifícios do queijo) que permitam a ocorrência do erro, avaliando suas causas e criando barreiras de proteção, evitando que estes se alinhem, culminando na ocorrência de erros (Wachter, 2013a; Brasil, 2014b).

Os sistemas e os serviços de saúde são complexos e cada vez mais vêm incorporando terapêuticas e tecnologias, potencialmente, eficazes para o cuidado, mas, acompanhadas de riscos adicionais. Dessa forma, a segurança do paciente envolve a avaliação sistemática e proativa dos riscos, favorecendo o desenho dos processos e a instituição de barreiras de segurança (Brasil, 2015).

Nessa perspectiva, uma assistência com menor índice de erros pode ser obtida por meio de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação ativa dos profissionais de saúde e pacientes/família, contando com esses elementos para identificação e prevenção de ocorrências adversas nos ambientes de prática, inserindo o gerenciamento de risco, indo ao encontro dos propósitos da abordagem de sistemas (Lemos et al., 2018).

No Brasil, pode-se reportar alguns marcos no que diz respeito à segurança do paciente, adensando legislações e iniciativas destinadas à prática de uma assistência segura.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em sua Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de 25 de novembro de 2011, instituiu as boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde, selecionando nove tópicos, dentre estes, encontra-se a segurança do paciente. O documento objetiva estabelecer os requisitos para tal, fundamentados na qualificação, humanização da

atenção e gestão, redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (Brasil, 2011).

Outra iniciativa da ANVISA, com o Ministério da Saúde (MS), divulgada em 1º de abril de 2013, refere-se à Portaria nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP que objetiva promover e apoiar a elaboração de projetos destinados à segurança do paciente; buscar envolvimento de pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; expandir a disponibilidade de informações relacionadas à segurança do paciente à comunidade; desenvolver, organizar e disseminar o conhecimento produzido acerca da segurança do paciente; e promover a abordagem de segurança do paciente junto às bases do ensino técnico, superior e de pós-graduação em saúde (Brasil, 2013a, 2014b).

Esta Portaria determina a obrigatoriedade pelos estabelecimentos de saúde da implantação de um núcleo de segurança do paciente, passando a ser compulsória a notificação mensal de EA associados à assistência à saúde (Brasil, 2013a).

No que tange ao termo cultura de segurança, este advém de organizações de alta confiabilidade, como as de aviação civil, de energia nuclear e petrolífera, sendo difundido com maior visibilidade a partir do acidente nuclear de Chernobyl, em 1986, em que se verificaram inúmeras falhas de segurança: humanas, administrativas e organizacionais (Fragata, Sousa, Santos 2014; Reis, 2014).

Na área da saúde, Nieva e Sorra (2003) definiram cultura de segurança, como o produto dos valores dos indivíduos e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização com gestão da segurança do paciente.

De acordo com Reis (2014) e AHRQ (2019a), a incorporação do conceito cultura de segurança, originado das organizações de alta confiabilidade pelas organizações da saúde, deve-se às similaridades entre estas, diante dos inúmeros processos de trabalho, complexidade das atividades, coexistência de muitos indivíduos no mesmo ambiente (trabalhadores, pacientes/familiares, fornecedores, dentre outros), com diferentes necessidades e expectativas, exposição a riscos

advindos da própria terapêutica, de recursos de estrutura ou humanos deficitários e execução de atividades que requeiram atenção em tempo integral.

Cabe pontuar que a cultura de segurança na saúde, com base na OMS, é um dos eixos do PNSP, sendo descrita como:

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; cultura que prioriza a segurança acima das metas financeiras e operacionais; cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional e cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. (Brasil, 2014b, p. 15).

No entender de Weick e Sutcliffe (2015, grifo nosso), cinco atributos caracterizam as organizações confiáveis com cultura de segurança consolidada e capaz de proporcionar ambiente de trabalho transparente: **1. Preocupação com a falha** - a organização deve estar atenta às falhas locais, visto que um pequeno problema pode tomar grandes proporções; **2. Relutância em simplificar** - para gerenciar o improvável, é necessário cogitar situações complexas; **3. Sensibilidade para as operações** – em razão das características das organizações de alta confiabilidade, as irregularidades devem ser tratadas enquanto pequenas, e a sensibilidade na operação está voltada a verificar o trabalho propriamente dito, seja ele um planejamento ou projeto; **4. Compromisso com a resiliência** - capacidade da organização enfrentar as adversidades ou os problemas graves, recuperar-se e continuar em seu propósito e **5. Respeito para com a experiência** - as organizações de alta confiabilidade valorizam a diversidade e buscam compreender a crise ou problema sob a ótica dos indivíduos, independentemente, dos cargos e níveis de hierarquia.

Ademais, organizações dessa natureza acreditam que os processos e a dinâmica de trabalho estão em constante movimento, assumindo a premissa de antecipar ações e prevenir incidentes; sendo reconhecidas por apoiar as pessoas e contribuir para que estas se recuperem de situações de crise ou incidentes. Os trabalhadores compreendem os objetivos da cultura de segurança, e a equipe fomenta a tomada de decisões coletivas e prudentes. As equipes que trabalham

dentro desse modelo, consideram essencial a análise das falhas e procuram entender os motivos de modo ampliado, bem como extrair dessa experiência componentes de aprendizagem para gerenciar cenários semelhantes no futuro (Vincent, Amalberti, 2016; AHRQ, 2019b).

No entender de Andrade et al. (2018), a cultura de segurança é um componente basilar nos serviços de saúde, que oportuniza a implementação de condutas seguras para mitigar a ocorrência de erros/EA. Para tanto é imprescindível conduzir os incidentes que comprometem a qualidade e a segurança sob os princípios da abordagem sistêmica.

Todavia, nas organizações ainda paira a abordagem centrada nos indivíduos, prevalecendo as medidas disciplinares e as penalidades institucionais, produzindo sentimento de culpa, medo e insegurança no ambiente de trabalho, além de frustração pessoal e profissional. A esse fato soma-se o desconhecimento dos profissionais acerca das leis que regem e amparam suas atividades, e as organizações que, com esse posicionamento, reforçam a atitude de omissão de erros (Lima, Leventhal, Fernandes, 2008; Coli, Anjos, Pereira, 2010).

No Brasil, pesquisas recentes que buscaram avaliar a cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares, empregando instrumentos validados para esse fim, verificaram que a “cultura não punitiva ao erro” e o “clima de segurança” foram as dimensões com menores índices de positividade (Carvalho et al., 2017; Galvão et al., 2018; Andrade et al., 2018), denotando os pontos explicitados no parágrafo supracitado.

Embora a complexidade do cuidado de saúde possa apresentar obstáculos para aquisição de uma cultura de segurança, o conhecimento dos fatores humanos fortalece os princípios nos sistemas de saúde, visando a prevenir os erros e danos decorrentes da inerente condição humana. Para isso, Barnsteiner (2011) propõe o emprego de quatro componentes: a notificação do evento, a justiça, a flexibilidade e o aprendizado).

Ainda, referente à cultura de segurança, Sammer et al. (2010, grifo nosso) descrevem sete atributos essenciais para direcionar os gestores à prática de um cuidado seguro, a saber:

1. **Liderança:** os gestores têm clareza da fragilidade dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, são os responsáveis por estimular, planejar e promover a cultura de segurança;
2. **Trabalho em equipe:** existe o entendimento da complexidade na prestação de cuidados, e da necessidade de um ambiente profissional com valores morais e éticos em todos os níveis e áreas da organização;
3. **Evidências científicas:** condutas pautadas em práticas seguras demonstram a cultura de segurança de um serviço;
4. **Comunicação:** os profissionais utilizam esta ferramenta para certificarem-se de que um determinado processo ou assistência ao paciente/usuário estão corretos;
5. **Aprendizagem:** a instituição encontra oportunidade de aprender e aprimorar seus processos de trabalho a partir dos erros;
6. **Justiça:** na cultura justa, a responsabilidade é conferida ao sistema e aos profissionais, reconhecida pela confiança e pela exposição do erro; e
7. **Centrado no paciente:** o foco do cuidado é dirigido ao paciente/família, promovendo a participação destes e oportunizando o reconhecimento da instituição perante à sociedade.

Frente ao exposto, é possível inferir que as bases conceituais retratando os atributos de qualidade, segurança do paciente e cultura de segurança encontram-se consolidadas, tornando-se um desafio o avanço do conhecimento para gerenciar a condução dos erros/EA nos sistemas de saúde, alicerçados na corresponsabilidade dos indivíduos, na legislação e nas condições de trabalho.

1.3 A SEGUNDA VÍTIMA NO CONTEXTO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A assistência à saúde vem evoluindo para a multidisciplinaridade, trazendo interdependência entre as áreas de atuação dos profissionais, ancoradas em maior

ou menor grau pela estrutura e cultura organizacional, pelo tipo e demanda da atenção e pelos processos assistenciais e gerenciais.

De acordo com Wachter (2013a), cada etapa do processo de cuidar, envolve certo risco, denotando um grau de insegurança, representado pelos efeitos colaterais das drogas ou de suas combinações; pela tecnologia e interação humana necessárias ao cuidado; pelo material e produtos de qualidade inferior ou mesmo com defeito; pela carência de trabalhadores, ou ainda pelas falhas ou falência do próprio sistema.

Pesquisa recente conduzida na Alemanha em unidades de emergência apontou que fatores ambientais também concorrem para provocar o erro, como as frequentes interrupções no processo de cuidar. Os achados deste estudo mostraram que os profissionais tiveram suas atividades de trabalho dispersadas para outras, cerca de 5,6 vezes por hora, e realizaram tarefas simultâneas em 30% do tempo, essa combinação acarretou a percepção dos profissionais e pacientes da queda da qualidade na assistência e organização da unidade (Weigl et al., 2016).

Estudo transversal realizado com cirurgiões, membros do *American College of Surgeons*, com o objetivo de avaliar a relação entre *burnout* e a presença de erro entre os médicos constatou a ocorrência de 8,9% de eventos graves nos últimos 3 meses que antecederam à pesquisa (Shanafelt et al., 2010).

Outro estudo de delineamento transversal foi conduzido em 58 hospitais de cuidado agudo de atendimento secundário e terciário, localizados em cinco países da América Latina, demonstrou que a prevalência de EA, variou entre 7,7% e 13,1%; sendo 9,8% dos eventos classificados como graves; 28,8% trouxeram algum tipo de incapacidade; e 5,8% levaram à morte do paciente (Aranaz-Andrés et al., 2011).

Referente aos tipos de incidentes notificados, estudos transversais realizados em hospitais na Bélgica evidenciaram eventos relacionados à administração de medicamentos/fluidos endovenosos, processos clínicos e procedimentos, comportamento do paciente e/ou equipe (Van Gerven et al., 2016).

Recentemente, revisão de escopo objetivou descrever a proporção de pacientes acometidos por eventos em ambiente hospitalar, explorar os tipos e as consequências dos EA e estimar a frequência de EA evitável. A amostra contou com 25 estudos realizados em países de diferentes continentes, indicando uma mediana

de 51,2% de eventos evitáveis, reportando dentre as causas mais comuns procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos ou fluidos e infecção associada ao cuidado (Schwendimann et al., 2018).

No Brasil, pesquisas relacionadas à ocorrência de EA vêm sendo desenvolvidas; como um estudo retrospectivo que analisou prontuários de pacientes internados em hospital geral público de ensino, mostrando que a incidência de EA foi 10,1%; e excluindo-se os EA envolvendo a especialidade obstétrica, este valor aumentou para 12,7%, sendo 69% dos eventos considerados evitáveis (Mendes et al., 2013).

O relatório da ANVISA traz um panorama das notificações registradas nos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), no período entre março de 2014 e janeiro de 2019, reportou o total 281.613 notificações de EA, dos quais a maior frequência foi na categoria outros (30,4%), representados por incidentes relacionados à perda ou obstrução de sonda, flebite, cateter venoso, seguidos dos notificados, como falha na assistência (25,2%), compreendidos por incidentes em procedimento, tratamento, intervenção, assistência geral, diagnóstico e meios complementares, contenção física e triagem/*check up*. Dos EA descritos, 93,6% ocorreram em ambiente hospitalar, com maior frequência em unidade de internação, seguida de UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e 0,5% conduziram os pacientes a óbito. Dos incidentes registrados no País, o Sudeste foi a região que mais notificou eventos (45,4%), seguida da região Sul (19,7%) (Brasil, 2019).

Com base no exposto, é inquestionável que os EA afetem seriamente a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, sendo indispensável a adoção de medidas para reduzir estas ocorrências (Faustino et al., 2018).

Ainda sob esta abordagem, cabe ressaltar o movimento em prol de notificações de EA, impulsionado no final da década de 1990, a partir do conhecimento e divulgação pelos meios de comunicação das ocorrências de EA na saúde. Para documentar e controlar essas ocorrências nas instituições de saúde, sistemas de notificação foram criados, objetivando envolver os profissionais no diagnóstico dos problemas e expor a realidade (Wachter, 2013b).

Destaca-se que a finalidade da notificação de EA é possibilitar uma análise multidisciplinar das ocorrências no cenário das organizações de saúde, com o

emprego de ações de melhoria, nortear a transformação de uma cultura punitiva para uma cultura de aprendizado e desenvolver políticas organizacionais que protejam os profissionais de constrangimento e de questões ético-legais equivocadas, garantindo o sigilo das informações fornecidas (Wachter, 2013b; Brasil, 2016).

No intuito de estimular a prática na notificação dos eventos relacionados à assistência à saúde, no Brasil, foi criado o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), previsto pelas Portarias nº1.660 (22/06/2009), nº 529 (01/04/2013) do MS, RDC nº36 (25/07/2013) da ANVISA, e RDC nº 51 (29/09/2014), viabilizando a notificação de EA via eletrônica (Brasil, 2009, 2013a, b, 2014a).

Assim, uma ação equivocada na saúde, pode resultar em dano ao paciente, e gerar sofrimento com sérias implicações à integridade física, emocional e moral dos profissionais envolvidos (Vincent, 2006), e neste sentido, os profissionais de saúde se tornam vítimas de seus próprios erros.

Dessa maneira, corrobora a ideia de que a segurança dos profissionais é uma pré-condição da segurança do paciente; todavia os danos físico, psicológico e o esgotamento estão presentes entre os trabalhadores de saúde (West et al., 2006; Shanafelt et al., 2010), cabendo ao corpo diretivo e aos próprios profissionais a implantação de iniciativas, visando a melhorar as condições de trabalho e estabelecer ambiente de respeito, programas de apoio à equipe e aumento da resiliência (NPSF, 2015).

Nessa direção, surge uma nova faceta na cultura de segurança, na perspectiva dos profissionais que cometem o erro/EA, intitulado de “Segunda Vítima”.

Conforme mencionado anteriormente, este termo foi nominado pela primeira vez, como se segue:

Muitos erros são incorporados nas rotinas e dispositivos existentes, configurando o médico e paciente desprevenidos ao desastre. E, embora os pacientes sejam as primeiras e óbvias vítimas de erros médicos, os médicos são feridos pelos mesmos erros: são as segundas vítimas. (Wu, 2000, p. 726).

Denham (2007) complementou a descrição de segunda vítima, incorporando ao termo os enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais da equipe de saúde, ao relatar:

Enfermeiros(as), farmacêuticos(as) e outros membros da equipe de saúde também estão suscetíveis a erros e vulneráveis às suas consequências. Devido à hierarquia hospitalar, eles têm menos liberdade para lidar com esses erros, tornando-se testemunhas silenciosas dos mesmos e agonizando com a escolha de serem leais para o paciente, à instituição ou à equipe: também são vítimas disso. (Denham, 2007, p. 115)

Além disso, o mesmo autor citou o termo “Terceira Vítima”, referindo-se à instituição de saúde, que tem sua imagem e reputação influenciada, negativamente, perante a sociedade e refletida no desprestígio de seus profissionais em decorrência do EA (Denham, 2007).

Em 2009, surge o conceito de segunda vítima, conforme explicitado:

As segundas vítimas são os profissionais de saúde que estão envolvidos em um evento adverso imprevisto, erro assistencial e/ou dano ao paciente e tornam-se vítimas no sentido de que ficam traumatizados pelo evento. Frequentemente, esses indivíduos sentem-se pessoalmente responsáveis pelo resultado dos pacientes. Muitos sentem como se tivessem falhado com os pacientes, duvidando de suas habilidades clínicas e base de conhecimento. (Scott et al., 2009, p. 326)

Cabe pontuar que mencionar a terminologia de profissionais de saúde, diz respeito a todo profissional que presta assistência ao paciente Scott et al. (2010).

Autores vêm se dedicando a mensurar o fenômeno segunda vítima no contexto das organizações de saúde, assim como apontar ou desvelar as circunstâncias que conduzem o trabalhador ao erro (Jones, Treiber, 2012; Seys et al., 2013).

Scott et al. (2010) desenvolveram uma investigação na *University of Missouri Health Care* (MUHC) verificando que um em cada sete profissionais de saúde vivenciou um EA, no último ano trabalhado, decorrente disso apresentaram ansiedade, depressão ou preocupações sobre a capacidade de realizar suas atividades.

Revisão sistemática conduzida por Seys et al. (2013) reuniu estudos acerca do profissional da saúde após um EA, revelou a estimativa de erros que resultam em segunda vítima entre 10,4% e 43,3%.

Outra pesquisa constatou que seis em cada dez profissionais estiveram no papel de “Segunda Vítima”, quando analisados durante os 5 últimos anos, 381 (62,5%) dos profissionais atuavam na atenção primária e 346 (72,5%) em hospitais. No mesmo estudo, foram evidenciadas solicitações de transferência de setor, assim como o registro de abandono da profissão em decorrência do evento (Mira et al., 2015).

Com o objetivo de elucidar o fenômeno da segunda vítima na área de anestesiologia, Pratt e Jachna (2015) realizaram uma revisão de literatura que evidenciou o envolvimento de médicos em EA grave; constataram que cerca de 35% dos anestesiológicos obstétricos tiveram implicação em morte materna; e que 60% dos anestesiológicos reconheceram-se como segunda vítima.

Ainda, achados da revisão sistemática de Mira et al., (2017) que visou a desenvolver recomendações para reduzir o impacto negativo dos EA junto aos pacientes/família, profissionais de saúde e organizações, encontrou que, entre 28% e 57%, dos médicos admitiram ao menos um EA severo, no decorrer de suas profissões, envolvendo um ou mais pacientes.

É inquestionável que os profissionais de saúde atuem com a premissa de prestar cuidado seguro; no entanto, na vigência do EA/erro, as segundas vítimas, cientes das consequências do dano causado, manifestam seu sofrimento por meio de uma diversidade de sentimentos e comportamentos.

Nos anos 2000, desde que o termo foi cunhado na literatura, paralelos são traçados para investigar os desdobramentos, compreender seu significado e lançar um novo olhar aos trabalhadores na condição de segunda vítima, no intuito de atender suas necessidades, empreendendo esforços sistematizados, visando a conduzir a situação e assistir o profissional.

Alguns estudos relatam a vivência de profissionais de saúde experientes que estiveram envolvidos diretamente em EA, mostraram a repercussão negativa e devastadora gerada pela falta de apoio (Wu, 2000; Denham, 2007; van Pelt, 2008; Grissinger, 2014).

Estudo realizado por Laurent et al. (2014), com enfermeiros e médicos atuantes em UTI de hospitais universitários na França, revelou o sentimento de culpa, vergonha, ansiedade (caracterizada por reflexão, medo, preocupação com o paciente), perda de confiança, incapacidade de verbalizar o erro, autoquestionamento profissional e apontaram a raiva e falta de apoio para a equipe de trabalho, como características da repercussão do EA a curto prazo. A longo prazo, os profissionais declararam que, em virtude do EA, passaram a ser mais cautelosos antes e durante a execução das atividades; no entanto, a perda de confiança e culpa persistiram junto a 15% dos profissionais.

Na perspectiva de cirurgiões e residentes, o relato do erro acarretou maior quantidade de problemas como: despersonalização, estresse, baixa estima e sinais de depressão (West et al., 2006; Shanafelt et al., 2010).

Algumas estratégias de enfrentamento foram reportadas pelos profissionais de saúde na tentativa de buscar apoio emocional, tais como: conversar com alguém ou junto a um pequeno grupo de colegas sobre o incidente, um familiar ou expor o EA diretamente com o paciente. Outra forma adotada por 23% dos profissionais de saúde foi evitar pensamentos nocivos, tal como culpa, como forma de evitar envolver-se emocionalmente. Mais uma maneira encontrada para 60% das segundas vítimas foi minimizar a importância do erro (Laurent et al., 2014).

Seys et al. (2013) apresentam estratégias de enfrentamento com foco no problema e na emoção. Na primeira, o indivíduo procura administrar o problema, munindo-se de informações para definir o ocorrido. Na segunda estratégia, o profissional gerencia o sofrimento emocional causado pelo erro, podendo trazer mudanças na prática assistencial para evitar recorrência e aceitar a responsabilidade diante da situação.

Outro ponto mencionado na questão da segunda vítima, refere-se ao fato do profissional aprender com as próprias falhas, que pode evitar a recorrência de um EA, podendo contribuir fortemente no processo de mudança (Vincent, 2006).

Nessa ótica, cerca de 32% dos profissionais consideram o erro como fonte de aprendizado e aprimoramento e apontam para a necessidade de capacitação a partir da vivência do EA e para ampla investigação do fator desencadeante. Além disso, 50% dos profissionais atribuem o erro à interdependência dos processos de

trabalho e à vulnerabilidade da profissão, o que trouxe certo alívio aos trabalhadores (Laurent et al., 2014).

Reconhecer e conduzir a questão do erro/EA na vertente do profissional é algo complexo, diante dos múltiplos componentes implicados, especialmente, os que envolviam a cultura de segurança, a maturidade dos profissionais e da organização, e a questão emocional para lidar com o dano.

Assim, Scott et al. (2009) construíram a Trajetória de Reparação, composta por seis estágios, pelos quais o profissional que cometeu o erro poderá vivenciar: 1. Instituição do caos e busca por resposta; 2. Reflexões intrusivas; 3. Restauração da integridade; 4. Suportando a inquisição; 5. Obtenção dos primeiros socorros e 6. Seguir em frente.

Nesse contexto, foi identificada uma série de estratégias de apoio na literatura, em distintas modalidades, dentre elas, os programas *forYOU*, desenvolvido pela *University of Missouri* (Scott et al., 2009), o *Resilience in Stressful Events* (RISE) do *Johns Hopkins Hospital* (Edrees et al., 2016) *Center for Professional and Peer Support* (CPPS) do *Brigham and Women's Hospital* (Shapiro, Galowitz, 2016) e o *Medically Induced Trauma Support Services* - MITSS (Pratt, Kenney, Scott et al., 2012) e ações e intervenções individuais e coletivas (Ullström et al., 2014; White et al., 2008).

No intuito de analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca do fenômeno segunda vítima e dos recursos organizacionais para apoiar os profissionais nessa condição, Burlison et al. (2014) construíram e validaram, no idioma inglês, o questionário intitulado "*Second Victim Experience Survey Tool*" (SVEST). O referido instrumento é composto por 29 itens e duas variáveis (absenteísmo e rotatividade), e sete dimensões: "sofrimento psíquico, sofrimento físico, apoio do colega, apoio do supervisor, apoio institucional, apoio não relacionado ao trabalho e autoeficácia da assistência profissional".

Pesquisa realizada por Quillivan et al. (2016) demonstrou que a aplicação do SVEST e do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSOPSC (AHRQ) indica uma relação inversamente proporcional entre a percepção da cultura de segurança do paciente, com o sofrimento psicológico, físico e profissional das segundas vítimas.

Complementando as estratégias de apoio, uma instituição na Espanha vem empregando um algoritmo para atender a uma situação de crise, como é definida a ocorrência de um EA na assistência e tem concentrado esforços para fornecer apoio aos pacientes, familiares e ao profissional de saúde envolvido no evento (Torijano-Casalengua, Astier-Peña, Mira-Solves, 2016).

No que se refere as segundas vítimas, Quillivan et al. (2016) mencionam que as organizações hospitalares podem apoiar os profissionais de saúde acometidos em EA, promovendo a discussão aberta dos EA, fornecendo *feedback* aos envolvidos, elucidando a relação entre o EA e a cultura de segurança do paciente, promovendo o enriquecimento ao aprendizado a partir do EA, viabilizando assim uma resposta não punitiva ao erro.

Nessa direção, uma proposta de abordagem baseada no ambiente de cultura justa explicita os cinco direitos das segundas vítimas. Conhecido pela sigla em inglês TRUST (*Treatment that is just, Respect, Understanding and compassion, Supportive Care, and Transparency and the opportunity to contribute to learning*), que representa o **tratamento** justo como primeiro direito e compreende o entendimento de que o EA é uma falha sistêmica. Como segundo direito, o autor sugere que praticar “*the golden rule*” é demonstrar **respeito** aos profissionais que têm na área de atuação uma fragilidade intrínseca. A **compreensão** e a **compaixão** são apresentadas como terceiro direito e compõem o entendimento da fragilidade dos sistemas e a percepção relacionada às etapas de apreensão psicológica que os profissionais precisam vivenciar. Os **cuidados de suporte** compõem o quarto direito, onde os profissionais, tal como os pacientes, necessitam de cuidado especializado e estruturado para ajudá-los a lidar com o trauma do evento. E, no quinto direito, a **transparência e oportunidade de contribuir** aparecem para alertar a importância de desenvolver uma cultura de revelação do erro, embasada na ética perante profissionais de saúde e pacientes. Reconhecer que o erro é fato intrínseco da assistência, que dele surge o aprendizado, a contribuição para aperfeiçoar um processo, e consequente auxílio para recuperação do trauma, resultado do EA (Denham, 2007, grifo nosso).

Diante destas considerações e acreditando na relevância em explorar as inúmeras facetas que compõem o fenômeno segunda vítima, para adensar o corpo de conhecimento nas temáticas segurança do paciente e do trabalhador e da cultura de segurança, no contexto das organizações de saúde, é que este estudo foi desenvolvido, com os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar o conhecimento produzido acerca das estratégias destinadas a promover apoio aos profissionais de saúde na condição de segunda vítima.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Mapear as estratégias para apoiar os profissionais de saúde na condição de segunda vítima;
- ✓ Identificar os elementos constituintes das estratégias de apoio para assistir as segundas vítimas no contexto das instituições de saúde; e
- ✓ Descrever os sentimentos e as repercussões nos âmbitos pessoal e profissional experienciados pelas segundas vítimas.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para o alcance dos objetivos propostos foi delineada uma revisão de escopo pautada no modelo do *Joanna Briggs Institute* – JBI (JBI, 2015).

Na revisão de escopo, o pesquisador especifica o aspecto exploratório de um dado tema, a fim de resgatar a evidência de uma série de estudos primários de forma sistematizada, produzindo conhecimento; permitindo reconhecer o caráter e a dimensão do objeto investigado. Estudos dessa natureza têm por objetivo mapear os conceitos-chave que embasam determinada área do conhecimento, examinar a extensão, o alcance e a natureza da investigação, sumarizar e difundir os achados da pesquisa, bem como identificar as lacunas existentes. Além disso, compartilha as peculiaridades da revisão sistemática, no que tange a ser padronizada, inteligível e reproduzível (Arksey, O'Malley, 2005; Davis, Drey, Gould, 2009; Grant, Booth, 2009; JBI, 2015).

Munn et al. (2018) afirmam que a revisão de escopo é uma ferramenta profícua para as abordagens que buscam síntese de evidências, exigindo métodos rigorosos e transparentes para obtenção de resultados confiáveis, a fim de fornecer uma visão abrangente do assunto em questão, produzindo um arcabouço acerca do conhecimento.

A diferença entre a revisão sistemática e a de escopo está no tipo de material empregado como fonte de dados. A primeira utiliza como objeto de evidência os estudos controlados metodologicamente e provenientes da análise criteriosa de validação das melhores evidências; e a revisão de escopo tem como propósito mapear os conceitos e examinar um corpo de conhecimento, que ainda não foi revisado de forma abrangente, conferindo menor importância à qualidade metodológica dos achados (Arksey, O'Malley, 2005; Grant, Booth, 2009; JBI, 2015).

Arksey e O'Malley (2005) advogam como principais vantagens de uma revisão de escopo a possibilidade de mapear um maior número de material sobre o tema da pesquisa, fornecendo uma análise aprofundada do(s) objetivo(s) do estudo

e fundamentar uma revisão sistemática, em função de realizar uma investigação preliminar de determinado assunto, verificando se este é factível e pertinente à área do conhecimento, analisando a relação custo-benefício de recursos para sua consecução.

Em uma revisão de escopo, assim como em outras pesquisas de revisão são estabelecidas etapas distintas e sistematizadas a serem percorridas na trajetória metodológica. De acordo com Arksey e O'Malley (2005); Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) e JBI (2015), estas consistem em:

Primeira: formular a questão da pesquisa

A questão norteadora da revisão deve ser construída com clareza e precisão, na abrangência do tema pesquisado, tornando compreensível a finalidade da investigação.

Segunda: identificar os estudos relevantes – definição dos descritores e locais de busca

Esta etapa consiste na descrição detalhada dos passos percorridos pelo pesquisador para identificação dos estudos relevantes, incluindo a estratégia de busca, os portais/base/diretórios e buscadores acadêmicos, tipo de material e período do estudo. Recomenda-se equilibrar as questões de viabilidade, amplitude e abrangência do processo, bem como os aspectos operacionais e financeiros. Pode-se também recorrer a profissionais capacitados no método ou na operacionalização de acesso e recuperação do material.

Terceira: selecionar os estudos

Delinear os critérios de inclusão e exclusão consonantes à questão norteadora aos sujeitos, às intervenções e aos resultados de interesse. Proceder a busca dos estudos, analisar os critérios de elegibilidade, ler criteriosamente o material encontrado e selecionar, ao menos, dois juízes para integrarem esta etapa (revisores independentes). O material identificado deverá ser obtido e analisado na íntegra, contando ainda com a participação dos revisores para obtenção da amostra.

Quarta etapa: mapear, extrair os dados e organizar os dados

A quarta etapa compreende a extração dos dados e a sumarização dos estudos. Para isso, é construído um formulário contendo as informações a serem extraídas; em se tratando de uma revisão de escopo, não há um modelo predeterminado; entretanto, o conteúdo auferido deve permitir uma síntese analítica qualitativa dos estudos/materiais. Desse modo, certas variáveis são indicadas como: tipo de produção/publicação, origem, autores, ano de publicação, local, objetivo, delineamento da pesquisa, sujeitos participantes, análise dos dados, resultados e conclusões/considerações. Recomenda-se que o formulário seja submetido a um pré-teste para verificar sua aplicabilidade. Após a coleta, os dados são organizados em planilha eletrônica para posterior análise.

Quinta etapa: agrupar, resumir, relatar e interpretar os resultados

Nesta etapa, os dados dos estudos são compilados, os resultados descritos e analisados quanti-qualitativamente, sendo apresentados em quadros e/ou tabelas. A interpretação e a discussão dos achados devem propiciar a explicitação dos tópicos investigados, descobertas relevantes da temática para o avanço do conhecimento, o exercício profissional, a implementação de políticas ou diretrizes na área investigada, assim como demonstrar a necessidade de desenvolvimento de futuras pesquisas.

Sexta etapa: consultar membros externos

Esta etapa prevê a participação de pessoas que, de alguma maneira, atuem ou se interessem pela temática pesquisada, a fim de complementar os achados. Todavia, é considerada opcional.

3.2 ETAPAS DA PESQUISA

O presente estudo foi conduzido empregando-se as cinco primeiras etapas previstas na revisão de escopo (Arksey, O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun, O'Brien, 2010; JBI, 2015).

3.2.1 Definição da pergunta norteadora

O Instituto *Joanna Briggs* recomenda que, em uma revisão de escopo, para formular a questão de pesquisa, seja utilizada a estratégia denominada **PCC** com suas respectivas descrições, na qual **P = população**, **C = conceito** e **C = contexto**, ressaltando que o propósito desta metodologia é a ampla exploração do assunto a ser analisado, sem a busca da evidência formal e qualificada (JBI, 2015, grifo nosso).

Na estruturação da pergunta norteadora do presente estudo, a população (**P**) foi determinada pelos profissionais de saúde, o conceito (**C**), a segunda vítima de EA ou erros envolvendo a segurança do paciente e o contexto (**C**), compreendido pelo local geográfico, no caso, os serviços de saúde.

Assim, foram delineadas a questão norteadora e as questões adicionais, conforme descrito:

Norteadora:

Quais são as estratégias destinadas a apoiar os profissionais de saúde na condição de segunda vítima, no contexto dos serviços de saúde?

Adicionais:

Como são estruturadas as estratégias de apoio pelas organizações de saúde e quais são os profissionais envolvidos nas respectivas estratégias?

Quais são os sentimentos e as repercussões psicoemocionais, físicas, éticas e legais experienciadas pelos profissionais de saúde na condição de segunda vítima?

3.2.2 Identificar os estudos relevantes: definição dos descritores e locais de busca

Estratégia de busca

Seguindo as recomendações do Manual de Revisão de Escopo do JBI (2015), na presente investigação, para proceder a estratégia de busca e recuperar os estudos, foram empregadas as seguintes fases:

- ✓ **Primeira:** recorreu-se a duas bases de dados, amplamente, indicadas e utilizadas nas pesquisas da área de saúde: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* – CINAHL e *Medical Literature Analysis and Retrieval System* – MEDLINE.

Nesse momento, foram selecionados os seguintes descritores e palavras-chave: *Medical Subject Headings* (MeSH) e palavras-chave (*): "Health Personnel", "Health Care Professional"(*), "Healthcare Provider", "Healthcare"(*), "Second Victim"(*), "Second Victims"(*), "Second Victim Program"(*), "Second Victim Syndrome"(*), "Patient Safety", "Safety Management", "Adverse Event"(*), "Adverse Events"(*), "Adverse Health Care"(*), "Planning Techniques", "Support Program"(*), "Support Strategies"(*), "Health Care Provider", "Health Services", "Personal Health Service" e "Ambulatory Care".

- ✓ **Segunda:** a partir dos resultados encontrados na fase anterior e a fim de expandir a busca, foram elaboradas novas estratégias e incorporados novos portais, bases de dados, diretórios e buscadores acadêmicos, compreendendo as literaturas nominadas de branca e cinzenta, a saber:

Portais/bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Excerpta Medica dataBASE* (EMBASE), *PubMed*, SCOPUS, *Web of Science* e *Epistemonikos*.

Diretórios e buscadores acadêmicos: *Google Scholar*, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), *Wiley Interscience*,

OpenGrey, AHRQ, National Patient Safety Foundation (NPSF), WHO, Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMPC), Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), Centro Colaborador para a Qualidade e Segurança do Paciente (ProQualis) e Second and Third Victim Research Group.

No Quadro 2, encontram-se os locais de busca, os descritores, as palavras-chave, bem como as combinações de estratégias, empregando os operadores booleanos *AND* ou *OR*.

Quadro 2 – Distribuição dos locais de busca, descritores, palavras-chave e estratégia de busca, de acordo com cada portal, base ou *website*, São Paulo – 2017

Locais	Estratégia - Descritor
CINAHL	<i>(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)</i>
MEDLINE	<i>(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)</i>
LILACS	<i>(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)</i>
BDTD	<i>"segurança do paciente" AND erros AND segunda</i>
<i>Web of Science</i>	<i>(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)</i>
SCOPUS	<i>"second victim" AND ("health personnel" OR "health care professional")</i>
EMBASE	<i>('health care personnel'/exp OR 'health care personnel') AND 'second victim*'</i>
<i>Pubmed</i>	<i>(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)</i>
BVS	<i>("second victim" OR "segunda vitima" OR "segundas victimas") AND ("health personnel" OR "health care professional")</i>
Locais	Estratégia – Palavras-chave
<i>Google Scholar</i>	<i>"second victim" AND ("health personnel" OR "health care professional")</i>
Epistemonikos	<i>"second victim"</i>
<i>Wiley Interscience</i>	<i>"second victim" AND ("health personnel" OR "health care professional")</i>
<i>OpenGrey</i>	<i>second victim*</i>
AHRQ	<i>"second victim"</i>
NSPF	<i>"second victim"</i>
WHO	<i>"healthcare professional" AND "adverse event" AND "support"</i>
ISMPC	<i>support second victim</i>
OPAS	<i>second and victim/ "support program" AND "healthcare professional"/ "healthcare professional" AND "adverse event" AND "support" / "adverse event" AND "support"</i>
ProQualis	<i>second and victim</i>
<i>Second And Third Victim Research Group</i>	<i>"second victim"</i>

Fonte: A pesquisadora

- ✓ **Terceira:** nesta fase, está prevista a incorporação de novas estratégias de busca com base no material recuperado. Salienta-se que a presente

revisão não empregou este recurso, todavia foram realizados contatos com os revisores e a bibliotecária para averiguar essa necessidade.

Cabe pontuar que, para a seleção dos portais/bases de dados, diretórios e buscadores acadêmicos, bem como descritores, palavras-chave e a combinação das estratégias, a pesquisadora contou com a participação de uma bibliotecária, a fim de recuperar o maior número de produção, compor e/ou aprimorar as estratégias.

3.2.3 Seleção do material

Para a seleção do material, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- ✓ Artigos indexados nos portais/bases/diretórios acadêmicos da BVS, LILACS, *Web of Science*, SCOPUS, EMBASE, *PubMed*, MEDLINE (via OVID – acesso feito via Periódicos CAPES) e CINAHL (via EBSCO - acesso feito via Periódicos CAPES);
- ✓ Artigos ou materiais publicados no período entre janeiro de 2000 e junho de 2017. O ano de 2000 foi determinado em razão da publicação do primeiro documento, de autoria de Albert Wu, mencionando o termo segunda vítima na área da saúde;
- ✓ Textos ou materiais oriundos de: tese, dissertação, relatório científico, anais, livro resumo e pôster de evento científico, editorial, carta ao editor/diretor, guias, manuais, boletins, folhetos, encartes, revistas institucionais/corporativas, de conselhos ou sociedades de classe; e
- ✓ Artigos ou materiais com resumo nos idiomas português, inglês e espanhol.

Critérios de exclusão:

- ✓ Artigos ou materiais que não responderam à pergunta norteadora, conforme a estratégia PCC e que tiveram como vítima do evento o paciente ou as organizações de saúde;
- ✓ *Websites*/portais eletrônicos com acesso restrito;
- ✓ Livros ou capítulos de livro; e
- ✓ Projeto de pesquisa.

A seleção dos artigos/textos/materiais foi realizada mediante a leitura do título e resumo, identificando os que atendiam aos critérios de elegibilidade. Aqueles que geraram dúvidas foram discutidos com dois revisores independentes, sendo um deles habilitado pelo JBI para ministrar cursos, empregando a metodologia proposta pelo referido Instituto.

Salienta-se que, para a aquisição ou esclarecimento de certas peculiaridades de alguns documentos recuperados, a pesquisadora contatou os autores, obtendo as informações necessárias.

De posse do conteúdo selecionado, as publicações foram obtidas na íntegra, realizando-se a leitura criteriosa, tanto pela pesquisadora como pelos revisores, a fim de confirmar a pertinência frente à questão da revisão, e quando, positiva, proceder a extração dos dados de interesse, constituindo-se a amostra da presente investigação, que será apresentada no Capítulo Resultado e Discussão.

Cabe pontuar que a relação dos estudos incluídos e excluídos consta nos Apêndices A e B, respectivamente.

3.2.4 Extração dos dados

Para a extração dos dados e sua organização foi construído um formulário (Apêndice C) com base nas recomendações de Arksey e O'Malley (2005), JBI (2015) e no empregado por Tronchin (2011), contendo as variáveis:

- Identificação do material bibliográfico – número; localização (base, portal, diretório ou buscador acadêmico); dados do material: tipo/origem (periódico, jornal, tese e dissertação, revista de sociedade de classe, conselhos, corporativa ou boletim institucional, manual ou guia, folheto e encarte, anais, pôster ou livro resumo, relatório e outros) e tipologia (artigo original, de revisão, teórico/reflexão, relato de experiência, editorial/carta ao editor/diretor, resumo de evento, estudo de caso e outros); título; autor/autores; palavras-chave/descriptores; ano de publicação, volume e número de páginas; país ou local de origem do estudo e idioma (português, inglês ou espanhol);
- Objetivo (s);
- Método – tipo/natureza, abordagem, delineamento/desenho;
 - ✓ Tipo de estudo (primário, secundário ou relato de experiência); se **primário** explicitar a abordagem e o desenho (**quantitativa** – desenhos: experimental, exploratório, descritivo, exploratório-descritivo, estudo de caso, quase-experimental ou outros: especificar; **qualitativa** – desenhos exploratório, descritivo, exploratório-descritivo, estudo de caso, outros: especificar; **métodos mistos**: (especificar), se **secundário** (revisão sistemática, integrativa, de escopo, de literatura, narrativa, guia/*guideline* ou outros: especificar) e **relato de experiência**;
 - ✓ Características dos sujeitos: população/amostra, número de participantes, critérios de inclusão e exclusão, tipo de amostragem e categoria profissional; e
 - ✓ Detalhamento metodológico: em relação à coleta (prospectiva, retrospectiva, local, período, instrumento ou técnica), análise e tratamento dos dados.
- Resultado: responde à questão da pesquisa?; descrever os principais achados quanto à categorização da estratégia (programas, serviços, intervenções/ações/atividades – explicitar a tipologia e a periodicidade, algoritmos, guias, ferramentas, modelos, sistemas, outro – especificar), descrição da estratégia, abordagem da segunda vítima quem executa

(profissionais da própria unidade, equipe de profissionais da instituição, equipe de profissionais externos, outro – descrever); características da abordagem (individual ou coletiva); âmbito da abordagem (institucional, municipal/regional, estadual, nacional, outro - descrever); estrutura ou composição da equipe de apoio (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, terapeuta ocupacional, odontólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, equipe multidisciplinar, outro - descrever); local da abordagem (próprio local da ocorrência, área reservada na unidade, área reservada na própria instituição, em outra instituição, outro - descrever); repercussões para a segunda vítima (afastamento do trabalho/licença médica, transferência de setor, medidas disciplinares - advertências verbal, escrita ou suspensão, demissão; desenvolvimento de doença física, doença psíquico/emocional, suicídio, mudança de profissão, outro – descrever; sentimentos/emoções experienciados pelos profissionais na condição de segunda vítima (medo, vergonha, culpa, abandono, desprezo, reprovação, julgamento, pensamento suicida ou recorrente do evento, ansiedade, insegurança, choque, descrença e tristeza, outros - descrever);

- Conclusões/Considerações finais/Recomendações.

É oportuno esclarecer, que foram disponibilizadas nos itens do instrumento de coleta, as alternativas “sem informação” (SI) ou “não se aplica” (NA).

O formulário foi submetido a pré-teste, sendo necessários alguns ajustes, especialmente, no que tange ao tipo de pesquisa, abordagem e desenho.

3.2.5 Agrupamento, resumo, relato e discussão dos resultados

Nesta etapa, os dados foram organizados em planilha eletrônica mediante codificação e descrição do conteúdo.

Posteriormente, cada artigo ou material foi numerado em ordem cronológica crescente de publicação, e respectivo número, nominado de “Estudo” sendo construída a descrição do conteúdo, originando os quadros-síntese.

Os resultados encontram-se dispostos em figuras e quadros, contemplando as variáveis de interesse e analisados com base na estatística descritiva nas frequências absoluta e relativa e na síntese narrativa.

3.3 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período entre 30 de novembro de 2017 e 11 de janeiro de 2018.

No Apêndice D, encontram-se, detalhadamente, as datas de cada acesso aos portais/bases/diretórios e buscadores acadêmicos, as estratégias de busca e o quantitativo do material recuperado.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma investigação, cujo método consiste em uma revisão de escopo, o presente estudo, não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP; contudo respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), no que se refere à análise e compartilhamento dos resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados incluindo os 41 estudos desta revisão são apresentados e discutidos na seguinte ordem:

4.1 FLUXO DA BUSCA NA LITERATURA E ARTIGOS INCLUÍDOS

4.2 DESCRIÇÃO ANALÍTICA DOS ESTUDOS

4.2.1 Síntese dos estudos

4.2.2 Caracterização dos estudos

4.3 SÍNTESE NARRATIVA

4.1 FLUXO DA BUSCA NA LITERATURA E ESTUDOS INCLUÍDOS

Para retratar a busca na literatura e os estudos incluídos nesta pesquisa, empregou-se o Diagrama de fluxo, intitulado “*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*” (PRISMA).

O PRISMA tem por objetivo auxiliar os autores a aprimorarem o relato de revisões sistemáticas, metanálises e outros tipos de revisões ou pesquisas, sobretudo, as destinadas a avaliar intervenções (Moher et al., 2009).

Figura 1 – Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão dos artigos, São Paulo – 2017/2018

A seguir, os dados do Quadro 3 explicitam os resultados dos artigos/materiais nos portais/bases/diretórios e buscadores acadêmicos que compuseram a amostra da revisão.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos/materiais recuperados e selecionados, de acordo com os portais, bases de dados, diretórios e buscadores acadêmicos, São Paulo – 2017/2018

Portais/Bases de dados/Diretórios e Buscadores Acadêmicos	Recuperados	Número de registros após eliminar duplicados	Número de registros completos avaliados para elegibilidade	Número de textos completos excluídos	Amostra
CINAHL *	38	38	14	5	9
MEDLINE *	94	59	1	0	1
LILACS *	7	7	0	0	0
Google Scholar**	135	133	19	17	2
BDTB**	33	33	0	0	0
Web of Science*	48	43	14	9	5
SCOPUS *	38	24	13	5	8
EMBASE *	86	59	18	10	8
PubMed *	180	141	1	1	0
BVS *	28	1	0	0	0
Epistemonikos*	7	29	0	0	0
Wiley Interscience**	35	5	2	1	1
OpenGrey**	46	46	1	0	1
AHRQ **	281	271	14	10	4
NPSF **	24	24	1	0	1
WHO **	9	9	0	0	0
ISMP Canada **	7	7	3	3	0
OPAS **	0	0	0	0	0
ProQualis **	9	4	1	1	0
Segundas y Terceras Víctimas Proyecto de Investigación **	7	6	4	3	1
Total	1112	939	106	65	41

Fonte: A pesquisadora

*Literatura branca **Literatura cinzenta

Os dados do Quadro 3 demonstram 20 sítios eletrônicos que foram consultados para busca da produção científica desta revisão, sendo nove classificados como literatura branca e 11, literatura cinzenta.

Para Botelho e Oliveira (2015), o desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação e o aprimoramento dos mecanismos de busca e recuperação vêm favorecendo o acesso às literaturas denominadas branca e cinzenta. A primeira refere-se a publicações convencionais e comerciais, de média ou grande tiragem, difundida amplamente, com controle bibliográfico, obtendo numeração internacional, sendo objeto de depósito legal, podendo ser adquirida por mecanismos de compra. A segunda, literatura cinzenta, relaciona-se a publicações não convencionais e comerciais, difíceis de serem encontradas em meios tradicionais de distribuição, muitas vezes, não possuem numeração internacional e não são incluídas em bibliografias nem catálogos. Podem apresentar informação e conhecimento atualizados e detalhados, atingem um público específico e não são determinadas apenas por interesses comerciais.

4.2 DESCRIÇÃO ANALÍTICA DOS ESTUDOS

Para favorecer a compreensão e a discussão, os estudos da amostra foram organizados nas etapas síntese e caracterização.

4.2.1 Síntese dos estudos

Na sequência cronológica do ano de publicação, esta etapa sumariza os 41 estudos desta revisão.

QUADRO 4 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DE ESTUDO 1

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM et al. Caring for our own: deploying a system wide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(5):233-40.

INSTITUIÇÃO: Hospital e Universidade

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Descrever a implantação institucional do *Rapid Response System* – RRS para segundas vítimas e compreender a percepção dos profissionais sobre o fenômeno segunda vítima.

MÉTODO

Estudo quanti-qualitativo, descritivo e prospectivo. Os dados qualitativos para a concepção do RRS foram coletados mediante entrevistas realizadas com 31 profissionais de saúde, no período entre outubro de 2007 e janeiro de 2008; os quantitativos foram obtidos por meio de questionário, enviado eletronicamente, para 5.300 profissionais de saúde, da área de Ciências da Saúde da Universidade do Missouri, nos EUA, em 2009. Foram incluídos profissionais de enfermagem (gestores, supervisores, enfermeiros registrados e licenciados), auxiliares de enfermagem, médicos, residentes e estudantes de medicina, farmacêuticos e fisioterapeutas. O conteúdo das entrevistas foi analisado qualitativamente, emergindo unidades de análise e os dados quantitativos com base na estatística descritiva.

RESULTADOS

O trabalho descreveu a trajetória percorrida pelo *Office of Clinical Effectiveness*, da Universidade do Missouri de Cuidado à Saúde, visando a transformação na cultura de segurança. A partir dos dados obtidos por meio das entrevistas, foi possível apreender a experiência de sofrimento das segundas vítimas e definir os seis estágios para recuperação dos profissionais após um EA. Inicialmente, foi criado um sistema de suporte emocional para segundas vítimas, denominado *Rapid Response System* – RRS. Relacionada à pesquisa quantitativa, a taxa de resposta correspondeu a 898 (17%) dos profissionais; 39% afirmaram estar familiarizados com o termo segunda vítima e 30% referiram apresentar algum problema emocional como: ansiedade, depressão, preocupação com suas habilidades profissionais, em razão de um EA no último ano de trabalho. Além disso, 15% declararam desejo de abandonar a profissão e 65% manifestaram capacidade de solucionar o problema sozinho. Em relação às estratégias de apoio, 35% mencionaram o apoio dos pares de trabalho ou colegas de profissão e 29% foram acolhidos por um gestor. Das entrevistas, emergiram os anseios dos profissionais de saúde em função do tipo e recursos para apoio após a ocorrência de um EA, tendo

como principal referência a possibilidade de se ausentarem, por um período, do local de trabalho onde o fato aconteceu. Também foi possível listar na análise qualitativa, componentes estruturais como: “Onde”, “Quando”, “Quem” e “O que” que comporiam um programa de apoio integral e ininterrupto. A partir da detecção da presença de segundas vítimas na organização e da necessidade de apoio emocional após um evento inesperado, foi implementado o programa formal de apoio denominado “forYOU”, estruturado em três níveis: no primeiro, são realizadas ações preventivas de “primeiros socorros emocionais” no local, onde o profissional cometeu o EA (estima-se que 60% dos profissionais receberão apoio inicial por parte do gestor); no segundo nível, são averiguadas as necessidades da segunda vítima pela equipe de apoio composta por profissionais atuantes na área de segurança do paciente ou gerentes de risco, que realizarão orientações adicionais àquelas oferecidas, anteriormente (estima-se que 30% das segundas vítimas necessitarão dessa ação), e no terceiro nível, as segundas vítimas deverão ser encaminhadas para cuidado especializado, que inclui o Programa de Assistência ao Trabalhador, Serviço Social, Psicólogo Clínico e Capelão (estimativa de 10% dos trabalhadores, necessitarão desse nível de atenção). Ao longo de 10 meses de implementação do referido Programa, foram realizadas 49 abordagens individuais no segundo nível, com tempo médio de 30 minutos, e 13 profissionais foram encaminhados para o apoio no terceiro nível.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os autores afirmaram ser imperativo divulgar amplamente o Programa e como acessá-lo, quando necessário. Recomendaram que iniciativas de apoio para a segunda vítima sejam construídas e disseminadas nas organizações de saúde, de modo a apoiar os trabalhadores, e que estes tenham conhecimento do que é proporcionado e como poderão ser assistidos pela instituição.

QUADRO 5 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DE ESTUDO 2

Paparella S, Horsham PA. Caring for the caregiver: moving beyond the finger pointing after an adverse event. J Emerg Nurs. 2011;37(3):263-5.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

O artigo discorreu sobre a problemática dos EA junto aos enfermeiros mostrando, que embora possam atuar tecnicamente, quando ocorre um EA, sentem-se fragilizados e traumatizados pela situação. Os autores referiram que, na maior parte das vezes, os erros assistenciais são reportados aos pacientes/familiares, todavia não há preocupação em discutí-los entre os profissionais, como fonte de aprendizado, reforçando a prática da cultura punitiva. Enfatizaram o surgimento da terminologia segunda vítima, expondo as consequências físicas e emocionais dos profissionais, tais como: culpa, abandono, depressão e ideia suicida, atentando para a importância pela busca de estratégias de apoio. Citaram o *Institute for Safe Medication Practices* – ISMP, como recurso para gerenciar o estresse junto aos profissionais que vivenciaram um incidente crítico, preparando a equipe de modo que esta apoie a segunda vítima por ocasião de um evento inesperado. Também mencionaram o programa da Universidade do Missouri de Cuidado à Saúde, nos Estados Unidos da América (EUA), que promove apoio para a segunda vítima por meio de um sistema de resposta rápida, a fim de incentivar reflexões sobre o evento, encorajar a participação dos profissionais na implementação de medidas preventivas e recuperar a dignidade pessoal, por meio de estratégias de enfrentamento. Ainda, neste artigo, foi apontado o *Medically Induced Trauma Support Services* - MITSS, que possui programas de apoio organizacional para profissionais de saúde, como conclusão os autores referiram que a abordagem da segunda vítima deve centrar-se na empatia e na sensibilidade para acolher os trabalhadores, assim como em atividades preventivas de EA.

QUADRO 6 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DE ESTUDO 3

Scott SD. The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions. AHRQ [internet]. 2011 [cited 2017 May 03]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/102/the-second-victim-phenomenon-a-harsh-reality-of-health-care-professions>.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

Expôs aspectos como os EA estão presentes no trabalho dos profissionais de saúde, independentemente, do tempo de experiência profissional. Abordou que em razão das consequências desses eventos, iniciaram-se discussões, destinadas ao desenvolvimento de ações de prevenção de EA; todavia o tema provoca impacto emocional aos envolvidos nos cuidados de saúde, tais como: culpa, incompetência e conflitos pessoais. A autora referiu que o termo segunda vítima foi mencionado por Albert Wu, em 2000, apontando que há carência de estratégias de apoio aos profissionais nessa condição. Citou a origem de um movimento realizado por pesquisadores para compreenderem a problemática, incluindo o estudo realizado na Universidade do Missouri de Cuidado à Saúde, onde surgiu o programa de apoio as segundas vítimas, como uma estratégia para amparar esses profissionais após um EA. Este estudo mostrou que, um, em cada sete profissionais havia experienciado um problema emocional em decorrência de um evento inesperado, e 68% dos profissionais não obtiveram apoio emocional da organização. De posse destes achados, realizou-se uma busca qualitativa com 31 profissionais (médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde) vitimados por um EA na assistência nos últimos 4 anos. A média de experiência profissional correspondeu a 13,5 anos e o período de tempo da ocorrência do EA variou entre 3 semanas e 44 meses. A partir dos resultados, foi possível definir os estágios percorridos pela segunda vítima, desde a ocorrência do evento até sua recuperação, são eles: resposta ao caos e acidentes; reações intrusivas; restauração da integridade pessoal; resistência à inquisição; obtenção de ajuda; e, seguir em frente (abandonar, sobreviver e prosperar). Ademais, foi construído um modelo de intervenções com estratégias de enfrentamento para atender as segundas vítimas logo após o incidente. A autora mencionou que o objetivo do programa é garantir que a segunda vítima não sofra as consequências do erro de forma solitária, e que suas necessidades sejam atendidas, mesmo quando encaminhadas e acompanhadas por psicólogo, religioso, assistente social, conselheiro ou programa de assistência aos trabalhadores. Também citou que, na instituição, onde o programa vem sendo desenvolvido, quando indicada a análise de causa raiz do EA, a organização tem optado a convidar a segunda vítima para participar das discussões e da elaboração do plano de ação para prevenção de incidentes, caso ela deseje. Inferiu que essa atividade, além de promover o aprendizado com erro, pode colaborar em sua recuperação.

QUADRO 7 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 4

Sirriyeh RH. Coping with medical error: the case of the health professional [thesis]. Leeds: University of Leeds; 2011.

INSTITUIÇÃO: Hospitais e organização de referência

TIPO DE MATERIAL: tese

OBJETIVO

Explorar o impacto causado pelo evento adverso ou erro no profissional de saúde e as estratégias empregadas para o enfrentamento das consequências advindas dessa situação.

MÉTODO

Pesquisa de métodos mistos pautada nas abordagens quantitativa e qualitativa, empregando-se diferentes fontes e períodos para obtenção dos dados. As técnicas e os instrumentos de coleta foram: estudos de revisão sistemática, aplicação de questionário, grupo focal, entrevistas e visitas técnicas. A primeira revisão sistemática subsidiou a construção do questionário nominado “*Health Professional*”.

Experience of Error Questionnaire” (HPEEQ), visando a entender a repercussão do EA/erro nos âmbitos pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde. Na concepção do questionário, também foi empregada a técnica de grupo focal realizada com profissionais do *Martin House Children Hospice* e da Universidade de Leeds (15 profissionais entre enfermeiros, consultor e outros profissionais de saúde) e, posteriormente foi aplicado o teste piloto. O referido instrumento foi utilizado na coleta dos dados de abordagem quantitativa no Reino Unido, nos hospitais *Bradford Royal Infirmary* e *St Luke’s*, integrantes da *National Health Service Trust*, entre julho de 2009 e janeiro de 2010, contando com a participação de enfermeiros, médicos, farmacêuticos e outros profissionais. No período entre maio e julho de 2010, o HPEEQ foi aplicado para profissionais de saúde do *Brigham and Women’s Hospital*, em Boston (EUA). A autora recorreu a visitas técnicas, que foram realizadas no *Brigham and Women’s Hospital* e no *Medically Induced Trauma Support Services – MITSS* (EUA), objetivando conhecer as experiências de apoio para as segundas vítimas. A fase seguinte - abordagem qualitativa foi realizada com gerentes de hospitais da *Yorkshire Câncer Network*, para desenvolver um cronograma de entrevistas, com o objetivo de aprimorar habilidades de diálogo necessárias à coleta de dados e, a seguir, foram entrevistados gestores da *NHS Trust* (sediados nos hospitais *Bradford Royal Infirmary* e *St Luke’s*). Uma nova revisão sistemática foi conduzida para mapear as intervenções de apoio aos profissionais vítimas de EA/erros na atenção à saúde. Novamente, sessões de grupo focal foram realizadas em local reservado, nos hospitais *Bradford Royal Infirmary* e *St Luke’s*, com trabalhadores de saúde que atuavam no contato direto com os profissionais e equipes na vigência de um EA/erro, entre setembro de 2010 e março de 2011. O objetivo desta etapa foi discutir e refletir a respeito dos achados dos estudos conduzidos no Reino Unido e nos EUA, relacionados ao apoio por pares e às estratégias de enfrentamento. A organização e análise dos dados ocorreu por meio do software NVivo 8.

RESULTADOS

As estratégias de apoio explicitadas nos estudos que integraram esta tese foram: apoio dos colegas, familiares, amigos próximos, aprendizagem significativa mediante erro e *feedback* aos envolvidos. Discutir o erro com colega, profissional mais experiente, alguém de confiança ou outra pessoa foram apontados, como outras fontes de apoio. Relacionado ao suporte oferecido pela organização, 37,4% dos entrevistados referiram não saber da existência do programa de apoio e 53,5% sentiram-se dispostos em utilizar o serviço na vigência de um erro. Daqueles que utilizaram o serviço, 34,8% concordaram ter recebido apoio adequado e 36,8% consideraram o apoio como satisfatório. Um dos estudos mencionou que oriundos das organizações também estão os programas de assistência aos trabalhadores, que fornecem apoio interno e externo. Nos estudos de revisão, quanto às estratégias de apoio formais para as segundas vítimas; a autora identificou os programas de apoio: o *Peer Support* do *Center for Professionalism and Peer Support* do *Brigham and Women’s Hospital* e o programa *forYOU* da Universidade do Missouri, ambos nos Estados Unidos da América, no que se refere às dificuldades emocionais dos profissionais. Foi explicitado o uso do *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), para lidar com a morte e situações mais complexas. Conforme a autora, os programas possuíam características semelhantes de apoio por pares, eram compostos por equipes capacitadas para atender às necessidades emocionais e jurídicas dos profissionais, e atuavam de modo independente, todavia, tinham a obrigação de notificar os EA no departamento de gerenciamento de risco. Também relatou um *kit* de ferramentas em fase de desenvolvimento pelo *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), em parceria com outras organizações, que busca auxiliar as organizações a elaborarem seus programas de apoio. Como reflexo dos EA/erro, os profissionais descreveram sentimentos, tais como: angústia, vergonha, culpa, medo, pânico, choque, humilhação, ansiedade, depressão, insegurança, preocupação, infelicidade, arrependimento, aborrecimento e preocupação.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Esta tese compôs-se de estudos com diferentes abordagens e metodologias de pesquisa na temática do fenômeno de segunda vítima. Revelou a repercussão do erro assistencial na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde. Identificou padrão na resposta do impacto, considerando o cenário, a experiência, como segunda vítima e os obstáculos enfrentados em sua recuperação. A autora citou o papel dos gestores na análise dos erros, no auxílio para as segundas vítimas, pacientes/ familiares e a influência de sua postura perante o erro. Referiu os programas de apoio norte-americanos que vêm sendo empregados para assistir a segunda vítima, recomendando novos estudos a fim de avaliar a eficácia desse recurso. Outrossim, evidenciou benefícios para a segurança do paciente, quando o EA/erro puder ser debatido com colegas e gestores e nas situações em que os profissionais reconheçam a importância de recorrer às estratégias de enfrentamento do trauma, assim como a capacitação profissional, continuamente.

QUADRO 8 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 5

Hall L, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am*. 2012;47(3):383-93.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

O artigo versou acerca da ocorrência de EA, reiterando que os profissionais da saúde estão, frequentemente, envolvidos com EA, dada a complexidade dos cuidados em saúde e as limitações advindas da falibilidade humana. Os estudos mostram os impactos emocional, comportamental, profissional e legal que recaem sobre os trabalhadores, tornando-os segundas vítimas. Os autores mencionaram a importância de entender esse fenômeno e refletir sobre as articulações com outras áreas, como educação, pesquisa e política. As consequências dessa ação não intencional gera estresse com variados limiares, e emergem dos profissionais envolvidos distintos questionamentos relacionados à habilidade profissional, capacidade de conhecimento, questões legais, perda da reputação, de emprego, julgamento, censura e manifestação de sentimentos, tais como: choque, desamparo, preocupação, depressão, culpa, vergonha, inadequação, raiva; referem dificuldade na concentração e, por vezes, distúrbios do sono. Relacionados aos sintomas físicos surgem a fadiga, ritmo cardíaco acelerado, elevação da pressão arterial, tensão muscular e respiração rápida. Foram citados estudos sobre a frequência e a repercussão dos EA/erros nos profissionais de saúde, incluindo desde a ideação até a consumação de suicídio; sobre as seis etapas percorridas pela segunda vítima no decorrer de sua recuperação, e a importância da comunicação clara e honesta do incidente para os pacientes/familiares, sugerindo pedido de desculpas, bem como a necessidade de assistir a segunda vítima, visando a manter sua identidade profissional. Os autores descreveram que dentre os mecanismos de apoio, o mais frequentemente citado e eficiente consiste no diálogo com colegas; mencionaram também a escrita expressiva, como um recurso de enfrentamento da situação. Abordaram modelos organizacionais aos profissionais de saúde, após a ocorrência de EA, apontando o da *University of Illinois Medical Center (UIC)*, em Chicago, que desenvolveu um programa que identifica a segunda vítima de EA e inicia investigação de causa raiz, e o do Hospital Universitário *Johns Hopkins* que propõe o trabalho de apoio por pares. Destacaram a presença do *Medically Induced Trauma Support Services - MITSS*, uma entidade com diversos programas sem fins lucrativos, que atende, tanto ao paciente como profissionais de saúde e da Universidade de Saúde do Missouri, que atua em três níveis de abordagem de apoio aos profissionais de saúde envolvidos em EA. Os autores recomendaram a revisão das matrizes curriculares dos cursos da área da saúde, no sentido de abordar a temática sobre erros/EA, fornecendo informações de como os EA ocorrem, como lidar com suas consequências e sobre a possibilidade do trabalhador tornar-se segunda vítima, dada sua vulnerabilidade profissional, especialmente, no início da carreira e diante da exposição a situações adversas no atendimento de pacientes em estado crítico. Alertaram para a importância de políticas institucionais e de enfermagem para estimularem a notificação dos EA. Enfatizaram ser necessário investigar as causas do evento indesejado, apurando as responsabilidades, sendo vital o apoio a segunda vítima e, para tanto, consideram essencial promover um ambiente amistoso e pautado na cultura justa. Concluíram o manuscrito, afirmando ser crucial para as organizações a implantação de um programa de apoio aos profissionais da saúde, planejado para atender as necessidades imediatas, em médio e longo prazos.

QUADRO 9 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 6

Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012;38(5):235-40.

INSTITUIÇÃO: N/A

TIPO DE MATERIAL: artigo de relato de experiência

OBJETIVO

Descrever o desenvolvimento de um *kit* de ferramentas destinado a subsidiar as organizações a promoverem apoio para as segundas vítimas.

MÉTODO

Este estudo relatou a experiência do desenvolvimento de um *kit* de ferramentas, que pode ser implementado em programas de apoio emocional para as segundas vítimas pelas organizações de saúde. Em janeiro de 2010, houve uma reunião com a participação de 14 especialistas na área de segurança do paciente, com vivência na assistência e no acompanhamento de situações críticas decorrentes de EA, dentre eles: profissionais de saúde, representantes de entidades de defesa de pacientes, gestores e pesquisadores. O material recuperado foi compartilhado e analisado. A partir da primeira, de três conferências realizadas nos meses de março, junho e setembro de 2010, foi estruturada uma ferramenta, passível de ser implantada em organizações de saúde, nas diferentes etapas de um programa de suporte emocional para as segundas vítimas. Assim, criaram as bases: Modular – que prevê a participação de várias áreas da instituição no estabelecimento de ações; Específica – na qual as ações devem ser executadas a fim de assegurar sucesso na implementação do programa de apoio e Referenciada - as ações aplicadas no programa de apoio devem seguir recomendações provenientes de embasamento científico, quando não houver, apontar uma experiência de sucesso. O conteúdo oriundo dessa atividade foi amplamente discutido entre os especialistas e após consenso o *kit* de ferramentas foi construído, contendo dez módulos: Cultura Interna de Segurança; Conscientização da Organização; Comitê Consultivo Multidisciplinar; Liderança; Considerações sobre Gerenciamento de Risco; Políticas, Procedimentos e Práticas; Bases operacionais; Capacitação de Equipe; Plano de Comunicação e Oportunidades de Aprendizagem e Melhoria. Além disso, foi desenvolvido um instrumento destinado a avaliar o preparo das organizações para implantação de um programa de apoio. Em dezembro de 2010, o documento que agrupou os módulos com as ações e referências foi divulgado no *website* do MITSS.

RESULTADOS

O resultado do desenvolvimento desta ferramenta mostrou que, após um ano de sua publicação, 6.261 pessoas visitaram o *website* e 725 efetuaram a cópia desse recurso. Verificou-se que, das 36 pessoas, que completaram o questionário de avaliação, 75% consideraram o *kit* como extremamente ou muito útil; 88,9% indicaram a ferramenta como de fácil navegação e 96,2% aprovaram o formato. Observou-se, ainda, que o uso do *kit* de ferramentas promoveu mudanças positivas em 62,5% das organizações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O propósito dos autores foi criar uma ferramenta para auxiliar na implementação de um programa institucional de apoio para a segunda vítima, entendendo a singularidade de cada pessoa, alertando para a necessidade de aprofundar a análise acerca das variáveis envolvidas nesse processo e lançar um novo olhar à cultura de segurança. Ressaltaram que, uma vez que os processos não são estáticos, as melhorias no *kit* de ferramentas poderão incutir nos usuários o senso de criticidade e a busca por literatura especializada, sendo sugeridos estudos para avaliar sua efetividade.

QUADRO 10 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 7

Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf.* 2012;21(4):267-70.

TIPO DE MATERIAL: editorial

CONTEÚDO DESCRITIVO

Neste editorial, os autores, com base em artigos publicados anteriormente, descreveram acerca do EA, expondo a preocupação global para uma assistência segura. Chamaram a atenção para ações destinadas a primeira vítima (paciente/família), bem como à necessidade de desenvolver uma cultura organizacional voltada ao reconhecimento dos erros. Mencionaram que algumas situações organizacionais e da prática assistencial contribuem para tornar os profissionais de saúde vulneráveis ao erro, como: a restrição financeira e a exigência de uma assistência com qualidade, que o processo de esclarecimento dos EA ocorre sem que haja atenção voltada para a segunda vítima. Abordaram emoções, sinais e sintomas que os profissionais de saúde experienciaram ao participar de um evento inesperado na assistência, como: vergonha, culpa, ansiedade, insegurança, tristeza, reviver o momento, distúrbio do sono, irritabilidade, depressão, luto, raiva, despersonalização, confusão, agitação, hiperexcitabilidade, distanciamento de situações associadas ao trauma, falta de memória e concentração. Muitas vezes, indicaram como desfechos do trauma o abandono da profissão e o suicídio. Explanaram acerca de programas de apoio aos profissionais de saúde na condição de segunda vítima como: o Programa *forYOU* (Universidade de Cuidados de Saúde do Missouri - EUA); o na Universidade de Illinois – EUA, que atuam de maneira integrada com os serviços de melhoria da qualidade, segurança do paciente e gerenciamento de risco, empregando a análise da causa raiz do EA na tentativa de identificar possíveis segundas vítimas; a Ferramenta “*Toolkit*”, desenvolvida pelo MITSS; e um programa piloto nominado *Second Victims Work Group*, implementado pelo Hospital *Johns Hopkins* - EUA. Sinalizaram para a importância das organizações instituírem políticas para abordagem de EA incluindo os familiares e os profissionais, assim como aos aspectos destinados à comunicação efetiva e ao conhecimento da legislação vigente. Salientaram ser necessário mudança de atitude frente ao profissional vitimizado por um evento inesperado, exercendo a empatia, antes de iniciar à investigação.

QUADRO 11 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 8

Hofeldt R, McCotter PI. Nurses as second victims: supporting our colleagues following an adverse event. *Wash Nurs Comm News.* 2012;6(2):14-5.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

Os autores explanaram, sucintamente, o conteúdo do livro “*Why Hospitals Should Fly: The Ultimate Flight Plan to Patient Safety and Quality Care*” realizando uma analogia com a assistência à saúde e discutiram a complexidade dos processos de trabalho e a possibilidade de ocorrência de incidentes graves. As instituições de saúde podem ser vistas como “empresas humanas”, onde a maioria dos erros é evitável, porém o resultado da falha não intencional no cuidado é algo do ser humano. Mencionaram o autor Donald Berwick, que cita “Um número reduzido de instituições de saúde é estruturado para assistir os profissionais de saúde envolvidos em EA, a maior parte, centraliza a atenção para o prejuízo causado ao paciente e familiares. Discorreram acerca de EA, apresentando o conceito de segunda vítima proposto por Susan Scott, pesquisadora na temática, cujos estudos vêm mostrando o crescente número de profissionais que experienciaram problemas pessoais no papel de segunda vítima, variando entre 14% e 30%, respectivamente, nos anos de 2007 e 2010. Os autores também expuseram a vulnerabilidade das enfermeiras que estão à frente da assistência, e que,

enfermeiros, médicos e farmacêuticos são os que mais relatam sobre experiências emocionais negativas no cuidado, e o medo em relação a punições disciplinares e legais. Ademais, citaram que uma minoria de enfermeiras recebe o apoio adequado nas organizações após um EA e exemplificaram como promissor o programa *forYOU*, que prevê acesso em tempo integral, atendimento individual e reservado, e uma equipe capacitada para atuar frente às necessidades dos profissionais de saúde. Ressaltaram que este programa estende suas ações junto aos familiares das segundas vítimas com esclarecimentos quanto ao fenômeno e aos gestores, oferece meios e instrumentos para atuarem com as segundas vítimas. Outra forma de apoio citada foi o MITSS, criado para fornecer auxílio na recuperação de pacientes, familiares e médicos acometidos de trauma após um EA. Esta organização/serviço, sem fins lucrativos, oferece por meio de seu *website* um *kit* de ferramentas para instrumentalizar as organizações na implementação de um programa de apoio para as segundas vítimas.

QUADRO 12 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DE ESTUDO 9

Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:678-87.

INSTITUIÇÃO: N/A

TIPO DE MATERIAL: artigo de revisão de literatura

OBJETIVO

Fornecer uma visão ampliada da literatura, descrevendo os cuidados e apoio para as segundas vítimas, tanto nos âmbitos individual como no institucional.

MÉTODO

Revisão de literatura realizada em três etapas: na primeira, buscou-se pelos descritores e palavras-chave em três bases de dados, no período entre agosto e setembro de 2010. A segunda etapa ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2010; os artigos foram selecionados, mediante critérios de inclusão e exclusão. Por fim, na terceira, houve a seleção dos artigos na temática de segunda vítima. As questões norteadoras da revisão foram: “Que tipo de apoio pode ser fornecido em âmbito individual?” Que apoio pode ser prestado em âmbito organizacional?”

RESULTADOS

Pela estratégia de busca, foram localizados 5.402 artigos; após serem aplicados os critérios de elegibilidade e avaliação de revisores, 31 artigos compuseram a amostra da revisão. Destes, 21 eram artigos de pesquisa, um editorial, um comentário, um *White Paper*, três estudos de revisão, um estudo de caso e três relatórios. Em resposta a primeira questão da pesquisa, os autores verificaram que o apoio emocional pode ser prestado por profissionais, independentemente, do nível hierárquico – colegas ou gerentes. Para a equipe médica, o apoio mais eficaz decorreu da compreensão do evento em discussões realizadas em grupo. Outros autores referenciados neste artigo relataram que professores de medicina e médicos recém-formados não se sentem confortáveis em falar com um colega de profissão de um erro que tenham cometido na assistência, justificado pelo medo do impacto sobre seu prestígio e credibilidade profissional e identificaram ser uma dolorosa atividade para essa categoria. Verificaram que o fato da segunda vítima se dispor a relatar o evento ocorrido, pode contribuir na prevenção e reduzir as emoções negativas ocasionadas pelo evento, trazendo benefícios na interação do profissional com o paciente. Outros autores mencionaram que o posicionamento e a abordagem do apoiador com a segunda vítima também auxiliam no aprimoramento dos processos de trabalho e evitam a reincidência do evento. Em outro estudo, os autores referiram ser valiosa a contribuição emocional para a segunda vítima, quando o apoiador tem alguma vivência de EA; outras estratégias consistem em reforçar positivamente as habilidades profissionais das segundas vítimas, valorizar seu talento junto à organização e construir um elo de confiança entre o apoiador e a segunda vítima. Estudos integrantes deste artigo recomendam que o apoio para a segunda vítima deve ser realizado o mais breve possível após o evento. As segundas vítimas citaram, em um dos estudos, que o apoio recebido de familiares, amigos e pares de trabalho

era mais eficiente do que o recebido de seus gestores. Autores sugerem maneiras de interagir com a segunda vítima, como conduzir a abordagem do EA e desenvolver a habilidade da escuta, sem críticas ou julgamentos. Em resposta a segunda questão, os autores desta revisão sugeriram que um programa de apoio eficaz para a segunda vítima seja estruturado permitindo gerenciar os EA e a reestruturação nos processos e ambiente de trabalho. Foi mencionado um estudo, no qual médicos relataram ter recebido apoio emocional adequado, após uma ocorrência indesejada. Outro documento trouxe a questão que uma organização que consegue estabelecer uma discussão positiva com os trabalhadores, pode minimizar o trauma dos EA. Alguns autores apontaram que aspectos relacionados à estrutura dos programas de apoio são essenciais e que estes deveriam atuar em tempo integral, contando com uma equipe de apoiadores disponível para assistir o profissional prontamente após o EA, entendendo, ainda, ser necessário considerar os direitos das segundas vítimas na construção das estratégias de apoio. Novamente, identificaram que o relato dos trabalhadores envolvidos em EA para um grupo de profissionais é um recurso benéfico que pode contribuir para o apoio emocional, assim como as reuniões destinadas à apresentação e discussão de índices assistenciais de morbidade e mortalidade. Estas reuniões também podem propiciar momentos de reflexão e estimular mudanças de comportamento. Ainda, independentemente, do enfoque formal ou informal dessas atividades é possível criar um ambiente favorável para que as segundas vítimas manifestem-se acerca de sentimentos e emoções vividos após a ocorrência de um evento indesejado. Outras estratégias foram consideradas para assistir a segunda vítima, o paciente e família, a saber: Escrita reflexiva, o programa *forYOU*, o MITSS, o *Critical Incident Stress Management* (CISM) e o *Critical Crisis Management Plan*, do *Institute for Healthcare Improvement* - IHI.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Para os autores, a cultura de segurança do paciente tem relação direta com o apoio que os profissionais de saúde recebem em suas organizações quando acometidos por EA/erros na assistência. Em razão do crescente interesse da temática sobre a segurança do paciente, a abordagem do apoio emocional para a segunda vítima também deve ser contemplada nos encontros profissionais (palestra, conferência, congresso), assim como os gestores, administradores e docentes precisam criar ações destinadas a apoiar as segundas vítimas e promover um ambiente favorável para uma cultura justa. Foram apresentados programas de apoio para a segunda vítima, salientando a importância dos colegas de trabalho e de profissão estarem próximos nessa situação. Mencionaram ser crucial envolver os trabalhadores no processo de aprimoramento, entendendo que um programa de apoio completo é aquele que se preocupa com o paciente, com o profissional de saúde, com as técnicas de abordagem e com a divulgação do evento na organização, visando a aprimorar a cultura de segurança do paciente. Finalizam, ressaltando que os programas de apoio devem contemplar medidas para as segundas vítimas em curto, médio e longo prazos.

QUADRO 13 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DE ESTUDO 10

Kaltman SI, Ragan M, Borges O. Managing the untoward anesthetic event in an oral and maxillofacial surgery practice. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2013;25(3):515-27.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

Neste manuscrito, os autores evidenciam o fato de que médicos experientes podem cometer erros assistenciais, o que não significa ser um ato de negligência, reiteram que a medicina é baseada em evidências científicas, porém, na vigência de um erro não existem recomendações para conduzir a situação. Nesse contexto, apresentam o panorama que envolve diferentes aspectos do processo de erro/EA de médicos anestesistas, como: a certificação médica para administração de anestesia e sedação, protocolo de resposta à emergência médica, documentação clínica, consentimento informado, serviço de emergência médica, departamento de emergência médica, relato do EA anestésico junto ao responsável do seguro profissional, ao conselho de defesa e procedimentos pós-EA anestésico às agências reguladoras do Estado e aos pacientes. Outrossim, indagam: O profissional deveria buscar conselho pessoal? Quando é adequado o pedido de desculpas para o

paciente e/ou família? Como a segunda vítima continuará desenvolvendo suas atividades profissionais? Ressaltam que, por vezes, enfrentar as consequências de um EA pode levar tempo, citam o estudo de Scott et al. (2009), que apresenta a trajetória de recuperação natural da segunda vítima após o evento inesperado. Os autores também mencionam o MITSS, como um programa de apoio aos médicos e salientam que, embora algumas instituições estejam implementando estratégias para abordagem dos erros com transparência junto aos pacientes e familiares, alguns estagiários de medicina, ainda, omitem a ocorrência desses eventos, e os docentes não apresentam habilidades para orientar os novos profissionais de como deve ser o diálogo sobre o erro, associado ao pedido de desculpas. Citam uma investigação desenvolvida, entre os anos 2007 e 2008, para avaliar vivências, atitudes e percepções sobre o erro, capacidade de comunicação e divulgação do erro ao paciente foi concluída, envolvendo 154 estudantes de medicina/residentes e 75 docentes médicos. O estudo revelou que 62% dos alunos e 88% dos docentes cometeram erro na assistência; em relação ao pedido de desculpas, 62% dos alunos/residentes e 78% dos educadores não formalizaram pedido de desculpas; 66% dos alunos/residentes referiram que na vigência de um erro pediriam ajuda aos médicos mais experientes; e 26% não sabiam a quem iriam pedir ajuda; e 20% dos estudantes/residentes e 21% dos docentes informaram ter recebido capacitação para lidar com os erros. Os autores citam outro estudo que apresentou 82,4% das respostas emocionais relatadas após um EA, dentre as mais prevalentes, estavam a frustração (48,3%), o constrangimento (31,5%), a raiva (12,6%) e a culpa (10,1%); 62,8% dos respondentes recorreram ao menos a uma estratégia de enfrentamento e dentre estas, 52% das segundas vítimas utilizaram como recurso a conversa sobre o incidente com outra pessoa. Os autores indagam sobre a ambiguidade que ocorre nas organizações que, no desejo de implementar ações para a melhoria da qualidade da assistência, omitem a abordagem do EA junto a pacientes e familiares por medo de processos judiciais, desse modo, obstaculizam a possibilidade de aprendizado a partir dos erros e oportunizam sua recorrência. A explicitação (transparência) das situações, envolvendo o EA/erro, como forma de enfrentamento e aprendizagem também foi reportada; porém admitir o erro, ainda, provoca medo em relação à reputação profissional e aos processos legais. Os autores chamam a atenção para o fato de que os erros podem ocorrer sem que haja intenção ou desvio do padrão de qualidade, por isso, não deve figurar omissão e que, ainda, são tímidas as iniciativas para instituir programas de apoio para as segundas vítimas. Além disso, consideram imprescindível, na vigência do erro, acompanhar todos os envolvidos ao longo de todo processo.

QUADRO 14 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 11

Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB. Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *J Nurs Care Qual.* 2013;28(2):153-61.

INSTITUIÇÃO: N/A

TIPO DE MATERIAL: artigo de revisão integrativa

OBJETIVO

Analisar o conhecimento produzido acerca das implicações de EA para enfermeiros.

MÉTODO

O estudo seguiu as prerrogativas para uma revisão integrativa de literatura.

RESULTADOS

A presente revisão identificou 21 artigos, que foram agrupados em relação ao envolvimento dos enfermeiros junto aos EA. Quanto à unidade de trabalho, os autores encontraram 11 artigos nesta temática, abordando as características do trabalho da enfermagem, o ambiente de trabalho, a repercussão do ambiente de cultura punitiva junto a enfermeiros e o papel do gerente de enfermagem, após a ocorrência de EA. Em relação aos aspectos do trabalho do enfermeiro, identificaram três artigos que relatavam o tempo de experiência profissional para incorrer no erro, como reagir a ele e utilizar a experiência de um EA para a melhoria dos processos assistenciais. No que tange às intervenções, 11 artigos recomendavam expor a ocorrência aos pacientes, entendendo como direito destes e como princípio da profissão - enfermeiro. Os enfermeiros perceberam alívio

quando o erro foi revelado e inversão de sentimentos quando isso não ocorreu. Neste tópico outra abordagem foi relacionada ao apoio disponível para o profissional, 15 artigos apontaram para a importância do acesso ao apoio formal ou informal, provenientes ou não da instituição. Quanto às implicações relativas à experiência de cometer um EA/erro, estas foram agrupadas pelos autores em quatro categorias: “Esgotamento” mostrando a relação existente entre a excessiva carga emocional, comportamental e pessoal e a baixa estima presente junto ao trabalhador de saúde no papel de segunda vítima; “Sofrimento moral”, devido as incertezas de seu papel e capacidade como profissional; “Intenção de deixar a profissão”, que a maioria dos estudos mostrou, a disposição dos enfermeiros abandonarem a profissão após um EA e “Mudança construtiva”, referindo-se às mudanças benéficas que o trauma do EA promoveu junto aos enfermeiros, tornando-os profissionais mais atentos e defensores da segurança do paciente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O estudo reuniu e analisou pesquisas envolvendo enfermeiros acometidos por EA/erro e os autores consideraram essencial revelar a situação ao paciente/família, assim como prestar o devido apoio aos profissionais. Acreditam que os achados subsidiarão debates e a implementação de ações que expressem apoio formal e informal aos enfermeiros no papel de segunda vítima.

QUADRO 15 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 12

Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Trauma Fund MAPFRE. 2013;24(1):54-60.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Consensuar recomendações com especialistas para mitigar os efeitos de EA nas segundas vítimas.

MÉTODO

Investigação qualitativa, exploratório-descritiva, contando com a participação de 28 profissionais, provenientes de 11 hospitais, três meios de comunicação, três gabinetes jurídicos, duas universidades e especialistas das Comunidades Autônomas e da *Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. A seleção ocorreu mediante a técnica bola de neve. Os dados foram coletados de forma individual e em grupo. A sessão grupal foi gravada e os participantes foram divididos em três grupos: o primeiro, discutiu aspectos relativos ao trabalhador, como o impacto profissional e familiar das segundas vítimas e medidas de reintegração profissional, questões relativas aos pacientes (primeira vítima), como ao conteúdo das informações, forma de transmissão e qual o momento ideal de informar. O segundo examinou medidas legais que devem ser realizadas pelos serviços de saúde e pelos profissionais acometidos por um EA. Ao terceiro grupo foi solicitado propor recomendações para lidar com as situações de crise, possibilitando o resguardo da reputação do serviço de saúde e criar padrões de boas práticas para a comunicação do EA. O conteúdo gravado foi registrado, as medidas propostas foram discutidas e listadas em ordem de prioridade, analisadas, empregando-se o coeficiente de variação, para verificar o grau de concordância entre os especialistas.

RESULTADOS

Os achados do primeiro grupo apontaram para a necessidade de desenvolver profissionais com habilidades em comunicação. Relacionado ao segundo, os participantes indicaram que os serviços de saúde deveriam fornecer apoio ao profissional na esfera jurídica, sem julgamentos e exposição pública do trabalhador e quando, necessário, envolver a seguradora, expondo possíveis responsabilidades das instituições. O terceiro grupo teceu recomendações preconizando que a instituição assuma sua parcela de responsabilidade por ocasião do evento, designe a atividade de informação a um profissional com domínio técnico-administrativo, de modo a relatar os fatos com transparência e garantir a privacidade dos envolvidos. Da análise das respostas, surgiram dez

recomendações para apoiar a segunda vítima nominada Decálogo, a saber: 1. Agir com honestidade e transparência, reparando o dano e informando o que aconteceu e as medidas para evitar sua repetição; 2. Atuar com prudência, evitando juízos de valor e fornecendo dados; 3. Analisar as informações antes de informar à mídia; 4. Buscar a opinião de especialistas para tornar os fatos mais compreensíveis; 5. Transmitir as informações com objetividade; 6. Alcançar o máximo respeito pelo profissional envolvido; 7. Evitar o sensacionalismo, procurando interlocutores de mídia especializada em saúde; 8. Não contribuir para a criação de estereótipos ambíguos de profissionais de saúde; 9. Transmitir que a instituição tenha entre seus objetivos a busca do melhor para o paciente; 10. Garantir o direito à privacidade, especialmente, quando as notícias incorporarem imagens.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O presente estudo apresentou recomendações de boas práticas para mitigar os efeitos dos EA junto as segundas vítimas sob a ótica de especialistas da Espanha, assemelhando-se a opiniões de especialistas em âmbito mundial. Os autores ressaltaram que a responsabilidade em divulgar um EA traz benefícios ao paciente/família e ao profissional, chamando a atenção para a veracidade das informações. .

QUADRO 16 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 13

Ullström S, Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):325-31.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Analisar como organizações suecas abordam o impacto emocional de profissionais de saúde envolvidos em EA e como desenvolvem estratégias de apoio.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, realizada em um hospital universitário, com 21 profissionais de saúde envolvidos em EA notificados ao *National Board of Health and Welfare* (NBHW), empregando-se um roteiro para realização de entrevista semiestruturada, com base em Scott et al., 2009, adaptado para o contexto sueco. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2011. Em um primeiro momento, foi elaborada uma relação dos profissionais implicados em EA grave, nos anos de 2009 e 2010; 133 profissionais foram convidados a participar da investigação. As entrevistas foram realizadas considerando, no mínimo, um ano após a ocorrência do evento. A primeira questão norteadora buscou apreender o impacto emocional causado pelo EA, seguida de outras questões acerca do bem-estar pessoal, ambiente de trabalho, relação com colegas e a apoio organizacional. As entrevistas duraram entre 60 e 90 minutos. Foram transcritas e analisadas, mediante a técnica de análise de conteúdo, empregando-se *software* QSR NVivo, emergindo os temas e subtemas.

RESULTADOS

Dos 21 participantes, 18 permaneciam trabalhando na instituição, após a ocorrência do EA. Em relação à categorização dos profissionais, nove eram enfermeiros, dez médicos e dois profissionais de outra categoria na área da saúde; quanto ao tempo de experiência nove encontravam-se entre 21 e 30 anos, sete na faixa entre 11 e 20 anos e cinco entre 5 e 10 anos. Referente ao tipo de EA envolvendo estes profissionais, verificou-se o erro de medicação (n=8), de diagnósticos (n=4), por ocasião de procedimentos invasivos/cirurgias (n=3) e outros (n=5). Relacionado ao dano para os pacientes foram identificados: mortes (n=6), lesão permanente (n=2), danos menores (n=9), nenhum dano, porém, interpretados como um fator de risco (n=2), ofensa (n=1) e ausência de informação (n=1). No que tange aos temas e subtemas, estes foram agrupados em três categorias: Aspectos emocionais, marcados pela insegurança no desempenho profissional, autoconfiança prejudicada e prolongado tempo de sofrimento após o EA; Apoio organizacional, os participantes manifestaram a necessidade de falar sobre o ocorrido com detalhes, entender e aprender com a ocorrência inesperada. Ainda nesta categoria, pontuaram a importância e o tipo de apoio recebido. O principal

apoio emocional recebido foi o de colegas e/ou familiares, reconheceram como fundamentais a compaixão de colegas, a empatia e expressaram a sensação de alívio, por não terem sido julgados pelo ocorrido, manifestaram insatisfação com o empregador, inexistência de estrutura e dinâmica para apoiar os profissionais e trabalhar o EA de forma sistematizada e processo de investigação; nesta categoria, os participantes mencionaram desconhecimento acerca do andamento do processo da investigação sobre EA, e a falta de compreensão do regimento nacional para a notificação de EA na Suécia.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os autores destacaram a importância de se desenvolver um clima organizacional capaz de conduzir as distintas dimensões que envolvem os EA. Consideram que os profissionais munidos de apoio, junto a processos bem delineados, podem retomar as atividades e superar o sofrimento após a ocorrência do EA. Recomendaram que os gestores hospitalares e as agências reguladoras estabeleçam ambiente propício para que as segundas vítimas compartilhem suas experiências, permitindo, assim, maior conscientização entre os profissionais e indicam o desenvolvimento de futuras investigações destinadas a avaliar, como programas de apoio estruturados podem acolher e assistir a segunda vítima.

QUADRO 17 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 14

Van Gerven E, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Federico F et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their work force. *Pol Arch Med Wewn.* 2014; 124(6): 313-20.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Avaliar a prevalência e o conteúdo dos sistemas de suporte no âmbito organizacional para profissionais de saúde envolvidos em um EA.

MÉTODO

Pesquisa quantitativa, descritiva. Buscou-se verificar a existência de programas de apoio para as segundas vítimas, a função da primeira pessoa que atende esses profissionais e também realizar avaliação de conteúdo dos protocolos de apoio para a segunda vítima, seguindo as recomendações do “*White Paper*”, do *Institute for Healthcare Improvement* - IHI e o modelo proposto por Scott (2010). Foram convidados a participar da pesquisa todos os hospitais da Bélgica, cujo idioma falado era o holandês. A investigação iniciou com as participações do diretor executivo, diretor médico e diretor de enfermagem, realizando-se uma introdução da temática segunda vítima e, em seguida, foram apresentadas as seguintes questões: “Você tem um plano sistemático para cuidar da segunda vítima? e Quem na sua organização é a principal pessoa de contato para as segundas vítimas?” Àqueles que responderam possuir um plano foi enviado um roteiro, baseado em cinco itens adaptados do tópico “Prioridade 1: O Paciente e a Família”, do suplemento do IHI (2011), a saber: “a) Existe um contato organizacional 24 horas por dia e em todos os dias da semana, para profissionais de saúde envolvidos no evento?; b) Avalia-se a segurança pessoal dos profissionais de saúde por ocasião do EA? c) O que estamos ouvindo dos profissionais?; d) A organização expressou empatia e demonstrou transparência para conduzir o processo em relação ao EA? e e) Os profissionais de saúde envolvidos foram convidados a participar da análise da causa-raiz?”. O modelo proposto por Scott (2010) também integrou o roteiro cujo conteúdo envolveu os temas: “a) Criar conscientização e educação sobre o fenômeno da segunda vítima (o primeiro passo para promover o diálogo aberto); b) Primeiros socorros” (apoio imediato de colegas ou supervisor de dentro do departamento/unidade, perguntando “Como você está?”, seguido de apoio colegiado); c) Apoio dos pares capacitados e de outros recursos internos; d) Encaminhamento para aconselhamento; e) Reuniões mensais para os pares apoiadores partilharem as melhores práticas e reverem intervenções recentes de casos”. Cada hospital participante respondeu às questões, que foram analisadas por dois pesquisadores independentes, para verificar o índice de concordância, com pontuações específicas para os itens. Os dados foram processados e apresentados, individualmente, às organizações.

RESULTADOS

Os achados do estudo revelaram que 60% atenderam ao requisito inicial da pesquisa, sendo 46,7% hospitais gerais e 73,3% hospitais psiquiátricos, que forneceram seus protocolos de apoio para análise. Metade das organizações possui um protocolo formal de apoio para as segundas vítimas (50,8%) porém, 44,1% dos entrevistados referiram ser mais oportuno receber auxílio imediato após um EA de um grupo constituído por profissionais de diferentes categorias e 11,9% dos respondentes não souberam dizer quem seria a pessoa de contato em sua organização. A análise de conteúdo mostrou que os protocolos não seguem integralmente recomendações de organizações internacionais especializadas na temática. As instituições de saúde precisam reestruturar seus protocolos para implementar ações efetivas no processo de apoio para a segunda vítima, permitir visibilidade do serviço de apoio em toda organização e disponibilizar o acesso junto ao serviço de apoio, imediatamente, após o EA. Desta forma, será possível prevenir as consequências negativas desse fenômeno e, ao mesmo tempo, trabalhar em prol da segurança do paciente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os autores sugeriram a realização de futuras pesquisas que apresentem o apoio para a segunda vítima; explorando diferentes tipos de abordagem e categorias de apoio a esses profissionais, que busquem compreender, integralmente, o fenômeno de segunda vítima.

QUADRO 18 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 15

MacLeod L. "Second victim" casualties and how physician leaders can help. *Physician Exec.* 2014; 40(1):8-12.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

O documento descreve o programa de apoio *Peer Support* do *Center for Professionalism & Peer Support – CPPS*, do *Brigham and Women's Hospital (BWH)*, em Boston, que associado à *Harvard Medical School* desenvolve atividades destinadas a médicos para apoio profissional. No referido programa, um grupo de médicos de diferentes especialidades é capacitado para apoiar os colegas de profissão em razão de um evento inesperado ou qualquer outra necessidade. Outro programa mencionado foi o "*forYOU Team*", da Universidade do Missouri, estruturado por uma equipe multidisciplinar, no qual profissionais capacitados apoiam os trabalhadores de saúde em momentos de crise, na vigência de um evento indesejado, no gerenciamento do estresse, nas mortes em unidades pediátricas ou qualquer situação de difícil manejo do estresse. O autor considerou ser o médico o profissional mais habilitado para ocupar o cargo de líder na conquista para a implementação de um programa de apoio, por conhecer profundamente os efeitos que um EA pode causar no estado físico e emocional das segundas vítimas. Concluiu citando que, embora os programas não possam atender, em sua totalidade, a ocorrência de EA e as necessidades dos médicos, são fundamentais o exercício da empatia e o fortalecimento da dignidade profissional.

QUADRO 19 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 16

Strobl J, Panesar SS, Carson-Stevens A, McIlldowie B, Ward H, Cross H et al. Suicide by clinicians involved in serious incidents in the NHS: a situational analysis [final report]. Salford: Royal NHS Foundation Trust Clinical Leaders Network; 2014.

INSTITUIÇÃO: Fundação

TIPO DE MATERIAL: relatório

OBJETIVO

Estimar a magnitude dos suicídios de médicos envolvidos em incidentes graves e sob investigação na Inglaterra e no País de Gales; descrever a base de conhecimento existente que pode contribuir na prevenção de suicídios; relatar as políticas e práticas existentes destinadas à prevenção desses eventos e aprimorar o conceito de “*Never Event*” junto à liderança médica, propor um plano para testar e implementar o “*Never Event*”, incluindo medidas de sucesso.

MÉTODO

O presente estudo surgiu a partir do registro de 92 suicídios de médicos em processo de investigação relacionado a erro assistencial, no decorrer de 8 anos. O relatório baseou-se em uma pesquisa de métodos mistos, com estratégia sequencial exploratória, conduzida pelo *National Health Service* - NHS, da Inglaterra. Contou com a participação de órgãos reguladores das profissões da Inglaterra, empregadores do NHS e equipes de área local (equipes compostas por serviços comunitários, tais como; unidades básicas de saúde, serviços de odontologia, farmácia e alguns serviços de oftalmologia) do NHS de uma região da Inglaterra. Os dados foram coletados com base na aplicação de questionários, revisão de literatura, revisão de documentos de políticas nacionais e revisão de escopo de fontes disponíveis. O material foi analisado no intuito de verificar e avaliar a existência de programas de apoio para as segundas vítimas – médico e enfermeiro que, na vigência de um EA, cometeram suicídio. O relatório citou os programas de apoio, como forma de amparar os profissionais de saúde e evitar a situação irreversível – suicídio.

RESULTADOS

Os achados do estudo mostraram que, das 36 Instituições do NHS convidadas, 19 participaram (53% de taxa de resposta), dos nove órgãos reguladores da profissão, quatro retornaram os questionários preenchidos, todos as quatro (100%) equipes de área local do NHS preencheram os questionários. A revisão de literatura não apontou elementos acerca da relação de suicídios em profissionais da saúde, como desfechos de EA, porém mostrou outros danos. A busca revelou que os EA podem acarretar prejuízos aos profissionais, tais como: medo, culpa, vergonha, insegurança, remorso, depressão, desejo de fazer reparação, hipervigilância, distúrbio do sono, frustração, perda do emprego/da renda/do respeito profissional e da confiança, medo de voltar ao trabalho, autodestruição e desejo de abandonar a profissão e pensamento suicida. Em relação às estratégias de suporte, os autores com base na revisão dos documentos e de escopo apresentam estratégias de apoio individual e institucional que evitam danos aos médicos na condição de segundas vítimas. Citam estudos que justificam a prática de revelação dos erros como forma eficaz de apoio, porém, ainda, há resistência por parte da equipe médica em abordar o erro, mesmo quando são reconhecidos os aspectos emocionais e preventivos decorrentes dessa atitude. No âmbito organizacional, os autores referiram estudo que remete à adoção de estratégias a depender da cultura de segurança da organização e apresentam os modelos de apoio emocional em três níveis de Scott et al. 2010, o MITSS e o *Clinical Crisis Management Plan*, do IHI. Além disso, no Apêndice do presente relatório foram relacionadas 28 organizações nos âmbitos local e nacional, e os tipos de apoio que estas oferecem as segundas vítimas, representados por serviços de apoio emocional geral (n=19), de psicoterapia, aconselhamento individual ou em grupo, aconselhamento médico-jurídico, educacional, assessoria financeira, dentre outros. Destaca-se que a maior parte das solicitações de apoio são realizadas por meio de contato telefônico; e, 15 delas recebem atendimento por seus pares e, em outras 17, por outros profissionais. Também expuseram os documentos nacionais de política que proporcionam apoio às equipes após eventos indesejáveis, ou profissionais que estão em processo de investigação - *Health and Safety Executive*, *NHS Litigation Authority*, *NHS Commissioning Board*, *National Patient Safety Agency*. Indicaram outras organizações destinadas a apoiar as segundas vítimas no que tange ao enfrentamento do estresse, como a *Health and Safety Executive* e *Royal College of Nursing*. Quanto à política institucional, 89% das organizações afirmaram a existência de diretrizes para apoiar os profissionais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os autores apontam dificuldades na identificação de suicídios relacionados a processos de investigação de erros/EA na assistência; ressaltam a importância em se conhecer o impacto dos EA em se tratando da segurança do paciente e apresentam, com base nos achados, uma diversidade de possibilidades de apoio para as segundas vítimas. No entanto, verificam escassez de evidências acerca dos benefícios das medidas de apoio; assim, recomendam às organizações o desenvolvimento de políticas e mecanismos de acompanhamento no curso de investigação sobre EA/erro.

QUADRO 20 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 17

Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo, J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *Am J Health Syst Pharm*. 2015; 72:563-7.

TIPO DE MATERIAL: artigo de estudo de caso

CONTEÚDO DESCRITIVO

Trata-se de um estudo de caso que narra a trajetória do departamento de farmácia, do *Nationwide Children's Hospital*, nos EUA, para desenvolver programa próprio de apoio para a segunda vítima. O programa foi elaborado em julho de 2013, surgiu de um projeto iniciado da farmácia para reduzir a zero os danos evitáveis na organização decorrentes de erro de medicação. Em um primeiro momento, foi realizada uma pesquisa interna na unidade para localizar a presença de segundas vítimas em função de cometerem erros de medicação, entendendo o erro, como qualquer evento relacionado à medicação, não importando se esse foi consumado, causou ou não dano ou se foi detectado antes que chegasse ao paciente. A seguir, foi desenvolvido em parceria com a *University of Missouri Health Care System* (MUHC), um projeto piloto intitulado “*YOU Matter*”. As bases desse projeto consistiram no atendimento da segunda vítima, bem como delegar aos líderes do serviço de farmácia a responsabilidade de identificar profissionais com relacionamento interpessoal positivo com os pares e membros da equipe multidisciplinar, com postura confiante e de empatia para comporem a equipe de apoiadores. Somado a isso, um *website* foi criado para apoiar os integrantes da equipe de apoio chamado “*Second Victim*” *SharePoint*, com acesso restrito aos integrantes do grupo de apoio, com as seguintes finalidades: possibilitar a troca de experiência entre os integrantes, permitir o registro detalhado das conversas entre o apoiador e a segunda vítima de forma sigilosa e confidencial, divulgar material de *marketing*, apresentar as datas, as atas de reuniões e o cronograma de atividades, disponibilizar literatura acerca do fenômeno de segunda vítima e o contato de pessoas-chave do programa. Um amplo trabalho de conscientização e capacitação sobre o fenômeno de segunda vítima foi iniciado junto ao “*YOU Matter*”, envolvendo os achados da literatura como o Modelo Intervencionista de Três Níveis (Scott et al., 2010) para o apoio da segunda vítima, a trajetória de recuperação das segundas vítimas, histórias pessoais de membros do grupo central, estrutura de escalonamento de intervenção do hospital objeto do estudo, orientação do *site* do “*Second Victim*” *SharePoint*, recomendações de autocuidado, informações de como abordar uma segunda vítima, como fazer encaminhamentos ao programa de apoio, considerações legais aos colegas e a importância da confidencialidade em relação a segunda vítima. Além da capacitação didática citada, foram construídos estudos de caso, para trabalho em grupo. Após 5 meses de implementação do projeto piloto, foi realizada uma avaliação do programa, mostrando que 85% dos trabalhadores da farmácia sentiram que o serviço havia se beneficiado com o programa; três indivíduos utilizaram o programa por pares após um EA, 11 profissionais encaminharam um colega de trabalho a um apoiador no *website* “*Second Victim*” *SharePoint* e um trabalhador necessitou de uma intervenção nível três, sendo encaminhado a um psicólogo clínico. Além disso, o teste pré-implementação do programa, revelou que alguns participantes enfrentaram sozinhos as questões emocionais relativas ao EA. Os autores referiram a importância de continuar a avaliação do programa, a fim de verificar sua eficácia e capacitar novos trabalhadores para atuarem ao menos no Nível 1.

QUADRO 21 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 18

Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15: 151-9.

INSTITUIÇÃO: Hospital e Centro de Atenção Primária

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Avaliar as repercussões nos âmbitos pessoal e profissional que os EA causam para a segunda vítima atuantes em centros de atenção primária e hospitais na Espanha.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, empregando um questionário, distribuído via *on-line*. Participaram do estudo médicos e enfermeiros, de hospitais e centros de atenção primária (CAP), selecionados, aleatoriamente, entre maio e junho de 2014. O questionário foi construído, mediante revisão de literatura, considerando os pesquisadores na temática segunda vítima e estudos realizados na Espanha, América do Norte e Noruega, envolvendo questões relativas a três dimensões: efeito da cultura de segurança nos profissionais da saúde; experiência direta ou indireta da comunicação do erro com os pacientes, sua recorrência e problemas enfrentados nos âmbitos pessoal/trabalho e tipo de apoio recebido. Os participantes receberam a carta convite, mencionando o propósito do estudo e como proceder no preenchimento do instrumento. Para a análise dos dados, foi empregada a estatística descritiva e inferencial com testes específicos: Qui-quadrado, o teste *t* de Student e regressão logística para comparar os grupos de trabalhadores de hospitais e atenção primária. Foi adotado o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Do total de questionários enviados, houve o retorno de 1.087 (40,6%), sendo 610 (56%) dos profissionais atuantes em centros de atenção primária (CAP) e 477 (44%) em hospitais. A maioria possuía experiência profissional superior a 3 anos. O estudo revelou que enfermeiros e médicos que trabalhavam nos CAP receberam menos capacitação para comunicar aos pacientes sobre a ocorrência de EA. Quando comparados aos dos hospitais; 86,3% relataram presenciar um incidente de segurança nos 5 anos anteriores ao estudo e 57,8% participantes mencionaram alguma implicação em EA. Relacionado à cultura de segurança do paciente, os enfermeiros que atuavam em hospital tiveram pontuação mais elevada que os médicos nos CAP. Em relação à comunicação acerca dos EA, 46,7% dos médicos dos CAP e 63,6% dos que trabalhavam em hospitais citaram ter divulgado o EA. Quanto à experiência de comunicação aberta, os enfermeiros do sexo feminino, com idade inferior a 50 anos, atuantes em CAP demonstraram maior propensão a essa atitude, refletindo uma cultura de segurança fortalecida. No que tange à experiência na condição de segunda vítima, 62,5% dos profissionais dos CAP e 72,5% dos hospitais viveram o fenômeno, direta ou indiretamente, nos 5 anos precedentes. O estudo demonstrou que 13,4% das segundas vítimas dos hospitais receberam atendimento psicológico; 46,5% apoio emocional no próprio departamento ou unidade e a proporção de enfermeiros no papel de apoiadores para as segundas vítimas foi maior que a de médicos. Relacionados aos desfechos, ambos os grupos mencionaram a necessidade de pausa no trabalho após o incidente, sendo essa observação predominante no grupo de médicos da atenção primária. Outras medidas foram apontadas como a transferência de departamento ou unidade; percentual maior de enfermeiros atuantes em hospitais 25,1%, e deixar a profissão, no grupo de médicos dos CAP. Concernente às questões emocionais e físicas decorrentes de EA, foram explicitadas: culpa (58,8%), ansiedade (49,6%), reviver o evento constantemente (42,2%), cansaço (39,4%), insônia (38%), insegurança em desempenhar as atividades corretamente (32,8%), tontura, confusão e dificuldade de concentração no trabalho (29,9%). Cabe pontuar que essas reações foram mais frequentes na categoria médica e no sexo feminino. As consequências profissionais também foram citadas, dentre elas: receio quanto a implicações legais, dano na reputação profissional, dificuldade em revelar o erro ao paciente e comunicar o evento aos gestores.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O estudo constatou que seis em cada dez profissionais de saúde na Espanha, experienciam um EA com repercussão profissional; as segundas vítimas manifestaram, dentre outros, sentimentos, a culpa e ansiedade, além disso, apresentaram dúvidas em relação à comunicação do EA aos pacientes, colegas e gerentes, sentiram medo das consequências legais e preocupações com a perda do trabalho. Em relação às consequências negativas do EA, houve maior tensão entre os médicos. Os enfermeiros mostraram-se mais solidários no apoio às segundas vítimas no local de trabalho. Os profissionais de saúde deste estudo denotaram despreparo para tratar o fenômeno de segunda vítima, dada a falta de capacitação e preparo para técnicas de enfrentamento.

QUADRO 22 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 19

Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth*. 2015; 24:54-63.

INSTITUIÇÃO: N/A

TIPO DE MATERIAL: artigo de revisão de literatura

OBJETIVO

Explicar acerca do cenário da segunda vítima entre anestesiológista, abordando aspectos da resposta emocional ao EA, estágios de resposta ao erro, incidência e fatores de risco, cuidado das necessidades emocionais, impacto emocional e qualidade do cuidado prestado.

MÉTODO

Estudo de revisão de literatura.

RESULTADOS

Apresentação de um EA que culminou na morte do paciente. O profissional anestesiológista (um dos autores), detalhadamente, sua vivência e toda sua trajetória, desde o incidente até sua recuperação, perpassando pelo relato das emoções e reflexões sobre a profissão e as questões ético-legais, enaltecendo a importância do diálogo com colegas e familiares. A seguir, os autores trouxeram a revisão de literatura, baseada em estudos explicitando a ocorrência de EA na assistência à saúde e a similaridade das pesquisas, abordando os aspectos emocionais em diferentes categorias de profissional da saúde. Frente aos achados da literatura, inferiram que há uma relação direta entre o impacto emocional que acomete os profissionais e a gravidade do evento e destacaram as situações, nas quais os enfermeiros manifestam diferentes emoções ao cometerem erros de medicação. Um dos estudos da revisão indicou que os sentimentos de agonia, luto, culpa e pânico podem conduzir os profissionais ao silêncio e ao isolamento e apontou que conversar com uma pessoa de confiança e revelar o erro ao paciente/família constituíram-se estratégias de enfrentamento. Outro estudo descreveu que enfermeiros envolvidos em erros de medicação demonstraram sinais e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (choque, pânico e pavor), assim como vergonha e sensação de ter traído a confiança dos pacientes. Integram a revisão, pesquisas destinadas a classificar o impacto dos EA em categorias, a saber: reações emocionais; desempenho profissional, autoconfiança e duração do impacto; grande parte dos médicos referiu sentimentos de tristeza, culpa, ansiedade, vergonha, frustração, lembranças recorrentes do evento, levando a distúrbio do sono e perda da confiança. Também reportaram sentimentos de isolamento e solidão após um EA, como uma característica da profissão. Estudo realizado junto a médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde mostrou que, mesmo após 1 ano do EA, os sintomas físicos e psicossociais, como fadiga extrema, distúrbios do sono, alteração dos sinais vitais (aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória), tensão muscular e sintomas psicossociais, como frustração, diminuição da satisfação profissional, raiva, tristeza intensa, dificuldade de concentração, lembranças do EA, perda de confiança, luto, remorso, depressão, memórias intrusivas, insegurança, ansiedade em retornar ao trabalho, pensar em outra profissão, esquivar-se do cuidado, medo de danos à reputação estão presentes no dia a dia do profissional. Outro estudo realizado com a participação de anestesistas expôs os sentimentos de culpa, ansiedade, insônia, depressão, medo do litígio e julgamento por parte de colegas, raiva ao reviver o fato, tendo como desfechos principais o uso de drogas lícitas ou ilícitas, ausência prolongada do trabalho, intenção de deixar a profissão e aposentadoria. Também foram listadas reações emocionais junto aos profissionais imediatamente a um EA, como ansiedade, medo, medo relacionado à habilidade de realizar seu trabalho, depressão, vergonha, desatenção e senso de responsabilidade. Pesquisa desenvolvida com membros da *American College of Surgeons* revelou que 6,3% dos médicos tiveram ideação suicida no primeiro ano após o evento, dentre outras repercussões do EA, surgiram a ausência prolongada do trabalho e a aposentadoria. Relacionado à incidência, os autores recuperaram estudos, demonstrando que entre 30% e 50% dos médicos estiveram envolvidos no último ano pesquisado e cerca de 20% de médicos anestesistas não se recuperaram, totalmente, das consequências advindas de EA que culminou em morte materna. Ademais, o presente artigo relacionou as fases de recuperação percorridas pelas segundas vítimas, após um evento inesperado: instituição do caos e busca por resposta; reflexões intrusivas; restaurando a integridade pessoal; suportando a inquisição; obtenção dos primeiros socorros emocionais e, seguir em frente, pautadas em Scott et al. (2009), e adaptou estas fases para:

a) Insegurança/Fracasso, b) A vida fora do controle, c) Recuperação e d) Impacto a longo prazo. No que diz respeito ao apoio, foram encontrados estudos citando que, entre 25% e 35% dos profissionais, obtiveram apoio emocional após um EA. Um estudo com anestesistas com ideia suicida concluiu que, dentre os que cometeram o suicídio, 26% receberam apoio formal. Embora alguns médicos relatem alívio após uma conversa formal sobre o EA, não se pode esquecer que falar sobre o fato pode desencadear lembranças e sentimentos negativos decorrentes da experiência piorando o estado emocional. Por outro lado, uma pesquisa mostrou que 98% dos anestesistas consideraram útil a conversa após o evento e as fontes mais importantes de apoio foram os colegas de trabalho e profissional especializado em saúde mental. Um programa específico de apoio foi desenvolvido, após uma experiência profissional como segunda vítima, sendo compreendida a importância do apoio e a compaixão de colegas. Mediante a iniciativa deste programa, outros foram criados, tais como: o MITSS, o *Resilience in Stressful Events* (RISE), o time de resposta rápida chamado *Code Lavender*, da Clínica de Cleveland, que assiste médicos sob estresse agudo decorrente de erro assistencial também destacou o modelo do programa *forYOU*. Os autores, ainda, abordaram o impacto do estado emocional sobre a qualidade do cuidado, citando os cinco fundamentos importantes para a construção de um programa de apoio as segundas vítimas, que incluem: Tratamento que é justo, Respeito, Entender e ter empatia, Dar apoio e acolher, Transparência e Oportunidade de contribuir, conhecido pelo acrônimo, no idioma inglês, de TRUST - *Treatment that is just, Respect, Understanding and compassion, Supportive care, and Transparency and the opportunity to contribute to learning*. E, por fim, mostraram estudos em que o esgotamento emocional causado por um estresse prolongado colaborou para a ocorrência de erros assistenciais e que o “Ciclo do Erro” envolve sentimentos de medo, frustração e vergonha.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Ratificaram que a condição humana predispõe as falhas na assistência, prejudicando pacientes/famílias e profissionais de saúde. A depender do dano causado aos pacientes, recai sobre os profissionais um sofrimento emocional profundo com junção de sintomas, que podem resultar em variados desfechos incluindo o suicídio. Os autores chamam a atenção do corpo diretivo para buscarem identificar sinais de sofrimento e proverem o apoio necessário, da mesma forma, que reconhecem as necessidades dos pacientes. Sendo assim, as organizações devem disponibilizar um serviço de apoio para acolher o profissional imediatamente após um evento, possibilitando sua temporária dispensa das atividades assistenciais, trabalhando para sua recuperação e cuidando do fenômeno segunda vítima, muitas vezes, resultado do sistema de saúde.

QUADRO 23 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 20

Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose E.R. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf.* 2015;11(2):73-8.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca dos serviços e intervenções de apoio institucional disponíveis.

MÉTODO

Pesquisa quantitativa, descritiva, realizada em hospital-escola, com 650 leitos. A amostra correspondeu a 120 profissionais de saúde e a amostragem foi do tipo conveniência. Para a coleta de dados, empregou-se um questionário adaptado do *Medically Induced Trauma Support Services Staff Support Survey*, incluindo dados sociodemográficos e uma questão aberta para que os participantes descrevessem outros programas de apoio, além dos mencionados no instrumento. O critério de inclusão foi ter se envolvido em um EA, no hospital, cenário do estudo, nos últimos 3 anos. A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2011. O questionário continha 25 afirmações respondidas por meio da escala tipo *Likert*, sobre a experiência após um EA, a notificação do evento e a prática da

cultura justa. O instrumento foi disponibilizado via *intranet*, e os líderes e gestores estimularam a participação dos trabalhadores. Os dados foram analisados, mediante a estatística descritiva.

RESULTADOS

A amostra representou 43% dos profissionais convidados, com 68,3% de enfermeiros, 82,5% do sexo feminino e média de 16 anos de experiência profissional. Quanto à percepção acerca da disponibilidade de apoio emocional em caso de EA, 19,2% tinham conhecimento e avaliaram, como muito úteis os serviços; 58 (48,3%) responderam que essa atividade não estava disponível na organização, como também a maioria desconhecia haver acesso de orientação pessoal e legal 76 (63,3%); 64,2% não conheciam a disponibilidade de um membro da equipe de apoio para revelar o evento e 54,2% informaram desconhecer a existência de orientação especializada (psicólogo ou psiquiatra). Os profissionais consideraram o ambiente como hostil para reportarem os EA e 27,5% concordaram ter recebido informações necessárias da instituição. A presente pesquisa mostrou que; quanto ao tipo de suporte emocional, prevaleceu o informal (23,3%), seguido do formal (19,2%). As segundas vítimas receberam mais apoio dos colegas de trabalho (64%) que de seus gerentes (38%). Os autores mencionaram que essa situação pode estar relacionada à má prática da cultura justa, onde os profissionais temem ser julgados pelo gestor, quanto às suas ações, conhecimentos e habilidades; enquanto os colegas conseguem entender com neutralidade a experiência. No que diz respeito aos sentimentos, a maior parte dos profissionais, 55,8%, demonstrou insatisfação e desconforto por lembrar o fato por um longo período de tempo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os autores concluíram que, para melhorar a abrangência do serviço de apoio na organização, é necessário investir em meios de divulgação e instituir a prática de cultura justa, onde profissionais possam se sentir seguros para notificar os EA. Acreditam que esse exercício fortalece a importância do aprendizado e da responsabilização pelos erros cometidos, como consequência aprimora a cultura de segurança do paciente. Sugeriram futuras pesquisas acerca da relação nem sempre amistosa entre gerentes e segundas vítimas e o exercício da empatia. Outrossim, recomendam estudos com desenhos que analisem a influência dos EA na saúde emocional dos profissionais, bem como a relação entre programas de apoio eficaz e ambiente de trabalho norteado pela cultura justa.

QUADRO 24 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 21

Rivera EY, Lee C, Bernstein PS, Chazotte C, Goffman D. Second Victim experiences in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):107s. Abstract 339.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: resumo de evento

OBJETIVO

Avaliar as experiências acerca do fenômeno de segunda vítima de médicos obstetras e ginecologistas em instituição hospitalar para o desenvolvimento de um sistema de apoio inclusivo.

MÉTODO

A coleta de dados ocorreu por meio eletrônico, com médicos obstetras e ginecologistas, mantendo-se o sigilo de identificação. O instrumento de pesquisa objetivou verificar o entendimento acerca do fenômeno de segunda vítima, as fases de restauração pós-traumática e também identificar as vivências dos profissionais.

RESULTADOS

Participaram do estudo 85 médicos estagiários (51%) e residentes (49%). Destes, 77,6% eram mulheres com diferentes faixas etárias. Do total de profissionais, 64% tinham compreensão do fenômeno segunda vítima e 11%, conhecimento sobre os estágios de recuperação emocional. No que se refere ao EA, 48% revelaram o envolvimento em incidente com dano nos últimos 6 meses, sendo 64% no setor de obstetrícia e 36% no de ginecologia. Em relação à fase de recuperação do evento, 62% acreditavam estar no estágio de restauração da integridade pessoal e 28% em outros

estágios. Citaram também que o apoio benéfico foi proveniente de pares de trabalho (66%) e que o tempo disponível foi a maior dificuldade encontrada pelas segundas vítimas para buscar apoio (40%). Mencionaram ainda que a privacidade, a empatia e o esclarecimento sobre o que iria acontecer contribuíram para a recuperação emocional.

CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os participantes acreditam que a implantação de um programa de apoio formal para auxiliar os médicos acometidos por EA nas organizações pode trazer benefícios e recomendam o preparo de colegas para apoiarem emocionalmente as segundas vítimas, mantendo o sigilo e acompanhando a recuperação dos profissionais.

QUADRO 25 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 22

Miller RG, Scott SD, Hirschinger LE, Walters S, Schanz N. Improving patient safety: the intersection of safety culture, clinician and staff support, and patient safety organizations. Center for Patient Safety [Internet]. 2015. [cited 2018 April 22]. Available from: <http://www.centerforpatientsafety.org/wp-content/themes/patient-safety/pdf/Second-Victims-White-Paper.pdf>.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

Trata-se de uma pesquisa secundária acerca dos fatores de risco para EA e medidas de intervenção destinadas a segunda vítima. Os autores abordaram a cultura de segurança, a equipe de apoio e os médicos, bem como os princípios das organizações para a segurança do paciente. O artigo investigou as organizações de alta confiabilidade relacionadas à saúde e realizou uma associação entre segurança do paciente e cultura de segurança. Explanou acerca do conceito de segunda vítima, descreveu o programa *forYou*, como um dos destinados a apoiar profissionais de saúde frente aos EA decorrentes da assistência. Outrossim, citaram o percurso de recuperação das segundas vítimas, mencionando os sintomas físicos como: diarreia, distúrbio alimentar, fadiga, cefaleia, tensão muscular, náusea/vômitos, frequência cardíaca e respiratória aumentadas e distúrbios do sono e psicológicos: dificuldade de concentração, raiva e irritabilidade, depressão, tristeza extrema, medo, lembranças recorrentes do evento, frustração, isolamento, insegurança e desconforto em retornar ao trabalho e expuseram o suporte clínico fornecido com base em um modelo intervencionista de três níveis de apoio. Foi ressaltada a importância da lei federal de segurança do paciente e melhoria da qualidade, que, além de proteção jurídica, encoraja a notificação e publicação dos EA e promove conhecimento junto aos profissionais participantes das organizações. Os autores destacaram pontos indispensáveis para o sucesso de um programa de apoio as segundas vítimas e estratégias para seu desenvolvimento. Concluíram que as organizações devem fomentar, continuamente, a cultura de segurança, observando as fragilidades e pontecialidades, promovendo ambiente de confiança e cumplicidade na vigência de EA. Um evento será mais facilmente reportado se os profissionais perceberem o modelo de cultura justa na organização frente à ocorrência de EA e os erros servirem como fonte de aprendizado.

QUADRO 26 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 23

Scott SD. Second victim support: implications for patient safety attitudes and perceptions. Patient Safety & Quality Healthcare. 2015; 12(5):26-31.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO
Investigar o impacto da experiência de segunda vítima nas atitudes e percepções a respeito da segurança do paciente.
MÉTODO
Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, aplicada em três unidades do complexo hospitalar da Universidade do Missouri, especificamente, no Hospital Universitário, no Hospital da Mulher e da Criança e no Centro de Reabilitação. A investigação foi conduzida, utilizando o questionário de pesquisa da <i>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS)</i> aplicado a três grupos de profissionais: não vítimas, segundas vítimas com apoio emocional e segundas vítimas sem apoio emocional. O instrumento de pesquisa compôs-se de 44 questões que englobaram 12 dimensões sobre a segurança do paciente e uma variável de resultado (fornecida por meio de uma nota que avaliava a segurança do paciente no setor ou unidade de trabalho). As assertivas foram respondidas pela escala do tipo Likert e duas questões foram acrescentadas no intuito de mensurar o quantitativo de segundas vítimas no complexo hospitalar. Cabe pontuar que a investigação foi conduzida em quatro fases, a saber: antes da implantação do programa para intervenção de equipe <i>forYOU</i> ; 5 meses após a implantação da equipe; 3 e 4 anos após a implementação, respectivamente, 2007; 2009; 2012 e 2013. Os dados foram analisados em função da estatística descritiva e inferencial empregando-se testes específicos, como Qui-quadrado, regressão logística e análise de variância.
RESULTADOS
O número total de participantes deste estudo correspondeu a 4.228, distribuídos nas três unidades do complexo hospitalar e agrupados por categoria profissional: equipe de enfermagem (enfermeiros registrados e enfermeiros práticos/licenciados) e profissionais da saúde (fisioterapeutas, farmacêuticos, dentre outros). A equipe de enfermagem representou 2.227 (53%) e os profissionais da saúde 2.001 (47%), e cerca de 1.040 (25%) participantes declararam-se como segundas vítimas. No que tange aos escores médios de percepção da cultura de segurança entre os profissionais, as segundas vítimas que receberam apoio responderam que obtiveram valores mais elevados quando comparadas às que não receberam. Além disso, ao longo do processo de desenvolvimento do programa, nos 2 últimos anos, o estudo verificou clara diferença da percepção de cultura de segurança nas segundas vítimas que receberam apoio emocional.
CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES
O presente estudo constatou que a disseminação do conhecimento a respeito do fenômeno de segunda vítima, somada ao apoio por pares do programa <i>forYOU</i> , repercutiu de forma positiva na percepção da cultura de segurança do paciente. Por fim, os autores ponderaram que intervenções de apoio devem considerar a gravidade do evento, que irão requerer um incremento das relações entre os pares, com assistência de profissional especializado, dada a possibilidade de desfechos físicos e emocionais e processos legais prolongados.

QUADRO 27 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 24

Solves JJM, Martínez SL, Carrillo IM, Estopà LF, Busto CS, Pérez Pérez P et al. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas [Internet]. Valencia: Fondo de Investigaciones Sanitarias; 2015 [cited 2018 Apr 23]. Disponible en: https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf.

TIPO DE MATERIAL: guia

CONTEÚDO DESCRITIVO

Trata-se de um guia de recomendações desenvolvido pelo *Grupo de Investigación em Segundas y Terceras Víctimas* – Espanha, que sugere, dentre um conjunto de lista de verificação (*checklist*), uma destinada, especificamente, a fornecer apoio ao profissional de saúde e à equipe assistencial após um EA. As principais recomendações descritas são: mostrar uma atitude positiva frente ao profissional envolvido no evento; identificar o número de vítimas relacionadas ao EA (direto e indireto); conversar e ouvir a(s) segunda(s) vítima(s); oferecer assistência à segunda vítima (verificar, previamente, o desejo do profissional); incentivar o profissional a iniciar ou manter atividades de lazer diárias, bem como aquelas realizadas com familiares e amigos; auxiliar na compreensão de licença-médica (se aplicável) em parceria com o Serviço de Prevenção de Riscos Ocupacionais da organização; reconhecer sintomas que indiquem a necessidade de apoio adicional de maior complexidade; avaliar as necessidades de atenção personalizada da segunda vítima; avaliar a necessidade de assistência jurídica; comunicar ao Serviço de Prevenção de Riscos no Trabalho, caso a saúde física ou mental do profissional esteja comprometida; informar sobre as possibilidades de apoio específico dentro e fora da instituição; coordenar a ação de apoio emocional e legal; acompanhar o profissional nos dias após o incidente para garantir uma recuperação eficaz; manter o profissional informado sobre a conduta realizada para comunicar o fato ao paciente/família e análise do ocorrido; convidar a segunda vítima a participar da análise causa a raiz do incidente; orientar que a segunda vítima planeje seu retorno ao trabalho (aumento gradual da responsabilidade) e programar o acompanhamento profissional nos 3 meses subsequentes. Descreve, ainda, um algoritmo de apoio para a segunda vítima com instruções detalhadas sobre as etapas a serem seguidas após a notificação de um EA. Por fim, os autores do guia referiram ser inevitável a presença de EA no cotidiano dos ambientes de saúde, tornando-se motivo de preocupação e ressaltaram a importância do estabelecimento de medidas de apoio as segundas vítimas pelas organizações.

QUADRO 28 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 25

White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW et al. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthc Risk Manag.* 2015;34(4):30-40.

INSTITUIÇÃO: Sociedade de classe

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Descrever as percepções dos gerentes de risco acerca das especificidades de programas de apoio aos profissionais de saúde em âmbito nacional.

MÉTODO

Pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, tipo *survey*, realizada junto aos membros da *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM), integrante da *American Hospital Association* (AHA), nos EUA. Foram enviados convites eletrônicos a 5.272 associados. A coleta de dados ocorreu no período entre maio e julho de 2013, empregando-se um questionário, construído por cinco especialistas nas áreas de segurança do paciente, gerenciamento de risco e impacto emocional, que foi validado com 12 gerentes de risco de distintas organizações de saúde. Este instrumento foi composto por variáveis sociodemográficas, laborais e questões destinadas a verificar se a organização possuía programas de apoio para profissionais envolvidos em EA, como eram planejados e estruturados, quem poderia utilizá-los e a eficácia dos programas. Do total de convidados, 575 responderam ao questionário, compondo a amostra. Os dados foram analisados com base na estatística descritiva e inferencial. Testes específicos, como, Qui-quadrado; *Exato de Fisher* e regressão logística foram utilizados. O nível de significância adotado foi 5%.

RESULTADOS

A amostra compreendeu 575 membros da ASHRM, e os dados demográficos mostraram que, a maioria dos profissionais, era do sexo feminino (87,1%), com média de idade superior a 50 anos, tempo médio de experiência profissional de 28 anos, e a ocupação profissional atual com média de 12 anos. Relacionado a programas de apoio emocional após o EA, 73,6% dos participantes relataram

que suas organizações dispunham de um programa para os profissionais, e que o tempo médio de exercício desses programas era 12 anos. Das 423 organizações com programa de apoio, 94,5% eram acessíveis aos profissionais nas unidades ou serviços da instituição, 93,9% estendiam-se a todos os profissionais e 6,1% dos programas eram exclusivos para alguns profissionais de saúde. Os achados revelaram que o acolhimento do profissional e acesso aos programas de apoio após um EA foram obtidos por iniciativa do corpo diretivo, respectivamente, 93,6% e 95,5%, seguida pelo gestor de risco com 75,9% e 79,1%. O programa de assistência ao trabalhador foi referido como o local onde as segundas vítimas encontram o acolhimento realizado por profissional especializado na própria instituição. Também mencionaram que, na maioria das vezes, foi o gerente de risco ou outros líderes que iniciaram o apoio e que menos da metade das instituições disponibilizava assistência jurídica aos profissionais. A via de contato (telefone ou bip) encontrava-se disponível em 61,5% dos programas. Dos programas de apoio, 66% deles foram desenvolvidos com o objetivo de atendimento de grupos profissionais ou individualmente; 65% dos programas permitiam afastamento do trabalho dos profissionais envolvidos em EA. Uma pequena parte dos participantes soube associar o modelo de programa de apoio de suas instituições e destes 29,8% referiram que os programas foram desenvolvidos internamente, 12,3% citaram o desenvolvimento com base em modelos internos e externos. Sob esse aspecto, os autores apontaram os programas CISM, o MITSS e o *forYOU*. Outro achado mostrou que 83,9% dos participantes que optaram pelo programa de apoio afirmaram que as informações foram mantidas em sigilo, 35,5% que a organização dispunha de políticas para proteger a relação trabalhador-paciente e 28,8% referiram possuir um advogado.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os achados foram considerados oportunos e profícuos, tanto aos gestores de risco como à ASHRM, uma vez que possibilitaram mapear a estrutura dos programas de apoio, aprimorar suas atividades e adotar melhores práticas no cuidado para as segundas vítimas.

QUADRO 29 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 26

Shapiro J, Galowitz P. Peer Support for clinicians: a programmatic approach. Acad Med. 2016;91(9):1200-4.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

O manuscrito apresentou a origem, a estrutura e o desenvolvimento do programa de apoio para as segundas vítimas, do Hospital *Brigham and Women's* (BWH), inicialmente, criado em 2008, para o profissional médico, intitulado *Peer Support* do *Center for Professionalism and Peer Support*. Os autores destacaram a importância de apoio emocional no contexto do fenômeno de segunda vítima, uma vez que sentimentos de tristeza, vergonha, medo e isolamento não são incomuns acometerem os profissionais da saúde, desencadeando depressão, ansiedade, *burnout* e, até mesmo, suicídio. Reportaram que, no primeiro momento de implementação, o programa objetivava fornecer apoio de grupo, a partir de um EA, somente para médicos. Mas, ao longo do tempo, foi modificado, praticando apoio emocional individual e extensivo a outras categorias de profissionais, entendendo que cada profissão possuía especificidades conhecidas por seus pares. Também passou a incluir o profissional que respondia a processo judicial. Desse modo, o Programa apoia a segunda vítima, envolvida, direta ou indiretamente em um EA, a partir de sua solicitação. O contato entre o apoiador e a segunda vítima, inicialmente, é via e-mail, progredindo até o encontro pessoal ou telefônico. O papel do apoiador consiste em ouvir atentamente, promover a confiança e respeito, refletir sobre o EA, estabilizar a emoção da segunda vítima, incentivar uma mudança positiva no contexto pessoal e profissional, voltado à segurança e qualidade da assistência e auxiliar na identificação de estratégias de enfrentamento, enfatizando o bem-estar do profissional. O apoiador também é responsável para discutir e oferecer todos os recursos institucionais disponíveis e realizar os encaminhamentos específicos para as segundas vítimas, estimulando-as a recorrer ao apoiador, sempre que necessário. Com a anuência da direção do programa, os apoiadores recebem capacitação para aprimorar suas habilidades, são incentivados a participar de cursos de aprimoramento, tornando-se elementos multiplicadores dentro da equipe de trabalho. Entre os meses de janeiro de 2012 e

dezembro de 2015, foram realizados 220 atendimentos, 135 (61%) foram provenientes de áreas onde os EA ocorreram com maior frequência (emergência, obstetrícia, cirurgia e anestesia). Nesse período, cerca de 240 médicos foram atendidos por meio de sessões de apoio de grupos multidisciplinares. Por ser considerado um dos programas pioneiros de apoio por pares, também foi norteador para criação de outros nos âmbitos nacional e internacional. Os autores concluíram que os programas de apoio são essenciais na assistência para as segundas vítimas, favorecem parcerias entre os responsáveis pela assistência e os profissionais do serviço de saúde ocupacional, repercutindo na segurança do paciente e almejam implantar o Programa para profissionais atuantes na assistência ambulatorial.

QUADRO 30 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 27

Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping, and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev.* 2016; 64:242-62.

INSTITUIÇÃO: N/A

TIPO DE MATERIAL: artigo de revisão sistemática

OBJETIVO

Fornecer uma visão abrangente e análise crítica do conhecimento existente sobre as respostas psicológicas ou emocionais dos profissionais de saúde; as estratégias de enfrentamento; a necessidade de apoio após a ocorrência de EA.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que buscou estudos que descrevessem as respostas psicológicas ou emocionais dos profissionais de saúde, estratégias de enfrentamento adotadas e o tipo de apoio disponível em nível individual ou organizacional (coletivo), após um EA. Foram utilizados instrumentos para avaliar a qualidade metodológica dos estudos e incluídos aqueles que apresentaram mais de 60% de concordância nos itens do formulário do *Joanna Briggs Institute*.

RESULTADOS

Fizeram parte desta revisão 30 artigos, sendo a maior parte (12% - 40%) proveniente dos EUA. Os participantes referidos nos estudos pertenciam à equipe de enfermagem, medicina e profissionais de serviços de apoio. A maioria dos estudos empregou a abordagem qualitativa, seguido da quantitativa e de métodos mistos. No material selecionado, os autores encontraram artigos que abordaram respostas emocionais: culpa, aflição, ansiedade, medos, frustração, raiva, ansiedade, insegurança, angústia e incapacidade, como profissional. Também encontraram estudos que relacionaram a intensidade de emoções e impacto emocional frente ao EA associado ao sexo e outros realizados com uma categoria profissional. O sofrimento de longa data foi mencionado em vários estudos, como repercussão do EA. No que se refere às estratégias de enfrentamento, esta revisão encontrou artigos relacionados a estratégias com ênfase no problema e estratégias com ênfase na emoção. Quanto ao apoio recebido, os autores evidenciaram que as segundas vítimas buscaram apoio individual junto a colegas de trabalho, de profissão, supervisores, gestores e conselheiros. As barreiras mencionadas pelas segundas vítimas para a prática de apoio formal foram: a falta de tempo, o impacto emocional e a dúvida em relação ao apoio institucional. Relativo aos meios de aprendizagem, os autores identificaram a importância de promover discussões abertas dos erros e implementar ações para que os profissionais aprendam com as experiências negativas dos EA. Mencionaram que a cultura de segurança com abordagem punitiva ainda está presente nas organizações, e melhorias sistêmicas são citadas como forma de promover a redução do impacto do EA para a segunda vítima, gerenciando os desfechos.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O produto desta revisão sistemática destacou o desdobramento causado por um EA e as diversas experiências de enfrentamento e estratégias adotadas. Verificou a ausência de estudos que demonstrem a repercussão emocional que um EA pode trazer para as segundas vítimas a longo prazo, considerando os tipos de apoio disponíveis nas organizações. Os autores sugeriram estudos

que envolvessem a participação de outros profissionais da saúde, com o objetivo de entender a percepção e a vivência da ocorrência de um EA sob diferentes óticas culturais e cenários. Recomendaram que as organizações de saúde preocupem-se em selecionar e preparar profissionais para fornecerem apoio imediato para as segundas vítimas com clareza e empatia.

QUADRO 31 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 28

Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Descrever o desenvolvimento do programa *Resilience In Stressful Events* – RISE no Hospital *Johns Hopkins* e avaliar sua viabilidade e implementação na instituição.

MÉTODO

Pesquisa de métodos mistos, empregando distintas técnicas e instrumentos de coleta de dados como: questionário, com escala do tipo *Likert*, autoavaliação de respostas de pares e grupo focal. Inicialmente, o RISE foi instituído na unidade pediátrica do Hospital *Johns Hopkins*, envolvendo quatro fases: a) desenvolvimento do programa com profissionais, em janeiro de 2010; a equipe de coordenadores dessa fase foi composta por seis membros, sendo um diretor de segurança do paciente, um membro do corpo docente, um gerente de risco, um pesquisador de segurança do paciente, um gerente de enfermagem e um capelão do hospital responsáveis por estruturar a dinâmica, os processos e a organização do programa, identificar os profissionais com habilidade para apoiar colegas e prover a capacitação específica, visando a atuar como membro da equipe de socorristas (apoiadores); b) recrutamento e capacitação de colegas de trabalho, em junho de 2011, objetivando constituir o grupo de socorristas, para isto, era requerida habilidade para apoiar colegas nas situações críticas. No princípio do programa RISE, a seleção dos profissionais para a equipe de apoiadores foi realizada por indicação dos gestores diretos, posteriormente, os integrantes foram incorporados ao grupo por se sentirem qualificados junto ao perfil solicitado, seguindo um fluxo de admissão, sendo necessário o preenchimento de um formulário estruturado e uma carta de recomendação, documentos estes analisados pela equipe do programa para aprovação do interessado. Ainda nessa fase, houve a capacitação do grupo de socorristas, em oito sessões, reuniões de resposta de pares (duração de 1 hora) mediadas por discussões de artigos acerca da temática e como realizar os “primeiros socorros psicológicos”, palestras, sessões narrativas de histórias, exercícios de dramatização e discussões em grupo; c) aplicação do projeto piloto do RISE no departamento de pediatria em novembro de 2011 e d) expansão do Programa RISE para todas as unidades do Hospital em junho de 2012. Nesta última fase, o programa foi estruturado para trabalhar com dois níveis de apoio, contando com, ao menos, dois socorristas em cada turno de trabalho. Dessa maneira, ao ser requisitado o apoio do RISE, um dos membros responde ao chamado por um dispositivo eletrônico, em até 30 minutos; enquanto o outro fornece suporte adicional ao profissional solicitante se necessário, até a chegada do primeiro socorrista. Um diretor sempre estava à disposição dos apoiadores para questões técnicas e administrativas. Em razão da estrutura do programa, qualquer membro da equipe de trabalho poderia solicitar ação do RISE. Cabe destacar que, caso o primeiro socorrista trabalhasse na mesma unidade que o solicitante do chamado, um terceiro membro do RISE de plantão poderia ser solicitado. Para a análise dos dados quantitativos, foi empregada a estatística descritiva; para as questões abertas e os dados originados no grupo focal, recorreu-se à análise de conteúdo.

RESULTADOS

Dos achados dos respondentes da pesquisa, verificou-se que a maior parte dos entrevistados foi constituída de enfermeiros registrados (70,8%); 66,6% relataram participação direta em algum EA; 57,9% em consequência do evento manifestaram problemas como ansiedade, depressão e sentiram-se incapazes para a atividade exercida no trabalho; 70,3% receberam apoio ou conversaram com

alguém sobre o evento. Em relação ao suporte oferecido, 32,5% informaram ter recebido suporte de colegas da unidade de trabalho; 22,2% mencionaram o apoio do cônjuge ou pessoa de similar importância. Quanto à percepção da equipe frente a um programa organizacional de apoio para a segunda vítima, os achados apontaram que 70,7% dos participantes preferiram o apoio individual; 68,7% de um grupo multidisciplinar; 15,5% do gerente de enfermagem e 13,3% apoio religioso. O tempo mais oportuno que os entrevistados julgaram ser adequado para buscarem o apoio como segunda vítima, após alguns dias, foi 48,2%; seguido de 25,4% que preferiam poucas horas após o evento; o mais rápido possível após o evento foi mencionado por 12,7% dos participantes, e uma semana após o evento, foi a resposta de 8,1% dos profissionais. No que diz respeito à categoria profissional dos solicitantes para o RISE, 56,3% foram enfermeiros registrados; 28,8% de médicos; 16,3% enfermeiros licenciados; 13,8% sem registro e 8,7% foram solicitações envolvendo outros profissionais, tais como: técnico respiratório, psicólogo infantil, profissional da atendimento ao usuário e membro da equipe da área de tomografia computadorizada. O motivo das solicitações foram: morte de paciente 45%; 21,3% ocorrências de EA e situações como conflito na equipe, assalto de funcionários e esgotamento. A média de tempo dos atendimentos foi 49 minutos; 43% foram encontros individuais e 56% reuniões em grupo.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista a aprovação e o empenho da direção do hospital, incluindo o investimento de recursos financeiros e o trabalho voluntário dos profissionais, o Programa atingiu o objetivo proposto. Embora com algumas limitações, o programa conseguiu a credibilidade dos profissionais em relação às informações obtidas nos encontros e garantiu amparo legal quanto a ações disciplinares e processos legais com base na *Health Insurance Portability and Accountability Act* - HIPAA, lei que garante a privacidade de informações dos pacientes e dos profissionais envolvidos em um EA. A maior parte dos profissionais relatou vivência de EA com repercussão pessoal, profissional e emocional negativa, assim como reportou que, anteriormente, à implementação do RISE, o apoio era proveniente de colegas de trabalho, do cônjuge, amigo ou do supervisor/gerente.

QUADRO 32 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 29

Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B, Martín Rodríguez, Carreras Viñas M. Gestión de segundas víctimas en Galicia. Rev Calid Asist. 2016;31(S2):47-9.

TIPO DE MATERIAL: carta ao editor

CONTEÚDO DESCRITIVO

Na carta ao diretor do periódico, os autores explanaram acerca de um guia de recomendações construído na Espanha, em decorrência da crescente preocupação do Serviço de Saúde da Região da Galícia, em conduzir as situações de evento sentinela e EA graves ocorridos nas organizações de saúde. Citaram que, no ano de 2011, esse documento foi desenvolvido, contendo uma sequência de intervenções – algoritmo, uma lista de monitoramento - *checklist* e indicação de literatura, objetivando preparar os centros de atenção à saúde a monitorarem os EA, reduzir o dano ao paciente e seus familiares, mitigar o sofrimento psicológico dos profissionais de saúde envolvidos e aprimorar o conhecimento da equipe. O Guia com algoritmo de atuação foi pautado em quatro pilares: a) ações imediatas frente a um evento sentinela ou EA, b) comunicação e apoio aos pacientes e familiares, c) comunicação e apoio aos profissionais afetados e d) investigação e difusão dos resultados relativos ao evento. Na descrição das ações, destacaram a responsabilidade dos grupos de gestão de risco e de qualidade e segurança em oferecer suporte emocional aos envolvidos, acompanhando-os em curto, médio e longo prazos. Embora não tivesse função regimental, passou a ser utilizado pelos gestores do *Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente* (SiNASP) e pelos profissionais dos *Núcleos de Seguridad*, que consideraram a necessidade de obter uma ferramenta para auxiliar na condução de situações sempre dolorosas e com inúmeros componentes emocionais. Anualmente, são realizadas reuniões para atualização do documento. Os gestores do SiNASP respondem pelo monitoramento e proteção da confidencialidade das informações. Relataram que o Guia tem permitido sistematizar as ações e modificar o enfoque, passando a incorporar nas organizações a prática de uma cultura justa e com maior sensibilidade para os que estão vivenciando

o evento. Expuseram que vários gestores mencionam o fato da oferta de apoio psicológico, ao menos nos primeiros momentos ser recusado pelas segundas vítimas. As reações iniciais desses profissionais consistem na busca por outros culpados, sentimento de vergonha e rechaçar sua responsabilidade no ocorrido. Descreveram como ponto positivo e recomendado no Guia, o afastamento da segunda vítima do local de trabalho, de acordo com o tempo que ela considere necessário. Os autores informaram que desconhecem a participação da segunda vítima na análise da causa-raiz, e que os profissionais, geralmente, são pessoas experientes e de prestígio na organização. Reiteraram que os gestores necessitam monitorar o evento no primeiro momento, a médio e longo prazos e que estão convencidos de que essa forma de agir melhorará a cultura de segurança que, paulatinamente, modificará o modelo de culpabilidade do erro para o enfoque sistêmico, menos punitivo e orientado para o aprendizado.

QUADRO 33 - APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 30

Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano M, Iglesias-Alonso F et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. Rev Calid Asist. 2016; 31(S2):3-10.

INSTITUIÇÃO: N/A

TIPO DE MATERIAL: artigo de revisão de literatura

OBJETIVO

Identificar as abordagens metodológicas e os avanços de um conjunto de estudos realizados na Espanha, a partir do ano de 2014, na linha de pesquisa sobre segundas vítimas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão, conduzido por um grupo de profissionais de oito comunidades autônomas da Espanha que compartilhavam questionamentos acerca do fenômeno segunda vítima nas instituições hospitalares e na atenção primária. Nesta revisão, foram incluídos seis estudos com diferentes abordagens: Estudo 1 - Intervenções institucionais para assistir a segunda vítima, cujos resultados foram obtidos de uma pesquisa descritiva com o objetivo de conhecer a realidade da abordagem do fenômeno segunda vítima. A coleta de dados ocorreu pela aplicação de um questionário, *on-line* dividido em cinco categorias e apresentando 45 intervenções, junto a 635 profissionais (328 gerentes e 307 coordenadores de segurança do paciente). Estudo 2 - Impacto dos EA nos profissionais de saúde. Pesquisa quantitativa, descritiva, sendo os dados coletados por meio de um questionário, construído pelo grupo de pesquisadores, com a finalidade de verificar as consequências emocionais, ocupacionais e profissionais do EA nos profissionais da saúde; contando com uma amostra aleatória estratificada por comunidade autônoma representada por 1.340 profissionais de saúde, distribuídos entre hospitais e centros de atenção primária de saúde (CAPS). Estudo 3 - Elaboração de um guia de recomendações para a segunda vítima. Investigação qualitativa para construir um roteiro a ser aplicado após um EA, visando a atender as necessidades do paciente (primeira vítima), orientação e apoio para o profissional de saúde (segunda vítima) e cuidar da reputação da organização (terceira vítima). Uma equipe multidisciplinar com experiência em assistência e em gestão de segurança do paciente foi responsável por identificar e analisar situações-problema e construir o Guia, que foi validado por avaliadores externos. Estudo 4 - Desenho de um programa de intervenção *on-line*. Nesta etapa, foi realizado um estudo destinado a desenvolver o referido programa, composto de dois módulos, para sensibilizar os profissionais acerca das estratégias e recursos para monitorar e reduzir os efeitos do EA. O intuito deste programa foi abranger profissionais de saúde que prestavam assistência direta ao paciente (equipe médica, de enfermagem e outros interessados na temática de segunda vítima) e de gestores e coordenadores de qualidade e segurança de hospitais e CAPS. Estudo 5 - Concepção de uma agenda de segurança do paciente para gestores. O propósito foi construir uma agenda de segurança do paciente, para gestores de hospitais e centros de saúde por meio de um aplicativo para dispositivos móveis. Este *software* surgiu do consenso de outro grupo que realizou uma revisão de literatura, revisão jurídica e de informações relevantes em relação à segurança das organizações, que eram da responsabilidade dos diretores. Estudo 6 - Desenho de uma ferramenta eletrônica nominada de “*Basada en el Análisis*

Causa-RAíz” (BACRA, grifo nosso) para buscar soluções na vigência de EA. Esta ferramenta foi idealizada, visando a instrumentalizar os gestores na análise das causas dos EA e encontrar soluções para prevenir a recorrência. Uma revisão de literatura e entrevistas foram realizadas com gestores de CAPS de saúde, a fim de identificar as barreiras relacionadas à notificação de EA na prática assistencial, seguida do desenvolvimento da ferramenta.

RESULTADOS

Além dos achados e produtos oriundos de cada estudo, os autores produziram uma relação de recursos para tratar do fenômeno segunda vítima nas organizações de saúde. No estudo 1, dos 406 participantes citaram que a maioria (67,9%) das instituições de saúde espanhola (hospitais e CAPS) não possuía programas de apoio e que a comunicação (aberta/clara) sobre o EA com o paciente/família era ruim ou quase inexistente. Estudo 2 - mostrou que dos 1.087 profissionais, entre médicos, enfermeiros e outros profissionais, do sistema hospitalar e de atenção primária, 66,9% havia experienciado o fenômeno de segunda vítima (direta ou indiretamente), descrevendo os sentimentos vividos como: ansiedade, culpa, dúvidas sobre como relatar o ocorrido ao paciente, colegas e supervisores, medo de consequências legais e preocupação com a perda de prestígio e verificou que 17,7% dos participantes referiram ter recebido orientações quanto ao manejo da situação. Estudo 3 - o Guia foi organizado em oito categorias, contendo 85 recomendações, a saber: Cultura de segurança e política institucional (12), Atenção ao paciente (7), Atitude proativa para evitar a recorrência do evento (5), Apoio ao profissional e equipe de saúde da qual faz parte (20), Mobilização de recursos para dar uma resposta adequada e oportuna (9), Informar o paciente e/ou seus familiares (20), Análise detalhada do incidente (9) e Cuidar da reputação dos profissionais e da instituição (3), acompanhado dos *checklists* e algoritmos para subsidiar a prática das ações sugeridas. No período de 8 meses, foram realizados 1.521 *downloads* do material. Estudo 4 - Desenvolvido por 16 profissionais, o módulo informativo foi composto dos principais conceitos sobre o fenômeno de segunda vítima, tais como: tipos de incidentes de segurança e o envolvimento da terceira vítima. O módulo de demonstração empregou material audiovisual, visando a estimular a capacidade de compreensão, relatar e apoiar o paciente/família acometido por um EA. Também contou com a participação de uma equipe externa de atores que produziu 16 áudios e 17 vídeos sobre o fenômeno de segunda vítima. Cada módulo foi submetido a pré-teste. Estudo 5 - Elaboração de uma agenda de segurança do paciente para gestores, composta por 37 atividades, distribuídas em oito categorias, até o mês de abril 2016; este conteúdo foi acessado via eletrônica 191 vezes. Estudo 6 - O produto deste estudo foi a disponibilização da ferramenta BACRA, com o intuito de orientar as segundas vítimas no processo de análise de um EA e a buscar soluções. Foram disponibilizadas versões distintas para hospitais e CAPS, dadas as características de cada serviço. Ademais, a ferramenta via *web* foi considerada valiosa por atingir outros sistemas na Espanha, pela rapidez de seu preenchimento e anonimato das informações. Os autores citaram que, até o mês de abril de 2016, a BACRA foi empregada 72 vezes para analisar EA com ou sem danos ao paciente.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O estudo permitiu analisar o contexto do fenômeno de segunda vítima na Espanha e apresentar vários meios e instrumentos para mitigar os riscos e os danos que conduzem a erros/EA.

QUADRO 34 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 31

Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). Rev Calid Asist. 2016;31(S2):49-52.

TIPO DE MATERIAL: carta ao diretor

CONTEÚDO DESCRITIVO

Os autores descreveram a experiência da *Unidad de Soporte a las Segundas Víctimas* (USVIC), criada pelo *Grup Sagessa* (Espanha), em 2007. A unidade é composta por um médico especialista em bioética, duas enfermeiras, uma psicóloga especialista em psico-oncologia e um advogado. Dentre as atividades, encontram-se: apoiar os profissionais acometidos por EA e ocorrências

complexas; mediar a comunicação entre a instituição e o paciente/família; fornecer apoio psicológico ao profissional e orientação jurídica, em caso de consequências legais e revelar o erro junto ao paciente e familiares. A confidencialidade das informações é garantida pelo grupo e pelos membros, as ações são mediadas pelos códigos de ética profissional. O Grupo está vinculado à diretoria da instituição e pode ser requerido pelas áreas de gestão da qualidade, comissões de segurança do paciente e pelos próprios profissionais na vigência de um incidente crítico. Os autores expuseram que a USVIC é acionada a partir da ocorrência de EA e discutiram sobre as ações para condução do problema: explicar a função do grupo, conhecer e entender o evento, conversar com as pessoas envolvidas no evento para resgatar informações, buscar sanar possíveis aflições, caso não haja necessidade de cuidado específico. Mencionaram que, na maioria das vezes, os atendimentos são individualizados, podendo ser em grupo. Também é atribuição USVIC realizar análise de causa-raiz e elaborar o relatório final. Ressaltaram que a vivência do grupo vem mostrando que os profissionais de saúde na condição de segunda vítima, frequentemente, sofrem impacto emocional e pessoal e sentem-se culpados pelo dano ocasionado ao paciente. Enfatizaram que se a organização não estiver instrumentalizada para fomentar a cultura de segurança, com um olhar abrangente, um movimento em cascata pode ser instituído com degradação de autoestima, questionamento das habilidades técnicas, conhecimento teórico e autojulgamento entre os profissionais. Além disso, a transparência na comunicação entre o profissional de saúde e o paciente/família traz benefícios para ambos, pois um diálogo claro e sincero pode evitar a instauração de processo judicial. Por fim, destacaram a importância da estruturação de programas de apoio com a preocupação de desenvolver, junto às equipes habilidades indispensáveis para atenderem às necessidades dos trabalhadores de saúde, pacientes/família e das instituições.

QUADRO 35 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 32

Van Gerven E, Deweer D, Scott SD, Panella M, Euwema M, Sermeus W et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. Rev Calid Asist. 2016;31(S2):34-46.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Analisar os sentimentos, as estratégias de enfrentamento e o apoio recebido pelos profissionais de saúde na condição de segunda vítima.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, conduzido em hospitais da Bélgica, com a participação de 31 profissionais envolvidos em EA, sendo, 17 enfermeiros, 11 médicos e três parteiras. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2012 e janeiro de 2013, mediante entrevistas semiestruturadas, gravadas, de forma individual e em local de escolha do participante. As entrevistas foram transcritas, tendo a duração entre 45 e 90 minutos. Os dados foram analisados, mediante o programa NVivo10. O estudo incluiu para análise os seguintes conceitos de sensibilização: a) Impacto emocional e profissional, b) Estratégias de enfrentamento com ênfase na emoção e no problema e c) Âmbitos de apoio: informal, formal e profissional.

RESULTADOS

Os achados revelaram sintomas relacionados à vida pessoal e profissional das segundas vítimas após um EA, divididos em três categorias, a saber: respostas emocionais, respostas mentais e respostas físicas. Referente à **vida pessoal**, as respostas emocionais contemplaram: tristeza, solidão, culpa, autoculpa, negatividade, vergonha, ansiedade, decepção, desânimo, desespero, descrença, choque, tristeza, raiva, impotência, desamparo, pânico, frustração, tensão em seu ambiente doméstico, irritabilidade, mudança na personalidade, infelicidade e tensão no relacionamento familiar; respostas mentais: reviver, frequentemente, a situação, depressão, esgotamento (longo prazo), pensamento recorrente de não ser feliz novamente e mudança de personalidade e respostas físicas: insônia, vômito, choro, epigastralgia, emagrecimento, exaustão,

perda de apetite, tensão, estresse, tremor e um entrevistado revelou que o evento foi desencadeante para infarto. No que diz respeito à **vida profissional** das segundas vítimas, relatou como respostas emocionais: diminuição da resiliência, perda de autoconfiança, incerteza, percepção da imperfeição, perda do prazer do trabalho, estresse, isolamento (grifo nosso). As respostas mentais foram subdivididas em positivas e negativas. No primeiro, grupo encontra-se: maior conscientização de responsabilidade, *check-ups* extras, maior cuidado na realização das atividades, atenção às medidas de prevenção, senso crítico aumentado e, no segundo grupo: perda de concentração, medo do futuro (litígio, recorrência do incidente), medo de perda da reputação, tomada de decisão defensiva, perda de confiança no hospital e/ou na profissão e suspeita; e as respostas físicas: agitação motora, tremores, bloqueio das atividades - não sendo capaz de exercer profissão, mudança de emprego (outro ambiente, menos responsabilidade, menos horas) e aposentadoria antecipada. Quanto às estratégias de enfrentamento, foram identificadas quatro com ênfase no problema e sete com ênfase no estado emocional. Ênfase no problema: os profissionais citaram que redobram a atenção nas atividades após o ocorrido; conheceram a análise da causa raiz e quando o erro foi originado de processo sistêmico, sentiram-se aliviados diante do compartilhamento das responsabilidades; em algumas situações, as segundas vítimas tentaram ser “apoiadores” de seus pares de trabalho e, por fim, algumas segundas vítimas almejavam informações suplementares sobre os trâmites após EA, uma vez que a incerteza e o medo do que poderia acontecer aumentavam o nível de estresse. Ênfase no estado emocional: as segundas vítimas relataram que falar sobre o ocorrido com alguém facilitou no processo de reabilitação; alguns optaram pelo caminho da negação, usando o isolamento, como uma maneira de se defender do possível julgamento de colegas e dispensar qualquer ajuda; outros desenvolveram fobia ao prestar cuidados a pacientes com necessidades semelhantes por ocasião do EA e, por vezes, solicitaram transferência da unidade, do hospital ou até desistiram de suas profissões; parte dos sujeitos superou o evento, separando o aspecto pessoal do profissional; também foram identificados os profissionais que aceitaram a responsabilidade do erro; e outros que buscaram realizar atividades físicas ou outra forma de prazer para minimizar o estresse. No que se refere ao apoio recebido, o estudo constatou: a família, os amigos, os pares de trabalho, psicólogos e psiquiatras, e os participantes consideram como o apoio mais valioso, aquele conferido por outras segundas vítimas, que compreendiam de fato a experiência negativa vivida. Além disso, a abrangência do apoio variou entre as organizações, assim como o envolvimento destas junto à cultura de segurança. As segundas vítimas assistidas de imediato vivenciaram melhores benefícios, uma vez que conseguiam falar do evento com maior tranquilidade quando comparadas ao grupo que sofreu sem buscar ou conseguir apoio. Quanto às necessidades das segundas vítimas, 29 revelaram necessitar de apoio informal, 27 apontaram a oportunidade de aprender com a análise de causa-raiz, 12 comentaram acerca do apoio formal, seis manifestaram desejo de permanecer afastados do trabalho, assim como de revelar o EA ao paciente. Ainda, 29 profissionais externaram a preferência pelo apoio de colegas e supervisores, seguidos da família, imediatamente após o evento, e outros a médio e longo prazos. Indicaram como fatores intervenientes no impacto dos EA, componentes individuais, representados pela resiliência, caráter, otimismo, autoeficácia, apoio de familiares e amigos. Relacionado ao contexto decorrente do EA, os entrevistados referiram a repercussão do evento para o paciente (nível do dano), a atitude do paciente após ciência do ocorrido (crítica), o elo entre os vitimados (tempo de convivência ou outro tipo de vínculo entre paciente e profissional), e a chance de uma análise externa do evento (receber repetidas visitas para esclarecimento do ocorrido de organização especializada ou policial).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os autores concluíram que uma série de elementos concorre para o erro na assistência à saúde, que comprometem, emocionalmente, os profissionais. Elucidaram que a presença de um colega de trabalho para falar sobre o ocorrido foi determinante para reduzir o impacto emocional e reafirmaram acerca da importância das organizações desenvolverem uma cultura de segurança norteada na busca das falhas dos processos, em lugar de apontar um culpado. Sugeriram novas investigações para que os profissionais de saúde não se tornem segundas vítimas, bem como avaliem a efetividade das estratégias de apoio e acompanhamento dos processos legais, decorrentes de EA.

QUADRO 36 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 33

Edrees H, Wu A. The aftermath of medical errors: supporting our second victim colleagues. <i>Int J Qual Health Care</i> . 2016; 28(1):65s. Abstracts ISQUA12-1909.	
INSTITUIÇÃO: Hospital	TIPO DE MATERIAL: resumo de evento
OBJETIVO	
Descrever e analisar a viabilidade do Programa <i>Resilience in Stressful Events</i> -- RISE, no Hospital <i>Johns Hopkins</i> , EUA, para apoiar os trabalhadores na condição de segunda vítima.	
MÉTODO	
Estudo de método misto, sequencial e exploratório. Participaram profissionais atuantes na instituição e no RISE. Os dados foram coletados por meio um questionário com assertivas respondidas pela escala tipo <i>Likert</i> de questões abertas e pela técnica de grupo focal. A análise dos dados foi realizada mediante estatística descritiva e pela codificação do material oriundo do grupo focal.	
RESULTADOS	
O programa foi desenvolvido em quatro etapas: 1. Desenvolvimento do Programa RISE; 2. Recrutamento e capacitação de colegas de trabalho; 3. Instituição do projeto piloto no programa no Departamento de Pediatria e 4. Expansão do programa às unidades do hospital. Na instituição, há profissionais de saúde na condição de segunda vítima, a maior parte, manifestou preferência pelo apoio de um colega, após a ocorrência de EA. Decorridos 29 meses de implementação do programa, houve 24 solicitações de apoio; do total de segundas vítimas, 88% consideraram que a comunicação do profissional de apoio foi adequada e 83,3% mencionaram que os apoiadores entenderam a situação e atenderam, adequadamente, às necessidades. Quanto aos profissionais apoiadores, estes almejavam aprimorar suas habilidades, tornando-se mais seguros para atender as segundas vítimas, por meio de capacitação profissional.	
CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES	
O Programa foi considerado promissor; todavia há necessidade de desenvolver as habilidades de apoio entre os pares e estruturar uma equipe multidisciplinar para aprimorar a assistência para as segundas vítimas. Recomendaram criar estratégias de divulgação do RISE.	

QUADRO 37 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 34

Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegefeld W, Havens L et al. Impact of health care adversity on providers: lessons learned from a staff support program. <i>J Healthc Risk Manag</i> . 2016; 36(2):27-34.	
INSTITUIÇÃO: Sistema de Saúde	TIPO DE MATERIAL: artigo original
OBJETIVO	
Descrever o impacto da experiência traumática vivida pela segunda vítima e as melhores práticas de apoio e avaliar a eficácia do programa de apoio à saúde da segunda vítima institucional (sistema de saúde).	
MÉTODO	
Estudo qualitativo, desenvolvido a partir da concessão de dados, do programa de apoio a segunda vítima, sob a responsabilidade do sistema <i>Scott & White Healthcare</i> (SWH), no Estado do Texas, EUA, no período entre 2001 e 2012. Todos os profissionais que utilizaram o serviço de apoio, foram	

convidados a participar, totalizando 20 médicos e residentes médicos. Os dados foram coletados pela técnica do grupo focal. As sessões foram norteadas por oito questões, gravadas e, posteriormente, transcritas. A análise qualitativa dos dados foi realizada pelos pesquisadores com formação nas áreas de psiquiatria, enfermagem, saúde comportamental, especialista em desenvolvimento de pesquisa e um pesquisador educacional, especialista em pesquisa qualitativa. Os dados foram analisados, mediante a análise de conteúdo, houve a caracterização dos profissionais, empregando a estatística descritiva.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes: a maior parte (60%) era do sexo feminino, 95% com tempo de experiência profissional superior a 10 anos e atuantes nas especialidades medicina familiar, interna, de emergência, obstetrícia e ginecologia, medicina diagnóstica e cirurgia. Da análise dos dados, emergiram quatro temas, a saber, 1. Experiência traumática e multifacetada nas vidas dos profissionais, sobretudo, na esfera emocional representada por distúrbio do sono e alimentar, questionamento sobre as habilidades, tristeza, reviver o incidente, ruptura na relação entre profissional da saúde e paciente e insegurança; 2. Relacionado ao impacto da estrutura do programa de apoio: as segundas vítimas referiram alívio em poder conversar com alguém sobre o ocorrido; sentiram-se valorizadas pela preocupação destinada pelo Programa, manifestaram a importância do apoio imediato e tranquilidade pela presença de um advogado nas reuniões coordenadas pelo gerenciamento de risco, onde seria abordado o EA. 3. Características da experiência traumática do evento: relatos de sentimentos como solidão, perturbação, questionamento sobre sua negligência, falta de controle da situação e incerteza sobre a real intenção do processo de litígio (muitas vezes, visando ao lucro) e 4. Relevância da Comunicação - sob este aspecto, os profissionais relataram a importância da comunicação (alguém somente para ouvi-los), e em área reservada para expor suas aflições. Também expressaram o desejo de atenção e apoio por parte do gestor, na mesma intensidade, que é dada ao paciente/família e valorizaram a confidencialidade das informações.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O estudo contribuiu para aprimorar o conhecimento e as estratégias destinadas à assistência de segundas vítimas, possibilitando incorporar novos elementos para o apoio emocional, sobretudo, no decorrer das investigações, processos legais ou alegações de sociedades de classe. Sugeriram novas pesquisas para avaliar a repercussão de programas similares.

QUADRO 38 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 35

Edrees H, Brock DM, Wu AW, McCotter PI, Hofeldt R, Shannon SE et al. The experiences of risk managers in providing emotional support for health care workers after adverse events. *J Healthc Risk Manag.* 2016; 35(4):14-21.

INSTITUIÇÃO: Sociedade Profissional

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Explorar a autoeficácia e a experiência dos gerentes de risco acerca do apoio prestado aos médicos envolvidos em um EA.

MÉTODO

Estudo quantitativo, exploratório, transversal, realizado com membros do *American Society for Healthcare Risk Management* (ASHRM). Foram convidados a participar 5.272 membros associados, no período compreendido, entre 14 de maio e 30 julho 2013. Os critérios de inclusão foram: atuantes na área de gerenciamento de risco e residir nos EUA. Foi construído um questionário pelos pesquisadores e validado por especialistas em gerenciamento de risco, segurança do paciente e monitoramento de EA. O instrumento foi composto por assertivas, respondido por meio da escala de *Likert*, buscando apreender a vivência dos participantes, como apoiador psicológico das segundas vítimas, capacitação para esta atividade, frequência de atendimento, grau de satisfação na função de apoiador e informações relativas ao programa no qual participavam. A pesquisa foi operacionalizada

por meio do REDCap na versão 5.3. A análise dos dados ocorreu mediante a estatística descritiva e inferencial, empregando testes estatísticos como Qui-quadrado, Exato de *Fisher* e Análise de Variância – ANOVA.

RESULTADOS

No que tange à caracterização dos sujeitos, dos 579 participantes do estudo, 89,1% eram do sexo feminino, a média de idade correspondeu a 53,4 anos; 38,2% trabalhavam em hospitais privados; com média de 12,4 anos de tempo de trabalho no emprego atual; 59,2% dos profissionais realizaram certificações específicas de gestão de risco. Relacionado aos programas de apoio organizacional, 75,3% relataram a existência de programa em suas instituições. Quanto à capacitação dos apoiadores, 14,6% referiram ter um manual para sua orientação; a maior parte 54,1% classificou os programas em que atuam como pouco eficaz. A atividade de apoio emocional foi mencionada por 90% dos gestores, considerando o último ano e requerida 49,4% entre 1 e 6 vezes por ano, representada por 21,9% de atendimentos mensais, 13,3% semanais, 11,7% raramente ou nunca e 3,6% diários. Os gerentes sentiram-se muito confortáveis em suas atividades de apoio psicológico (94,1%); 93,2% alegaram satisfação em trabalhar, como apoiadores de profissionais da saúde; e 85,7% consideraram estar habilitado para apoiar os profissionais após um EA. A aula expositiva predominou, como recurso para capacitação dos apoiadores (64,6%).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

Os achados deste estudo mostraram que os gerentes de risco sentem-se preparados e satisfeitos no papel de apoiar os profissionais de saúde após um evento inesperado assistencial. Mencionaram que a capacitação para essa atividade deve ser contínua. Os autores sugerem futuras pesquisas sob a ótica das segundas vítimas, objetivando avaliar o desempenho dos gerentes de riscos nos programas de apoio, assim como outros estudos que elucidem as atividades atribuídas aos gerentes de risco, conselheiros de programa de assistência aos trabalhadores e o investimento necessário para criar e manter um programa de atenção a segunda vítima.

QUADRO 39 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 36

Putnam K. Peer support programs help health care workers overcome emotional trauma. AORN J. 2016; 104(3):7-9.

TIPO DE MATERIAL: artigo teórico/reflexão

CONTEÚDO DESCRITIVO

O presente estudo discorreu acerca da relevância do modelo de apoio por pares para as segundas vítimas e citou o Programa da Universidade de Cuidados à Saúde do Missouri, *forYOU Team*. O autor referiu que alguns profissionais distribuídos nas unidades do hospital foram capacitados para identificar e apoiar as segundas vítimas após um EA. Para isso, foram realizadas reuniões bimensais, visando a compartilhar experiências, fortalecer estratégias de apoio e direcionar as ações. Também foi citado o *Lawrence Memorial Hospital*, em *New London* - EUA, que desenvolveu o programa de apoio para profissionais de saúde e técnico administrativo, intitulado *Four Our Team*, o qual foi assessorado por membros do MITSS. Explicitou a importância de reconhecer os procedimentos de alto risco, que resultam em ocorrências inesperadas, sobretudo, a morte, causando sofrimento emocional a toda a equipe. Salientou que os envolvidos em EA reagem, emocionalmente, de maneira similar, uma vez ser frequente a manifestação de sentimentos de ansiedade, raiva, irritabilidade, diminuição da confiança, depressão, isolamento e responsabilidade pelo ocorrido. Da mesma forma, é possível observar o impacto dos eventos por meio de sintomas físicos, tais como: dificuldade de concentração, distúrbio do sono e alimentar, choro, cefaleia, tensão muscular e fadiga. Além disso, soma-se a preocupação relacionada à perda do emprego, da licença profissional, o julgamento de colegas, perda da confiança junto à equipe de trabalho, e dúvida quanto às questões legais. Assim, ao abordar a trajetória de recuperação das segundas vítimas, apresentou as seis etapas do modelo de Scott e colaboradores (2009): instituição do caos e busca por resposta; reflexões intrusivas; restaurando a integridade pessoal; suportando a inquisição; obtenção dos primeiros socorros

emocionais e seguir em frente. O autor ressaltou que o cerne de um programa de apoio por pares é minimizar os efeitos emocionais negativos junto ao profissional da saúde e que seu desenvolvimento pode restabelecer a autoconfiança das segundas vítimas.

QUADRO 40 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 37

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Care for the Caregiver Program Implementation Guide [Internet]. April, 2016 [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor/module6-guide.html>.

TIPO DE MATERIAL: guia

CONTEÚDO DESCRITIVO

Trata-se de um guia para orientar as organizações de atenção à saúde no desenvolvimento e implementação do *Care for the Caregiver Program*, criado pela AHRQ, e dirigido aos líderes que desejam implantar o citado Programa. Expõe o conteúdo e a estrutura do Programa, ressaltando que um apoio pode ocorrer em diferentes níveis de assistência (local, organizacional e em rede de referência), e que a implantação de programas dessa natureza favorece o acolhimento dos profissionais de saúde, após um EA. O Guia apresenta um diagrama, contendo três níveis de apoio para as segundas vítimas: a assistência no local do EA, a participação dos apoiadores no transcorrer da crise e o encaminhamento para especialistas, está dividido em seis áreas: 1. Preparação da equipe para assumir efetivamente os atributos da cultura de segurança do paciente; 2. Identificação dos membros apoiadores da segunda vítima; 3. Estabelecimento de infra-estrutura; 4. Desenvolvimento de ações destinadas a divulgar internamente a equipe de resposta; 5. Promover a capacitação para os apoiadores e 6. Garantir a eficácia da equipe. Para isso, os autores do Guia recomendam a identificação das áreas ou serviços que possam apoiar o programa para segundas vítimas, selecionar as melhores estratégias junto aos apoiadores e divulgar as atividades do programa, tornando-o conhecido e acessível aos trabalhadores; e mencionam recursos adicionais disponíveis, como o MITSS.

QUADRO 41 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 38

Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;213:11-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.04.002.

INSTITUIÇÃO: N/A

TIPO DE MATERIAL: artigo de revisão narrativa

OBJETIVO

Estudar o fenômeno da segunda vítima entre profissionais que atuam em serviços de maternidade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, abordando a segunda vítima na assistência materna. A presente pesquisa seguiu as prerrogativas para um estudo de revisão, utilizando a estratégia PICO e foi realizada entre 2016 e 2017. Não houve restrição quanto ao idioma.

RESULTADOS

Frente aos estudos incluídos, foi possível verificar que o fenômeno segunda vítima está presente entre 10% e 72,6% dos profissionais de saúde, a depender da amostra. Os autores recuperaram estudos que demonstraram taxas elevadas de prevalência, sendo um proveniente da Espanha, no qual três quartos dos profissionais estiveram envolvidos em EA nos últimos 5 anos. Estudo com

residentes expôs as consequências do EA nos aspectos psicológicos e comportamentais, tais como: redução da qualidade de vida, esgotamento, depressão, exaustão emocional e menor realização pessoal. Pesquisa conduzida no Reino Unido elucidou as repercussões que o evento morte materna causou nos profissionais: culpa, vergonha e tristeza junto aos envolvidos, no qual os médicos apontaram a necessidade de capacitação para prepará-los para o manejo dessa situação. Estudo com enfermeiras na Austrália verificou que 67,2% havia presenciado um evento traumático, no momento do nascimento; outro estudo conduzido na Dinamarca com a participação de obstetras e parteiras mostrou que 85% estiveram envolvidas em parto traumático (parturiente ou RN); porém, 65% destas profissionais consideraram ter sua prática melhorada após o EA. Determinados estudos expuseram o direito da segunda vítima ser respeitada e tratada com compreensão e compaixão, componentes estes, foram integrantes do TRUST. No que tange às estratégias de enfrentamento, os estudos elucidaram formas variadas de ações, todavia a maior parte salientou o diálogo com o colega/pares de trabalho e a relação de confiança entre o apoiador e a segunda vítima. Por vezes, simples perguntas podem auxiliar a estabelecer o contato entre o apoiador e a segunda vítima. Ainda, em estratégias de enfrentamento, estas podem ser classificadas em três categorias: abordagem no problema ou na emoção; abordagem defensiva, onde o profissional nega a situação, distancia-se do fato e minimiza a gravidade do erro e construtiva, na qual o indivíduo assume a responsabilidade pelo erro e busca soluções; e, por fim, a abordagem expressa pela vergonha, com ambivalência de sentimentos (revelar ou ocultar o ocorrido) e pela culpa. Quanto à trajetória percorrida para a recuperação, o estudo listou os seis estágios preconizados por Scott e colaboradores. Outro aspecto identificado nesta revisão diz respeito aos programas de apoio existentes para as segundas vítimas, como o da Universidade do Missouri, o *Brigham e Women's Peer Support Team*, do *Hospital Johns Hopkins*, o da organização autônoma como MITSS, e o programa de âmbito nacional, como o ASSIST - ME, na Irlanda.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

A assistência em maternidade é uma arte imperfeita, sendo necessária a presença de estratégias de apoio aos profissionais na condição de segundas vítimas, para que, embora sofrendo com o trauma emocional, possam dar continuidade as suas atividades, contando com programas institucionais. Ademais, a mãe, o neonato e os familiares são considerados como as primeiras vítimas, necessitando de igual atenção. Os autores chamam a atenção para o fato de que os profissionais de saúde e a organização são parceiros, sendo essencial o trabalho conjunto, tanto nos momentos de sucesso como nas adversidades.

QUADRO 42 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DE ESTUDO 39

Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C et al. The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *J Med Internet Res*. 2017;19(6):e203. doi: 10.2196/jmir.7840.

INSTITUIÇÃO: Hospital e atenção primária

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Projetar e avaliar um programa *on-line* dirigido a profissionais de saúde hospitalares e de cuidados primários de primeira linha.

MÉTODO

Estudo quantitativo, exploratório-descritivo de intervenção nominada *Mitigating Impact in Second Victims* (MISE). O *website* foi projetado com conteúdo informativo e demonstrativo; sendo composto de um grupo com 15 especialistas na temática de qualidade e segurança do paciente. O objetivo do grupo era buscar conteúdo, informações relevantes e exemplos que envolvessem o fenômeno de segunda vítima e o contexto desta temática, para serem incorporadas ao MISE. O site foi organizado com dois módulos, a saber, "informativo", que foi estruturado para elucidar sobre segurança do paciente, incidência e características dos EA e explanação do fenômeno de segunda vítima, incluindo

terceira vítima, e o “demonstrativo” foi composto por informações relacionadas à trajetória e impacto emocional dos eventos adversos junto aos profissionais de saúde, como agir e interagir com o paciente e família, após um evento adverso e, ainda, 15 vídeos com recomendações de atitudes com acertos e erros frente a um evento adverso. Para estimular os profissionais, houve a preocupação em disponibilizar todo conteúdo do *site* em diferentes interfaces (texto, imagem, *PDF*, apresentações narrativas via *Power Point*, vídeos), incluindo um aplicativo móvel. Uma agência certificada em conteúdos de saúde foi responsável pela incorporação e funcionalidade do site na plataforma digital, seguindo os padrões de certificação pela avaliação externa. Em seguida, especialistas espanhóis na área de qualidade e segurança do paciente, no âmbito hospitalar e atenção primária, procederam a avaliação seguidos pelo grupo idealizador do site. O período compreendeu novembro de 2015 a fevereiro de 2017. Posteriormente, ocorreu a certificação externa pela *Andalusian Agency for Healthcare Quality* e uma autoavaliação, possibilitando identificar oportunidades de melhorias e funcionalidade da página da *Web*. Mediante a operacionalização da página, 26 profissionais de saúde com experiência em gestão dos serviços de segurança do paciente (médicos e enfermeiros de hospitais e centros de atenção primária) e nove serviços de saúde de comunidades autônomas da Espanha, representando 75% do desempenho assistencial do País, foram convidados avaliar o site. Para a análise dos dados, foi aplicado o teste *t Student* com medidas repetidas para verificar a validade da intervenção com base nos resultados pré e pós-testes, e aplicado o teste *McNemar* para examinar a repercussão dos vídeos.

RESULTADOS

Os achados do estudo mostraram que 40 (73%) dos padrões requeridos foram cumpridos, sendo concedida a certificação do site, apresentando como pontos relevantes o acesso do usuário, confidencialidade e privacidade, transparência e honestidade, credibilidade, atribuição de conteúdos e informações atualizadas. Em relação à avaliação dos participantes, obteve-se uma taxa de resposta de 266 (75,8%) dos profissionais, sendo 183 (68,8%) do sexo feminino, 120 (45,1%) eram enfermeiros, 114 (42,9%) médicos e 32 (12%) outros profissionais da saúde; e 225 (84,6%) possuíam experiência profissional superior a 3 anos. Em média, 2 meses foram necessários para a leitura do conteúdo, assistir aos vídeos e concluir as atividades requeridas. Os participantes classificaram de grande utilidade o *website*, uma vez que fornecia informações a respeito do fenômeno de segunda vítima, e orientações sobre o que fazer logo após a vigência de um EA, atribuindo nove pontos de um máximo de dez nos quesitos avaliados. No que tange à realização de pré e pós-testes dos conteúdos, os sujeitos referiram que o MISE produziu incremento do conhecimento acerca da temática de segurança do paciente, prevalência e impacto dos EA, sistemas de apoio para a segunda vítima e recomendações após um EA grave.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

O *website* contribuiu para aprimorar o conhecimento dos profissionais a respeito do fenômeno segunda vítima. Os autores sugerem que pesquisas sejam realizadas para verificar se o programa MISE é capaz de minimizar o estresse dos profissionais acometidos por EA e contribuir para redução da frequência de segundas vítimas.

QUADRO 43 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 40

Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martinez M, Nandan A, Yeh DD, et al. The surgeon as the second victim? Results of the Boston intraoperative adverse events surgeons' attitude (BISA) study. *J of Am Coll Surg*. 2017;224(6):1048-56.

INSTITUIÇÃO: Hospital

TIPO DE MATERIAL: artigo original

OBJETIVO

Avaliar a incidência de EAs intraoperatórios experienciados por cirurgiões; resposta emocional aos EA, métodos de apoio e barreiras para notificação.

MÉTODO
<p>Estudo quantitativo, transversal, realizado em três hospitais de ensino de uma faculdade de medicina, localizada em Boston – EUA. Os sujeitos da pesquisa foram cirurgiões de sete especialidades dos hospitais supracitados. Os médicos residentes, pesquisadores não praticantes e aposentados foram excluídos do estudo. A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro 2015. O instrumento de coleta de dados foi um questionário composto por 29 questões (abertas e fechadas), distribuído por meio eletrônico. O programa <i>Research Electronic Data Capture</i> - REDCap foi empregado para coletar, gerenciar e processar a análise de dados.</p>
RESULTADOS
<p>O estudo contou com o retorno de 126 (44,8%) dos questionários distribuídos. Dados demográficos revelaram a média de idade de 49 anos; 76,9% pertenciam ao sexo masculino; 82,5% realizaram mais de 150 procedimentos/ano; e 51,5% dos sujeitos eram cirurgiões geral. No último ano, a incidência de um EA foi 32%, 39% entre 2 e 5 anos e 9% os cirurgiões revelaram envolvimento superior a 6 por ano. Relacionado ao impacto emocional, 66% relataram ansiedade, 60% culpa, 52% tristeza, 42% vergonha e constrangimento e 29% raiva. Pouco mais de 10% responderam não ter experienciado emoção negativa após EA. Em relação aos sistemas de apoio, os participantes mencionaram o apoio de seus pares de trabalho, como o mais útil (42%), seguido dos membros da família (n= 29); aqueles que não encontraram nenhum sistema de apoio útil (n=9); Amigos (n=4); terapeuta ou conselheiro (n=3) e outro tipo de apoio (n=3). Os cirurgiões consideraram que o apoio formal ou informal da instituição esteve aquém de suas expectativas, indicaram um ambiente competitivo, ausência de empatia, na qual a abordagem dos erros e resultados insatisfatórios em seus procedimentos acarretava prejuízo à reputação profissional. Além disso, o fato de procurar ajuda para superar a situação, remetia à constatação de limitação de habilidade técnica e possibilitava críticas. Em razão da percepção desse comportamento negativo, muitos cirurgiões sentiram-se desestimulados a utilizar o apoio por pares e, assim, passaram a adotar uma postura de autossuficiência para lidar com o enfrentamento dos EA (repressão, autodefesa e despersonalização). Quanto à notificação, 45,2% dos cirurgiões mostraram-se desinformados em relação à notificação, entre as barreiras para o relato dos EA, divulgar para outras pessoas informações sobre as taxas individuais de EAs não foi uma prática aceita, conforme relatado por 92% dos cirurgiões.</p>
CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES
<p>O estudo mostrou que a ocorrência de EA foi superior ao esperado e que esta situação traz repercussões emocionais importantes aos profissionais envolvidos. Os programas de apoio institucional foram considerados insatisfatórios, e o temor de uma ação judicial somada à interpretação do conceito de EA favorece a subnotificação. Os autores recomendam que sejam realizados estudos que analisem, prospectivamente, os EAs, comparem distintos tipos de EA e pesquisas correlacionando os EA e o impacto emocional.</p>

QUADRO 44 – APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DO ESTUDO 41

Tamburri LM. Creating healthy work environments for second victims of adverse events. AACN Adv Crit Care. 2017; 28(4):366-74.	
INSTITUIÇÃO: N/A	TIPO DE MATERIAL: artigo de relato de experiência
OBJETIVO	
Relatar a criação programa <i>Health Work Environments</i> (HWE) destinado a enfermeiros de cuidados intensivos e líderes organizacionais.	
MÉTODO	
Relato de experiência, contextualizando as especificidades do ambiente de terapia intensiva e a suscetibilidade para a ocorrência de EA. O autor explanou acerca do fenômeno de segunda vítima	

relacionado aos conceitos, sofrimento após um EA, os estágios de recuperação descrito por Scott et al (2009), e dos cinco direitos da segunda vítima apresentados por Denham (2007), a saber, 1. Tratamento que é justo; 2. Respeito; 3. Compreensão e compaixão; 4. Cuidado de apoio e 5. Transparência com a oportunidade de contribuir para a futura prevenção de erros. Expôs a pertinência dos programas de apoio aos profissionais após a ocorrência de EA, considerando que, em razão da carência desse recurso, algumas entidades e agências reguladoras passaram a estruturar tais programas de modo formal e informal, dentro das organizações de saúde. Além disso, valendo-se das metodologias de avaliação de qualidade, algumas certificadoras estão exigindo diretrizes para o apoio a possíveis segundas vítimas. O código de ética profissional americano alerta sobre os direitos e deveres dos profissionais individual e coletivo e incluiu o apoio e o respeito para com os pares no ambiente de trabalho. Dessa forma, estas premissas vão ao encontro da proposta do programa HWE, implementado pelo *American Association Critical-Care Nursing* (AACN).

RESULTADOS

O estudo propôs seis padrões, com base em evidências científicas, para o HWE fornecer apoio para as segundas vítimas: 1. Comunicação qualificada - com a finalidade de estimular e desenvolver a habilidade de atenção e entendimento de uma situação de EA; 2. Colaboração verdadeira - com o intuito de compreender as atividades realizadas, apoiando as iniciativas de ajuda, promovendo respeito de opiniões e direcionamento das ações junto aos objetivos da coletividade; 3. Tomada de decisão eficaz - com a participação dos envolvidos no evento (paciente, família e profissionais de saúde); 4. Profissionais capacitados - indicando que a equipe de enfermagem necessita ser composta de profissionais que prestem uma assistência de qualidade e em ambiente adequado; 5. Reconhecimento significativo - cuja finalidade é valorizar o enfermeiro como profissional e enfatizar sua relevância à organização e 6. Liderança autêntica - neste item, é apontada a importância do gestor promover um ambiente de trabalho saudável, incluir os profissionais na construção dos protocolos e no desenho de processos, o líder deve ser condizente à prática de atitudes positivas e também prover meios para o alcance dos objetivos delineados. O autor refere os recursos disponíveis no *Clinician Support Toolkit for Healthcare*, que consiste de *checklist* de avaliação organizacional para implantação de um programa de apoio; cita outros programas como, *International Critical Incident Stress Foundation* (desenvolveu o CISM), *IHI: Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events*, *Johns Hopkins University and Health System: RISE*, *MITSS* e *University of Missouri Health Care: forYOU Team*.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

A autora assevera que a ocorrência de um EA acarreta prejuízo ao paciente/família, bem como efeitos emocionais desgastantes aos profissionais de saúde, com diferentes graus de intensidade e duração. Alguns estudos vêm apresentando alternativas para fornecer apoio a esses profissionais, mas, ainda há dúvidas quanto à efetividade e eficácia desses programas. O presente estudo sugeriu ações da AACN para desenvolver um ambiente de trabalho que proporcione apoio e recuperação para as segundas vítimas, considerando ser uma premissa à equipe multidisciplinar.

4.2.2 Caracterização dos estudos

Esta etapa apresenta as especificidades dos estudos integrantes desta revisão.

Os dados do Quadro 45 listam os estudos, conforme o número, título, portal/base/diretório/buscador acadêmico, ano, idioma e tipo de publicação.

Quadro 45 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com o número, título, portal/base/diretório/buscador acadêmico, ano de publicação, idioma e tipo de publicação, São Paulo – 2017/2018

(continua)

Nº do estudo	Título do estudo	Portal/base/diretório/buscador	Ano	Idioma	Tipo de publicação
1	Caring for our own: deploying a system wide second victim rapid response team.	CINAHL	2010	Inglês	Periódico
2	Caring for the caregiver: moving beyond the finger pointing after an adverse event.	<i>Google Scholar</i>	2011	Inglês	Periódico
3	The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions.	AHRQ	2011	Inglês	Periódico
4	Coping with medical error: the case of the health professional.	<i>OpenGrey</i>	2011	Inglês	Tese
5	The second victim of adverse health care events.	CINAHL	2012	Inglês	Periódico
6	How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations.	CINHAL	2012	Inglês	Periódico
7	Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?	CINAHL	2012	Inglês	Periódico
8	Nurses as second victims: supporting our colleagues following an adverse event.	CINAHL	2012	Inglês	Revista de Sociedade de Classe
9	Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review.	CINAHL	2013	Inglês	Periódico
10	Managing the untoward anesthetic event in an oral and maxillofacial surgery practice.	SCOPUS	2013	Inglês	Periódico
11	Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review.	SCOPUS	2013	Inglês	Periódico
12	Repercusión de los eventos em los profesionales sanitários. Estudio sobre las segundas víctimas.	EMBASE	2013	Espanhol	Periódico

Quadro 45 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com o número, título, portal/base/diretório/buscador acadêmico, ano de publicação, idioma e tipo de publicação, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Nº do estudo	Título do estudo	Portal/base/diretório/buscador	Ano	Idioma	Tipo da publicação
13	Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events.	CINHAL	2014	Inglês	Periódico
14	Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their work force.	Google Scholar	2014	Inglês	Periódico
15	"Second victim" casualties and how physician leaders can help.	EMBASE	2014	Inglês	Periódico
16	Suicide by clinicians involved in serious incidents in the NHS: a situational analysis.	Google Scholar	2014	Inglês	Relatório
17	Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital.	CINAHL	2015	Inglês	Periódico
18	The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals.	Web of Science	2015	Inglês	Periódico
19	Care of the clinician after an adverse event.	SCOPUS	2015	Inglês	Periódico
20	Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event.	SCOPUS	2015	Inglês	Periódico
21	Second Victim experiences in obstetrics and gynecology.	EMBASE	2015	Inglês	Periódico
22	Improving patient safety: the intersection of safety culture, clinician and staff support, and patient safety organizations.	AHRQ	2015	Inglês	Periódico
23	Second victim support: implications for patient safety attitudes and perceptions.	NPSF	2015	Inglês	Periódico
24	Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.	Segundas y Terceras Víctimas Proyecto de Investigación	2015	Espanhol	Guia
25	Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events.	EMBASE	2015	Inglês	Revista de Sociedade de Classe
26	Peer Support for clinicians: a programmatic approach.	AHRQ	2016	Inglês	Periódico
27	Psychological responses, coping, and supporting needs of healthcare professionals as second victims.	CINAHL	2016	Inglês	Periódico

Quadro 45 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com o número, título, portal/base/diretório/buscador acadêmico, ano de publicação, idioma e tipo de publicação, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Nº do estudo	Título do estudo	Portal/base/diretório/buscador	Ano	Idioma	Tipo da publicação
28	Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study	<i>Web of Science</i>	2016	Inglês	Periódico
29	Gestión de segundas víctimas en Galicia.	MEDLINE	2016	Espanhol	Periódico
30	Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales.	<i>Web of Science</i>	2016	Espanhol	Periódico
31	Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC).	EMBASE	2016	Espanhol	Periódico
32	Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study.	<i>Web of Science</i>	2016	Inglês	Periódico
33	The aftermath of medical errors: supporting our second victim colleagues.	EMBASE	2016	Inglês	Periódico
34	Impact of health care adversity on providers: lessons learned from a staff support program.	EMBASE	2016	Inglês	Periódico
35	The experiences of risk managers in providing emotional support for health care workers after adverse events.	EMBASE	2016	Inglês	Periódico
36	Peer support programs help health care workers overcome emotional trauma.	<i>Wiley Interscience</i>	2016	Inglês	Periódico
37	Care for the Caregiver Program implementation guide.	AHRQ	2016	Inglês	Guia
38	The second victim: a review.	<i>Web of Science</i>	2017	Inglês	Periódico
39	The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error.	SCOPUS	2017	Inglês	Periódico
40	The surgeon as the second victim? Results of the Boston intraoperative adverse events surgeons' attitude (BISA) study.	SCOPUS	2017	Inglês	Periódico
41	Creating healthy work environments for second victims of adverse events.	SCOPUS	2017	Inglês	Periódico

Fonte: A pesquisadora

(conclusão)

Os achados do Quadro 45 mostram que os estudos da presente revisão foram recuperados, em sua maioria, na literatura branca e nas bases CINAHL (nove), seguida pela EMBASE (oito) e SCOPUS (sete). Em se tratando da literatura cinzenta, nota-se que a AHRQ constituiu-se no maior sítio de recuperação, totalizando quatro estudos, seguidos do *Google Scholar* (três).

Pesquisas de revisão sistemática ou de escopo conduzidas por Seys et al. (2013); Serou et al. (2017); Cabilan e Kynoch (2017) e Schwendimann et al. (2018) nas temáticas relacionadas a segunda vítima e ao EA/erro apresentaram maior número de estudos recuperados na base CINAHL, consonantes aos achados desta revisão.

A CINAHL é uma importante fonte de dados ultrapassando 6 milhões de registros, com indexação de, aproximadamente, 5.500 periódicos, disponibilizando número superior a 1.200 periódicos indexados com texto completo, desde o ano de 1937; integra 50 especialidades na área de enfermagem e outras áreas da saúde. É compatível com *Elton B. Stephens Co.* (EBSCO) e *Nursing Reference Center* (NRC), sendo reconhecida nas organizações e credenciada pela *American Nurses Credentialing Center's Accreditation Program* e *International Association for Continuing Education and Training* (CINAHL, 2019; EBSCO, 2019).

A AHRQ é uma agência federal norte-americana, fundada há 30 anos e responsável por produzir conhecimento nas temáticas qualidade e segurança no sistema de saúde, instrumentalizar, mediante o desenvolvimento de pesquisas e diretrizes, os profissionais e agências reguladoras de saúde a tomarem decisões frente às políticas de saúde vigentes nos EUA. Em seu *website*, disponibiliza documentos, dados eletrônicos, ferramentas, publicações de artigos financiados ou desenvolvidos por pesquisadores (AHRQ, 2019c).

Quanto ao idioma e tipo de publicação, constatou-se que, majoritariamente, os estudos eram na língua inglesa 36 (87,8%) e provenientes de periódicos 35 (85,3%).

O ano de 2016 concentrou 12 (29,2%) dos documentos, sendo publicados 11 em periódicos, e um no formato de guia. Nesse ano também houve a maior concentração de publicações em espanhol, sendo três do total de sete.

Ao se analisar os achados deste quadro e os quadros contendo as sínteses, expostos, anteriormente, verifica-se que dos 35 estudos publicados em periódicos, 13 (37,1%) eram artigos originais; 8 (22,9%) teórico/reflexão; 6 (17,1%) artigos de revisão; 3 (8,6%) editorial/carta ao diretor; 2 (5,7%) relatos de experiência; 2 (5,7%) resumos de eventos e 1 (2,9%) estudo de caso.

Dentre os estudos de revisão, 3 (50%) consistiram em revisão de literatura, 1 (16,66%) em sistemática, 1 (16,66%) em integrativa e 1 (16,66%) em revisão narrativa.

Os dados do Quadro 46 apresentam os estudos, considerando o autor(es), tipo/natureza, país de origem e sede/local.

Quadro 46 – Descrição dos estudos da amostra, conforme o número, autor(es), tipo/natureza do estudo, país de origem e sede/local, São Paulo – 2017/2018

(continua)

Nº do estudo	Autor(es)	Tipo/natureza	País de origem	Sede/local
1	Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM et al.	Primário	EUA	Hospital e Universidade
2	Paparella S, Horsham PA.	Secundário	S/I	N/A
3	Scott SD.	Secundário	EUA	N/A
4	Sirriyeh RH.	Primário	Reino Unido	Hospitais e Organização de referência
5	Hall L, Scott SD.	Secundário	EUA	N/A
6	Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW.	Relato de Experiência	EUA	N/A
7	Wu AW, Steckelberg RC.	Secundário	EUA	N/A
8	Hofeldt R, McCotter PI.	Secundário	EUA	N/A
9	Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al.	Secundário	Bélgica, EUA, Itália	N/A
10	Kaltman SI, Ragan M, Borges O.	Secundário	EUA	N/A
11	Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB.	Secundário	EUA	N/A
12	Aranaz JM, Mira JJ, Herrero JF, Vitaller J.	Primário	Espanha	Hospital
13	Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M.	Primário	Suécia	Hospital
14	Van Gerven EV, Seys D, Panella M, Semeus W, Euwema M, Federico F, et al.	Primário	Bélgica	Hospital
15	MacLeod L.	Secundário	S/I	N/A
16	Strobl J, Panesar SS, Carson-Stevens A, McIlldowie B, Ward H, Cross H et al.	Primário	Inglaterra	Fundação
17	Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J.	Primário	EUA	Hospital
18	Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al.	Primário	Espanha	Hospital e Centro de Atenção Primária
19	Pratt SD, Jachna BR.	Secundário	EUA	N/A
20	Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER.	Primário	EUA	Hospital
21	Rivera EY, Lee C, Bernstein PS, Chazotte C, Goffman D.	Primário	EUA	Hospital

Quadro 46 – Descrição dos estudos da amostra, conforme o número, autor(es), tipo/natureza do estudo, país de origem e sede, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Nº do estudo	Autor(es)	Tipo/natureza	País de origem	Sede/local
22	Miller RG, Scott SD, Hirschinger LE, Walters S, Schanz N.	Secundário	EUA	N/A
23	Scott SD.	Primário	EUA	Hospital
24	Solves JJM, Martínez SL, Carrillo IM, Estopà LF, Busto CS, Pérez Pérez P et al.	Secundário	Espanha	N/A
25	White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW et al.	Primário	EUA	Sociedade Profissional
26	Shapiro J, Galowitz P.	Secundário	EUA	Hospital
27	Chan ST, Khong PCB, Wang W.	Secundário	Singapura	N/A
28	Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW.	Primário	EUA	Hospital
29	Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B, Martín Rodríguez, Carreras Viñas M.	Secundário	Espanha	N/A
30	Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al.	Secundário	Espanha	N/A
31	Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E.	Secundário	Espanha	N/A
32	Van Gerven E, Deweer D, Scott SD, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al.	Primário	Bélgica	Hospital
33	Edrees H, Wu A.	Primário	EUA	Hospital
34	Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegfeldt W, Havens L. et al.	Primário	EUA	Sistema de Saúde
35	Edrees H, Brock DM, Wu AW, McCotter PI, Hofeldt R, Shannon SE et al.	Primário	S/I	Sociedade Profissional
36	Putnam K.	Secundário	S/I	N/A
37	Agency for Healthcare Research and Quality	Secundário	S/I	Organização de Referência
38	Coughlan B, Powell D, Higgins MF.	Secundário	Irlanda	N/A
39	Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pastora Pérez-Pérez P, Silvestre C et al.	Primário	Espanha	Hospital e Atenção Primária
40	Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martinez M, Nandan A, Yeh DD, et al.	Primário	EUA	Hospital
41	Tamburri LM.	Relato de Experiência	EUA	N/A

Fonte: A pesquisadora

(conclusão)

Os achados do Quadro 46 denotam que Susan Scott e Albert Wu foram os autores com maior número de estudos na temática desta revisão de escopo, com nove e seis estudos, respectivamente.

Investigações recentes apontam estes dois autores como pioneiros no tema segunda vítima, contribuindo para a introdução, definição e consolidação do termo na literatura científica, organização de programas de apoio, assim como o desenvolvimento de pesquisas e a dissiminação do conhecimento (Cabilan, Kynoch, 2017; e Romero et al., 2018).

No que se refere ao tipo/natureza dos estudos, 20 (48,8%) foram considerados como pesquisas secundárias, 19 (46,3%) como pesquisas primárias, com homogeneidade entre os achados. A minoria, 2 (4,9%), foi relato de experiência.

Relacionado ao país onde os estudos foram desenvolvidos, verificou-se que a maior parte (51,2%) foi proveniente dos EUA, seguida da Espanha (17%). Houve uma pesquisa secundária realizada em parceria entre Bélgica, EUA e Itália.

Concernente à sede/local, considerando as 19 pesquisas primárias, 12 (63,2%) foram realizadas em hospitais; 4 (21%) em parcerias hospital e universidade, centro de atenção primária ou organização de referência, duas (10,5%) por sociedades de classe e uma (5,3%) por fundação.

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continua)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM et al.; 2010	Primário/Quantitativo/Qualitativo Descritivo/Prospectivo	898 sujeitos: profissionais de enfermagem, médicos, residentes e estudantes de medicina, farmacêuticos, fisioterapeutas e profissionais de apoio da enfermagem.	Questionário contendo dez itens com questões sociodemográficas, cinco questões de múltipla escolha e uma questão aberta.
Paparella S, Horsham PA; 2011	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A
Scott SD; 2011	Secundário/Teórico/Reflexão	31 profissionais (médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde).	Qualitativa – Entrevistas.
Sirriyeh RH; 2011	Primário/Métodos mistos: revisões sistemáticas, abordagem quantitativa, qualitativa e visitas técnicas.	<p>Cap. 2 - 24 artigos recuperados.</p> <p>Cap.4 - 15 profissionais de saúde (enfermeiros, consultor e outros profissionais da saúde).</p> <p>Cap. 5 - Estudo 1: 155 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, trabalhadores de farmácia e outros profissionais do Reino Unido).</p> <p>Cap. 6 - Estudo 2: 165 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, trabalhadores da farmácia e outros profissionais nos EUA).</p> <p>Cap. 7 - Estudo 3: dez sujeitos (gerentes sêniores e gerentes adjuntos de hospitais de cuidados paliativos).</p>	<p>Revisão sistemática.</p> <p>Grupo Focal e teste piloto.</p> <p>Questionário respondido pela escala tipo <i>Likert</i> com cinco graus.</p> <p>Questionário respondido pela escala tipo <i>Likert</i> com cinco graus.</p> <p>Entrevistas semiestruturadas.</p>

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Sirriyeh RH; 2011		Cap. 8 - Estudo 3: 26 sujeitos (membros do conselho executivo, membros de outros conselhos, gerentes, gerentes de risco, gerentes gerais e médico assistente). Cap. 9 – Estudo 4: 17.179 artigos recuperados. 26 profissionais de saúde (médicos residentes, médicos graduados acima de 2 anos de graduação, médicos graduados com experiência $\geq$ a 3 anos, médicos assistentes, enfermeiras, gerentes de unidade e farmacêuticos).	Entrevista. Revisão de literatura. Grupo focal.
Hall L, Scott SD; 2012	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A
Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW; 2012	Relato de Experiência	14 especialistas na área de segurança do paciente.	Teleconferências entre os participantes.
Wu AW, Steckelberg RC; 2012	Secundário/Editorial	N/A	N/A
Hofeldt R, McCotter PI; 2012	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A
Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al.; 2013	Secundário/Revisão de literatura	31 artigos selecionados.	Estratégias de busca junto a base de dados.
Kaltman SI, Ragan M, Borges O; 2013	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB; 2013	Secundário/Revisão integrativa	21 artigos recuperados.	Estratégia de busca junto à base de dados.
Aranaz JM, Mira JJ, Herrero JF, Vitaller J; 2013	Primário/Qualitativo/Exploratório/Descritivo	28 profissionais de meios de comunicação, serviços jurídicos, universidades e especialistas das Comunidades Autônomas e da <i>Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad</i> .	Roteiro com questões predefinidas e sessões de grupo focal.
Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M; 2014	Primário/Qualitativo	21 profissionais (enfermeiros, médicos e profissionais da saúde).	Entrevistas semiestruturadas
Van Gerven EV, Seys D, Panella M, Semeus W, Euwema M, Federico F, et al.; 2014	Primário/Quantitativo/Descritivo	59 instituições (37 hospitais gerais, 19 hospitais psiquiátricos e três centros de reabilitação). 30 instituições (15 hospitais gerais e 15 hospitais psiquiátricos).	Questionário. Análise dos protocolos fornecidos pelas 30 instituições e diante das recomendações do <i>White Paper</i> do IHI e do modelo proposto por de Scott.
MacLeod L; 2014	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Strobl J, Panesar SS, Carson-Stevens A, McIldowie B, Ward H, Cross H et al.; 2014	Primário/Métodos mistos	19 fundações do serviço nacional de saúde e quatro órgãos reguladores. Não foram encontrados estudos que respondessem à questão de pesquisa. S/I S/I	Questionário. Revisão de literatura: estratégia de busca junto a base de dados. Revisão de documentos de políticas nacionais. Revisão de escopo: estratégia de busca junto a base de dados de fontes disponíveis.
Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J; 2015	Primário/Estudo de caso	N/A	N/A
Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al.; 2015	Primário/Quantitativo/Transversal	1.087 sujeitos: médicos e enfermeiros.	Questionário.
Pratt SD, Jachna BR; 2015	Secundário/Revisão de literatura	S/I	S/I
Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER; 2015	Primário/Quantitativo/Exploratório/Descritivo	365 profissionais de saúde.	Questionário com 25 assertivas respondidas por meio da escala tipo <i>Likert</i> .
Rivera EY, Lee C, Bernstein PS, Chazotte C, Goffman D; 2015	Primário/Quantitativo/Exploratório/Descritivo	85 sujeitos: médicos estagiários e residentes.	Questionário eletrônico.
Miller RG, Scott SD, Hirschinger LE, Walters S, Schanz N; 2015	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Scott SD; 2015	Primário/Quantitativo/Exploratório/Descritivo	4.228 sujeitos: enfermeiras registradas e licenciadas e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, farmacêuticos, de apoio, dentre outros).	Questionário com 44 questões com escala <i>Likert</i> .
Solves JJM, Martínez SL, Carrillo IM, Estopà LF, Busto CS, Pérez Pérez P et al.; 2015	Secundário/Guia	N/A	N/A
White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW et al.; 2015	Primário/Quantitativo/Exploratório/Descritivo	12 gerentes de risco de nove organizações. 575 membros da sociedade (enfermeiros e gerentes de risco), integrantes de 423 instituições de saúde.	Questionário – pré-teste piloto do questionário. Questionário com assertivas respondidas, de acordo com escala tipo <i>Likert</i> .
Shapiro J, Galowitz P; 2016	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A
Chan ST, Khong PCB, Wang W; 2016	Secundário/Revisão sistemática	30 artigos.	Estratégia de busca nas bases e diretórios.
Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW; 2016	Primário/Métodos mistos	Fase I: seis sujeitos (diretor de segurança do paciente, membro do corpo docente, gerente de risco, pesquisador de segurança do paciente, gerente de enfermagem e capelão hospitalar).	N/A

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW; 2016		Fase II: 42 sujeitos. Fase III: 144 profissionais: enfermeiro registrado, farmacêutico, assistente social, clínico em pediatria, técnico clínico, terapeuta clínico, equipe médica e assistente, administrador de apoio ambiental e outros. Fase IV: nove participantes da fase III.	N/A Questionário com assertivas respondidas, de acordo com escala tipo <i>Likert</i> . Grupo focal.
Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B, Martín Rodríguez, Carreras Viñas M; 2016	Secundário/Carta ao diretor	N/A	N/A
Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al.; 2016	Secundário/Revisão de literatura	Contemplou seis estudos: Estudo 1: 406 profissionais (diretores e coordenadores de segurança do paciente de hospitais e CAP) Estudo 2: 1.087 médicos, enfermeiros e outros profissionais de hospitais e CAPS. Estudo 3: núcleo disciplinar de especialistas em gestão e segurança do paciente.	Questionário eletrônico (<i>on-line</i>) com cinco categorias e 45 intervenções. Questionário. Revisão de literatura para elaboração de um guia.

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al.; 2016		Estudo 4: 16 profissionais peritos em qualidade e segurança do paciente. Estudo 5: S/I Estudo 6: agentes de segurança de centros de saúde.	Selecionaram informações para compor o programa eletrônico (<i>on-line</i>). Revisão de literatura científica e jurídica. Revisão científica e entrevistas.
Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E; 2016	Secundário/Carta ao diretor	N/A	N/A
Van Gerven E, Deweer D, Scott SD, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al.; 2016	Primário/Qualitativo	31 profissionais: enfermeiros, médicos e parteiras.	Entrevista semiestruturada.
Edrees H, Wu A; 2016	Primário/Método Misto	Etapa 1: aproximadamente, 100 pessoas. Etapa 2: S/I Etapa 3: S/I Etapa 4: S/I	Questionário com assertivas respondidas de acordo com escala tipo <i>Likert</i> .
Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegefeld W, Havens L. et al.; 2016	Primário/Qualitativo	20 médicos e residentes.	Grupo focal.

Quadro 47 – Descrição dos estudos da amostra, de acordo com autoria e ano, detalhamento metodológico (natureza, abordagem, desenho), população/amostra (sujeitos e categoria) e instrumento/técnica de coleta de dados, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Autoria/ano	Detalhamento Metodológico	População/amostra	Instrumento/técnica
Edrees H, Brock DM, Wu AW, McCotter PI, Hofeldt R, Shannon SE et al.; 2016	Primário/Quantitativo/Transversal/Exploratório	579 membros da <i>ASHRM</i> .	Questionário com assertivas respondidas de acordo com escala tipo <i>Likert</i> , contendo quatro graus.
Putnam K; 2016	Secundário/Teórico/Reflexão	N/A	N/A
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2016	Secundário/Guia	N/A	N/A
Coughlan B, Powell D, Higgins MF; 2017	Secundário/Revisão narrativa	N/A	N/A
Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pastora Pérez-Pérez P, Silvestre C et al.; 2017	Primário/Quantitativo/Exploratório/Descritivo	266 sujeitos: enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde.	S/I
Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martinez M, Nandan A, Yeh DD, et al.; 2017	Primário/Quantitativo/Transversal	126 cirurgiões.	Questionário com 29 perguntas.
Tamburri LM; 2017	Relato de Experiência	N/A	N/A

Fonte: A pesquisadora

(conclusão)

Pela análise dos dados do Quadro 47, constatou-se que os estudos classificados como primários (19), nove empregaram a abordagem quantitativa; quatro, a qualitativa; quatro, a abordagem de métodos mistos; um quanti/qualitativa e um estudo de caso.

Relacionada à população/amostra, há uma diversidade numérica dos sujeitos em função da natureza/abordagem/desenho do estudo, variando entre 12 e 4.228. No que tange à categoria profissional, esta foi composta, majoritariamente, por enfermeiros e médicos.

Quanto ao instrumento/técnica, sete estudos de abordagem quantitativa utilizaram os questionários, sendo quatro com escala do tipo *Likert*. Para os conduzidos na abordagem qualitativa, a coleta de dados foi realizada, mediante entrevista semiestruturada (dois) e grupo focal (dois). Os estudos de métodos mistos coletaram os dados, empregando as seguintes técnicas e instrumentos: revisões – sistemática e literatura; construção validação e emprego de questionário; visitas técnicas; entrevistas e grupos focais.

De acordo com Polit e Beck (2011), as melhores evidências científicas originam-se de pesquisas rigorosas e metodologicamente apropriadas para a questão a ser investigada, e os pesquisadores trabalham, conforme o paradigma que melhor adapte-se a sua visão de mundo, sendo capaz de originar as questões que despertem sua curiosidade. Todavia as definições conceituais e operacionais são inerentes ao método científico, independentemente, da abordagem, necessitando clareza quanto ao significado, precisão e relação entre as variáveis ou o fenômeno estudado.

Nos estudos secundários, predominaram os teóricos/reflexão (nove), seguidos das revisões (seis); os estudos teóricos/reflexão abordaram a trajetória percorrida pelas segundas vítimas, formulando questionamentos sobre os fatores que concorrem para essa condição, fundamentação teórico-filosófica da temática, responsabilidades ético-legais do trabalhador e empregador, necessidades de apoio para minimizar os efeitos negativos vividos pelo profissional, comprometendo a saúde do indivíduo, mencionando, especialmente, os danos físicos e emocionais.

Também apresentaram estruturas de programas e modelos organizacionais de apoio para as segundas vítimas, implementados e consolidados, estabelecendo

relações entre o fenômeno segunda vítima e cultura de segurança institucional, segurança do paciente e repercussões na vida pessoal e profissional.

As revisões explanaram o tema segunda vítima em distintos segmentos, como também a categoria de profissionais envolvidos: enfermeiros, médicos, anestesistas e profissionais atuantes em maternidade; cuidado e apoio disponibilizados após a ocorrência de EA/erro; repercussões aos profissionais na condição de segunda vítima, assim como respostas psicológicas e estratégias de enfrentamento adotadas para lidar com a ocorrência de um evento inesperado. Ademais, uma das revisões reuniu cinco estudos provenientes da Espanha, indicando diferentes ferramentas para subsidiar os gestores na condução de ações frente ao fenômeno e munir de informação os profissionais sobre a multiplicidade de elementos que integram o fenômeno de segunda vítima.

A trajetória enfrentada pela segunda vítima é marcada, especialmente, pelo impacto emocional, repercutindo nos âmbitos pessoal e profissional. Nessa direção, programas de apoio podem trazer benefícios, tanto aos profissionais como às organizações de saúde, uma vez que favorecem o manejo e o restabelecimento emocional do indivíduo, fortalecem a relação profissional-instituição ao propiciarem acolhimento com empatia e respeito (White et al., 2008).

Nesta revisão, as estratégias de apoio foram agrupadas em quatro categorias a saber: os programas e serviços, os guias, as ferramentas e intervenções e ações.

Os dados do Quadro 48 mostram os estudos em relação ao número, categoria da estratégia de apoio e sua descrição.

Quadro 48 – Distribuição da amostra, conforme o número dos estudos, a categorização e a descrição das estratégias de apoio para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018

(continua)

Número dos estudos	Categoria	Descrição
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 41	Programas e Serviços	Os programas e serviços mencionados nos estudos destacaram aspectos relativos à origem, estrutura, organização, objetivo, composição da equipe, dentre outros. Assim, observou-se que o <i>Peer Support</i> (CPPS) foi precursor na idealização de programas de apoio para as segundas vítimas, seguido pelos <i>forYOU</i> (RRS), RISE e pelo serviço MITSS. Apresentam estruturas similares no que se refere à solicitação de apoio institucional, iniciando as atividades de apoio, mediante o contato com a segunda vítima, com alguma pessoa envolvida no evento, colegas de trabalho ou pares (profissionais da mesma área de atuação). Para tanto, utilizam recursos como telefone, <i>bip</i> , <i>intranet</i> ou “ <i>call button</i> ”. O objetivo é iniciar o apoio para a segunda vítima o mais breve possível, a fim de atender suas necessidades. Outra característica comum é que o apoio pode se dar por equipe multidisciplinar, que atue na própria organização. A organização/instituição é responsável pela instrumentalização e desenvolvimento de habilidades necessárias, para que o profissional promotor de apoio execute as atividades individual ou em grupo, bem como possa agir em distintos cenários ou situações ocasionadas pelo EA/erro. Outro aspecto que chama a atenção é que esses programas têm o propósito que as segundas vítimas sejam atendidas por pares de profissão, especialmente, com vivência semelhante, para facilitar a interação entre ambos, uma vez que a base inicial consiste em estabelecer uma comunicação efetiva, desenvolver a empatia e o sentimento de compaixão junto a segunda vítima. Os programas são acessíveis a todos os profissionais de saúde, em tempo integral e contínuo, atuam em dois ou três níveis - RISE e <i>forYOU</i> . Dessa forma, no programa RISE, os níveis de atuação de apoio ocorrem por meio de dois apoiadores de pares disponíveis por plantão, trabalhando em conjunto, na implementação de ações. Quanto ao programa <i>forYOU</i> , as segundas vítimas recebem apoio em três níveis, também chamado de “ <i>Scott Three-Tiered Integrated Model of Interventional Support</i> ” ou Triade de Scott. Neste modelo, o apoio emocional inicial é fornecido por um apoiador, independentemente, da função exercida (diretor, gerente, supervisor ou colega de trabalho) no próprio local ou departamento onde ocorreu o EA.

Quadro 48 – Distribuição da amostra, conforme o número dos estudos, a categorização e a descrição das estratégias de apoio para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Número dos estudos	Categoria	Descrição
1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 41		<p>O Estudo 1 pondera que, neste primeiro nível, 60% das segundas vítimas têm suas necessidades emocionais atendidas, pois a atenção está voltada ao bem-estar psicológico dos profissionais de saúde e à prevenção do impacto negativo da ocorrência. No segundo nível, os profissionais apoiadores exercem atividade em áreas críticas e são preparados para identificar as possíveis segundas vítimas a partir de sinais e sintomas de sofrimento. Esta estratégia visa a apoiar e orientar de forma imediata as segundas vítimas, em razão do preparo dos apoiadores, prevendo-se suprir as necessidades das segundas vítimas em percentual superior a 30%. Soma-se, ainda, a disponibilidade de gerentes de segurança do paciente e gerentes de risco para conduzirem questões relacionadas à averiguação do EA e fases de uma possível ação judicial, como um recurso adicional. Ressalta-se que o atendimento de apoio é realizado individualmente, porém quando um grupo é afetado por um EA, o acolhimento passa a ser coletivo. O terceiro e último nível deste modelo disponibiliza atendimento profissional especializado para a segunda vítima, quando se esgotarem os recursos de atuação da equipe de apoiadores. Este mesmo estudo, estima que 10% das segundas vítimas necessitarão de ações no terceiro nível. Dentre os profissionais especializados, encontram-se psicólogos, conselheiros e profissionais do departamento jurídico. Os programas foram idealizados para manter sigilo e confidencialidade das informações e são fundamentados em bases legais e políticas, visando a proteger a segunda vítima. Por fim, os programas/serviços supracitados atuam em parceria com o serviço/setor de gerenciamento de risco das organizações, todavia, são independentes administrativamente. Outro achado desta categoria foi a citação dos programas denominados CISM e <i>Critical Crisis Management Plan</i>, com a finalidade de atender às situações de crise. Em um momento inicial, esses programas trabalhavam junto a policiais e bombeiros e, posteriormente, incorporaram os profissionais de saúde de forma a capacitá-los para atuarem em situações estressantes, de qualquer natureza. Um outro programa da Universidade de Illinois, nos EUA, foi desenvolvido sob sete pilares, que encorajam a notificação de EA/ erro junto aos profissionais de saúde e pacientes, empreende esforços pela integração dos serviços de melhoria da qualidade, segurança do paciente e gerenciamento de risco, assim como identificam e assistem a segunda vítima, enquanto o EA/erro é investigado. Ainda, verifica-se no estudo a presença do <i>Code Lavender</i> com o propósito de oferecer para a segunda vítima apoio psicológico holístico, sendo solicitado por meio de código hospitalar.</p>

Quadro 48 – Distribuição da amostra, conforme o número dos estudos, a categorização e a descrição das estratégias de apoio para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Número dos estudos	Categoria	Descrição
24, 29, 30, 37	Guias	Os estudos 24, 29 e 20 descreveram como estratégia de apoio a implementação de Guias, que envolvem, especialmente, recomendações destinadas a fomentar a cultura de segurança, construir e implementar política institucional, visando a assistir o paciente (primeira vítima, os profissionais de saúde (segunda vítima) e as instituições (terceira vítima), após a ocorrência de EA/erro em várias regiões da Espanha; indicando para a operacionalização das estratégias, instrumentos como: roteiro, lista de verificação, algoritmo das ações e intervenções a serem executadas pelos profissionais. O estudo 37 apresentou o Guia desenvolvido pela AHRQ, para nortear os gestores e profissionais das organizações de saúde a implantar, monitorar e aprimorar o programa <i>Care for the Cargiver Program</i> .
4, 6, 7, 30	Ferramentas	Nesta categoria, encontram-se os estudos que citaram ferramentas como meio para apoiar as segundas vítimas. Os estudos 4, 6 e 7 retrataram o <i>kit</i> de ferramentas <i>Toolkit</i> , disponível no site do MITSS, contendo dez tópicos. Este <i>kit</i> foi desenvolvido por um comitê de especialistas e denominado de <i>Toolkit for Building A Clinician and Staff Support Program</i> . Os elementos principais são: 1. Cultura interna de segurança; 2. Consciência organizacional; 3. Formação de um comitê consultivo multidisciplinar; 4. Compra/Aquisição da ideia pela liderança; 5. Considerações sobre gerenciamento de risco; 6. Políticas, procedimentos e práticas; 7. Operacionalização; 8. Capacitação da equipe de apoiadores; 9. Disseminação/Plano de comunicação e 10. Aprendendo e aprimorando oportunidades (MITSS, 2010). O estudo 30 apresentou a ferramenta eletrônica com o acrônimo BACRA, criada para auxiliar os gestores no monitoramento dos riscos junto da assistência à saúde (BACRA, 2015).
1, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40	Intervenções e Ações	Nesta quarta categoria foram agrupadas as estratégias de apoio emocional, consideradas informais e formais. Dentre as informais, emergiram o relato da situação de EA/erro para colegas, familiares, cônjuge ou pessoa de similar importância, pares de profissão, amigos, terapeuta, conselheiro, gestores, supervisores e gerentes de risco. As estratégias formais também foram pautadas na comunicação e diálogo, onde a segunda vítima expôs as circunstâncias do EA/erro à família, ao gestor, a uma pessoa de confiança, a profissional especializado em saúde mental ou pares. Este cenário pôde, na maior parte das vezes, ser compreendido como algo formal e discutido com profissionais com maior experiência.

Quadro 48 – Distribuição da amostra, conforme o número dos estudos, a categorização e a descrição das estratégias de apoio para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Número dos estudos	Categoria	Descrição
1, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40		Outro aspecto desta categoria foi a concepção de que alguns estudos abordaram as intervenções e ações baseadas em estratégias com ênfase no problema e na emoção (Estudos 27,32 e 38), escrita reflexiva (Estudo 5 e 9), afastamento temporário do trabalho (Estudos 25 e 29), e outros como repressão, autodefesa ou negação do fato (Estudos 8, 29,32,38 e 40), despersonalização (Estudo 29). Também foram mencionados como apoio à capacitação: a aprendizagem com o erro e o <i>feedback</i> positivo. Outra maneira citada, como apoio foi o Decálogo (Estudo 12), que consiste em 10 recomendações de boas práticas para apoiar as segundas vítimas e, ainda, aqueles profissionais que revelaram ter conseguido resolver sozinhos a situação. Ademais, as organizações/instituições foram apontadas como fonte de apoio, operacionalizado pelo programa de assistência aos trabalhadores e por políticas e diretrizes institucionais destinadas a proteger a relação paciente/profissional e a USVIC (Estudo 31). Outra forma de apoio foi o desenvolvimento de um <i>website</i> – MISE (Estudo 39), que surgiu com a proposta de apresentar o panorama de segurança do paciente, clarificar acerca do fenômeno de segunda vítima e fornecer subsídio à comunicação junto ao paciente/familiares, após um EA.

Fonte: A pesquisadora

(conclusão)

A análise dos dados do Quadro 48 revela que os estudos abordaram distintas estratégias destinadas a apoiar as segundas vítimas.

A categoria Programas e Serviços foi citada em 26 estudos; o programa *forYou* foi mencionado em 17 estudos (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 15, 16, 19, 22, 23, 25, 36, 38 e 41), também, denominado *forYOU Team*, programa de apoio em “3 níveis” ou como programa da Universidade do Missouri. Vale salientar que o programa RRS (2007) foi antecessor dentro do complexo de hospitais da referida universidade, que forneceu subsídios para construção e implementação do *forYou Team*, em 2009 (Scott et al., 2010).

Ainda nesta categoria, o MITSS foi apontado em 14 estudos (Estudos 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 19, 25, 37, 38 e 41). Embora em alguns dos estudos, o MITSS seja referido como um programa, trata-se uma entidade sem fins lucrativos, idealizada em 2002, a partir do trabalho conjunto entre um médico anestesista e uma paciente acometida por EA. Tem por objetivo desenvolver programas de educação destinados a profissionais de saúde que cometeram EA/erro na assistência e sua missão consiste em oferecer apoio aos profissionais, pacientes e famílias vítimas de eventos indesejáveis e às organizações de saúde. Outrossim, disponibiliza ferramentas para nortear o desenvolvimento e avaliação de um programa de apoio, documentos e recursos didáticos para instrumentalizar os profissionais de saúde quanto à divulgação do erro e pedido de desculpas ao paciente/família, e cursos de capacitação para distintos públicos (MITSS, 2017).

Nesta categoria, também o RISE foi reportado em sete estudos (5, 7, 19, 28, 33, 38 e 41), nominado programa de apoio por pares. Inicialmente, o RISE foi desenvolvido na unidade pediátrica do hospital *Johns Hopkins*, em 2010, em Boston - EUA, sob a coordenação de uma equipe multidisciplinar (diretor de segurança do paciente, docente da universidade de medicina, gerente de risco, pesquisador de segurança do paciente, gerente de enfermagem e capelão), estendendo-se às demais unidades do hospital (Edrees et al., 2016).

Cabe pontuar que, previamente, à implantação deste programa, um projeto piloto foi realizado com uma equipe de trabalho multidisciplinar, denominada “Segunda Vítima”, destinada a prover acolhimento emocional aos profissionais nessa condição, resultando na seleção das melhores evidências que fundamentaram o RISE (Edrees et al., 2011).

O *Center for Professionalism and Peer Support* – CPPS surgiu em 2004, após uma experiência pessoal que culminou em um EA anestésico do médico Dr. van Pelt, no *Brigham and Women's Hospital*, Boston (EUA), sendo consolidado em 2006, descrito nos estudos 4, 15, 19, 26 e 38 e tido como precursor no desenvolvimento de programa de apoio por pares (van Pelt, 2008).

Os Programas CISM (Estudos 9, 25 e 41) e CISD (Estudos 4 e 16), em um primeiro momento, foram concebidos para apoiar socorristas a enfrentarem eventos traumáticos, após aprimoramentos, passaram ser utilizados para outros grupos de pessoas com vivência em situações similares.

O CISD caracteriza-se por atender grupo de pessoas com a finalidade de reduzir os efeitos negativos produzidos por uma situação adversa na assistência à saúde e auxiliar estas pessoas na recuperação do trauma. Geralmente, a intervenção ocorre entre 24 e 72 horas após o evento, porém é possível que esta ocorra de imediato. As atividades acontecem por meio de reuniões, pela *Grief and Loss Session*, que consiste em uma abordagem individual ou em grupo realizada nos eventos que culminaram em morte da primeira vítima, visando a analisar e compreender as circunstâncias que levaram a esse desfecho.

Para além disso, o CISM oferece um conjunto atividades, como a *Defusing*, considerada uma alternativa mais rápida e informal de encontro, que tem como objetivo equilibrar as emoções de forma individual, espontânea e privada, aplicada nas primeiras 12 horas após o incidente; o *Crisis Management Briefing*, na qual o incidente é discutido coletivamente; o *Critical Incident Adjustment Support* é extensivo a indivíduos, famílias e grupos a enfrentarem as situações com sequelas permanentes ou morte decorrente do incidente e a *Pre-Crisis Education* associa ações, técnicas de resposta e sistemas de enfrentamento para situações críticas (CISM, 2018).

Pelos estudos 5 e 7, identificou-se que, em 2004, a *University of Illinois Medical Center* (UIC), desenvolveu um programa para averiguar e conduzir a práticas por ocasião de eventos inesperados de segurança que causaram danos aos pacientes, é baseado em sete pilares: o primeiro, consiste em estimular profissionais da saúde e pacientes a declararem incidentes relacionados à assistência; no segundo, o gerente de risco analisa os fatos na busca de danos ao paciente; no terceiro, proceder a comunicação efetiva e transparente ao longo de todo o processo; o quarto, manifestar pedido de desculpas, caso o incidente seja

confirmado, com rapidez de compensação; o quinto, prevê desenvolver melhorias dos processos a partir dos problemas identificados no incidente e evitar sua recorrência; sexto, monitorar e analisar sistemicamente os dados relacionados ao incidente; e o sétimo, promover o aprimoramento contínuo dos profissionais atuantes na assistência ou gerência (McDonald et al., 2010). Cabe ressaltar que outros estudos (14, 24, 30 e 31) também implementam melhorias a partir da análise de causa-raiz do EA, e alguns deles, convidam as segundas vítimas para participar.

Ainda em se tratando de Programas, os Estudos 36 e 38 apontam o “*For Our Team*” e o ASSIST- ME, respectivamente. O primeiro foi desenvolvido no *Lawrence+Memorial Hospital* em *Connecticut*, voltado a fornecer apoio para profissionais de saúde e pessoal técnico administrativo, sob acessoria do MITSS (Putnam, 2016).

O segundo consiste em um modelo de equipe de suporte, adaptado do *Medical Protection Society’s A.S.S.I.S.T. Model*, que fornece apoio logo após um EA, por meio de ambiente seguro e reservado. É representado pela sigla em inglês, onde a letra “A: *ACKNOWLEDGE/ASSESS*”, traduz a necessidade de reconhecer a repercussão do EA junto ao profissional, fornecer empatia e avaliar a necessidade de afastar esse profissional de suas atividades rotineiras; “S: *SORRY*”, representa o pedido de desculpas pela ocorrência; “S: *STORY, SHARE*”, equivale viabilizar o momento para que o profissional manifeste sua vivência e o apoiador compartilhe de alguma experiência pessoal; “I: *INQUIRE/ INFORMATION*”, exprime o encorajamento junto ao profissional para realizar questionamentos e o papel do apoiador é estimular perguntas e respostas; “S”: *SUPPORTS, SOLUCITIONS*”, caracteriza-se por fornecer as informações sobre os tipos de suporte disponíveis (formal, informal ou suporte prático); “T: *TRAVEL*”, significa que durante o andamento do processo de investigação, revisão e divulgação do EA, os apoiadores fornecem apoio e segurança para as segundas vítimas; “M: *MAINTAIN, MONITOR, MOVING*”, que equivale a manter contato com o profissional, monitorar sua evolução e seguir em frente; e, por fim, o “E: *END, EVALUATE*”, constitui a fase final e de avaliação (*Health Service Executive*, 2013).

A categoria incluindo os Guias surgiu em quatro dos estudos, tendo como principal arcabouço recomendações frente à cultura de segurança, política e diretrizes institucionais, algoritmos para condução do EA, monitoramento da

segunda vítima e disponibiliza orientações para implantação e aprimoramento do programa *Care for the Cargiver Program*.

A categoria ferramenta foi apontada em quatro estudos (4, 6, 7 e 30), com a indicação da *Toolkit*, construída em 2010, por meio de consenso de especialista e disponibilizada pelo MITSS, e a BACRA, criada em 2015, seguindo os preceitos da Lei nº16/2003 de 28 de maio, do Sistema Nacional de Saúde da Espanha para assessorar hospitais e centros de saúde, tendo o propósito de subsidiar essas instituições na condução e análise dos EA, aprimorar as ações de prevenção de EA/erros, orientar os profissionais vitimados sobre o melhor momento e como revelar a ocorrência ao paciente/família e indicar a forma de abordagem do profissional – individual ou em grupo (BACRA, 2015).

A quarta categoria foi composta por uma série de intervenções e ações reportadas nos estudos (1, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39 e 40), que foram expressas quanto à maneira de atuação, pessoa ou profissional de apoio, âmbito de acometimento do evento - pessoal e profissional.

Nessa perspectiva, 11 estudos (1, 9, 11, 17, 20, 21, 23, 25, 26, 36 e 40) mostraram o apoio formal ou informal realizado pelos pares; sete (1, 13, 14, 19, 27, 28 e 40) expuseram apoio de colegas de trabalho ou profissão, cônjuge ou pessoa de similar importância, membros da família, amigos e equipe multidisciplinar e 10 (1, 16, 18, 19, 20, 25, 27, 29, 35 e 40) retrataram o apoio proveniente de gestores, conselheiros ou terapeutas, gerentes de risco, líderes, supervisores, gerentes, direção do hospital, profissionais do departamento/unidade ou instituição e apoio psicológico.

Estudo recente conduzido por Leferink et al. (2018), em um hospital universitário na Holanda, com médicos nas especialidades de cirurgia e diagnóstico, envolvidos em EA graves, mostrou que o apoio emocional mais benéfico foi proveniente de colegas.

A escrita reflexiva ou expressiva mencionada nos Estudos 5 e 9 consiste em uma estratégia mediada pela escrita terapêutica, descrita pelo psicólogo James Pennebaker, demonstrando que, ao redigir fatos, acontecimentos ou experiências traumáticas, os indivíduos atingem significativos benefícios relacionados ao humor e bem-estar. Dessa maneira, é considerada como uma técnica potencialmente terapêutica de recuperação física e psíquica, aumentando a capacidade cognitiva e

a compreensão da situação, contribuindo na resolução de problemas (Pennebaker, 1997, 2018).

Cabe pontuar que, a maior parte dos estudos da categoria programas e serviços, foi de natureza secundária, publicados em periódicos, no formato de artigos teóricos/reflexão, concentrando a produção em 2016.

Ainda, nota-se pelos achados do Quadro 48 que os estudos (1, 4, 9, 10, 11, 16, 17, 19, 23, 25, 26, 28, 36, 38 e 39) mencionam, tanto programas e serviços como intervenções e ações, sendo metade dos estudos de natureza primária; a maioria proveniente de artigos originais 5 (33,3%), seguidos pelos artigos de revisão 4 (26,6%), artigos teórico/reflexão 3 (20%), e tese, relatório e estudo de caso com o mesmo percentual 1 (6,7%). Deste grupo de estudos, a maior parte 9 (60%) foi proveniente dos EUA, totalizando 15, no idioma inglês, com maior concentração de publicações em 2015; 4 (26,6%), tendo dentre os autores, os estudos de Scott, 3 (20%).

Nos dados do Quadro 49, encontram-se os estudos que abordaram as características das estratégias de apoio relativas ao local, âmbito e caráter da abordagem, executante, composição da equipe de apoio e repercussões para a segunda vítima.

Quadro 49 - Descrição dos estudos da amostra que apontaram local, âmbito e caráter da abordagem, quem executa, composição da equipe de apoio e repercussões para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018

(continua)

Nº estudo	Local da abordagem	Âmbito da abordagem	Carácter da abordagem	Executante	Composição da equipe de apoio	Repercussão
1	No local do evento	Institucional	Individual	Equipe de profissionais da instituição	Equipe interna (RSS)	-
	No local do evento	Institucional	individual	Equipe de profissionais da instituição	Equipe multidisciplinar: Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas respiratórios e outros membros da equipe de saúde (<i>forYOU</i>)	Abandonar a profissão Resolver o problema sozinho
4	-	Institucional (<i>forYOU</i>)	Individual e coletivo (<i>forYOU</i>)	-	-	-
5	-	-	-	-	-	Medo de perder o emprego
8	-	-	Individual e coletivo	-	Equipe multidisciplinar (<i>forYOU</i>)	-
11	-	Institucional	-	-	-	Intenção de abandonar a profissão Mudança construtiva após o erro, Esgotamento, Sofrimento moral
16	-	-	Individual	-	-	Abandonar a profissão Autodestruição Suicídio
18	No próprio departamento ou unidade (CAP)	-	-	Enfermeiro e Médico	-	Pausa no trabalho após o EA Transferência de departamento/unidade Abandonar a profissão

Quadro 49 - Descrição dos estudos da amostra que apontaram local, âmbito e caráter da abordagem, quem executa, composição da equipe de apoio e repercussões para a segunda vítima, São Paulo – 2017/2018

(continuação)

Nº estudo	Local da abordagem	Âmbito da abordagem	Caráter da abordagem	Executante	Composição da equipe de apoio	Repercussão
19	-	-	-	-	-	Mudar de carreira Uso de drogas ilícitas e álcool Ausência prolongada Aposentadoria da prática assistencial Suicídio
25	Unidades de trabalho da instituição	Institucional	Individual e coletivo	Equipe de profissionais da instituição	Equipe multidisciplinar	-
26	-	Institucional	Individual e coletivo	Equipe de profissionais	Equipe multidisciplinar	Isolamento Suicídio
27	-	-	Individual e coletivo	Equipe externa de profissionais ou gerentes	Equipe	Sofrimento de longa data
28	Unidade de trabalho	Institucional	Individual	Equipe multidisciplinar	Equipe multidisciplinar	-
29	-	Regional	-	Gestor de Risco	-	-
31	No local do evento ou na própria instituição	Regional	Individual e coletivo	Equipe de profissionais externos	Enfermeiro, Médico especialista em bioética, Psicólogo especialista em psico-oncologia, Advogado	-
33	-	Institucional	-	-	-	-
34	-	Institucional	-	-	-	-
35	-	-	-	Gerente de Risco	Gerente de Risco	-
36	Unidade ou departamento -	Institucional Institucional	Individual e coletivo Individual e coletivo	-	-	-
39	-	Regional	-	-	-	-

Fonte: A pesquisadora

(conclusão)

Nesta revisão, 19 estudos (1, 4, 5, 8, 11, 16, 18, 19, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36 e 39) mencionaram uma ou mais características relativas à abordagem da segunda vítima. Nessa ótica, observa-se que três estudos indicaram que a abordagem é realizada na unidade/departamento de trabalho e uma referência que a abordagem era feita dentro da própria organização. Quanto ao âmbito, predominou o institucional (Estudos 1, 4, 11, 25, 26, 28, 33, 34 e 36), o caráter individual e coletivo (Estudos 4, 8, 25, 26, 27, 31 e 36). A equipe de profissionais com a maior atividade como executante foi encontrada nos Estudos 1, 25, 26 e 28, dois deles eram realizados por equipes de profissionais externos, um outro estudo, a abordagem era executada pelo gerente de risco e outro, por enfermeiro e médico.

Quanto à composição da equipe de apoio, a equipe multidisciplinar foi apontada em cinco estudos (1, 8, 25, 26 e 28), e no Estudo 35 contou com a presença do gerente de risco. Cabe pontuar que, no estudo 31, além dos profissionais enfermeiro e médico, também há especialista em bioética, advogado e psicólogo especialista em psico-oncologia.

Dukhanin et al. (2018) constataram não haver consenso relativo ao caráter da abordagem da segunda vítima, uma vez que, ao estudarem essa variável, uma parte dos profissionais desejava a individual e outra em grupo; quanto ao local, alguns sugeriram na própria unidade, outros mencionaram em outro local da instituição.

Concernente às repercussões para a segunda vítima, verificou-se uma diversidade de situações, porém prevaleceram as citações de abandono da profissão e o suicídio (Estudos 1, 11, 16, 18, 19 e 26). Também as segundas vítimas referiram o medo relacionado à perda do emprego, como repercussão do EA (Estudo 5), corroborada por Scott et al. (2009), que inclui a tensão em relação a processo judicial e medo da perda do registro profissional.

A seguir, os dados do Quadro 50 expõem os estudos, de acordo com a natureza, os sentimentos e as repercussões nos âmbitos pessoal e profissional da segunda vítima.

Quadro 50 – Descrição da amostra de acordo com a natureza, número do estudo e sentimentos e repercussões nos âmbitos profissional e pessoal da segunda vítima, São Paulo – 2017/2018

Natureza e número do estudo	Sentimentos e repercussões no âmbito profissional	Sentimentos e repercussões no âmbito pessoal
Primários 1, 4, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 28, 32, 33, 34, 35, 39, 40	Vergonha, culpa, julgamento, insegurança, descrença, lembranças recorrentes do evento, frustração, reputação prejudicada, preocupações com medidas disciplinares e questões legais, humilhação, desejo de fazer reparações, isolamento, remorso, constrangimento, falta de controle da situação, incapacidade ou medo em retornar ao trabalho, diminuição da resiliência, percepção da imperfeição, perda do prazer pelo trabalho, estresse, isolamento, hipervigilância, dificuldade ou perda da concentração, medo de recorrência, atitude defensiva, perda ou ameaça da autoconfiança, ruptura nas relações com os colegas e/ou paciente, medo de perder o emprego, dificuldade de revelar o erro ao paciente e comunicar o evento aos gestores, questionamentos sobre suas habilidades e competências.	Distúrbio do sono, cansaço, tontura, confusão mental, vômito, choro, epigastria, emagrecimento, distúrbios alimentares, exaustão, tremor e fator desencadeante para o infarto. Medo, tristeza, ansiedade, depressão, infelicidade, arrependimento, sofrimento ou esgotamento a longo prazo, estado de choque, autocrítica exacerbada, isolamento, raiva, solidão, pânico, perturbação, autculpa, pessimismo, decepção, desânimo, desespero, desamparo, desesperança, sensação recorrente de não ser mais a mesma pessoa ou ser feliz novamente, tensão no ambiente familiar, irritabilidade constante, despersonalização e pensamento suicida.
Secundários 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 19, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 36, 37, 38	Medo, vergonha, culpa, desprezo, julgamento, insegurança, lembranças recorrentes do evento, frustração, reputação prejudicada, preocupações e medo com medidas disciplinares e legais, incompetência, inadequação para o trabalho, remorso, constrangimento, perda da confiança, terror, pavor, sensação de traição ao paciente/familiar, memórias intrusivas, esquivar-se das atividades de cuidado, buscar por culpados, dificuldade de concentração, incapacidade ou ansiedade em retornar ao trabalho, medo da censura, do litígio, <i>burnout</i> , preocupação relacionada à perda do emprego, da licença profissional e da confiança junto à equipe de trabalho.	Distúrbio do sono, distúrbio alimentar, irritabilidade, agitação excessiva, fadiga, alteração de sinais vitais (taquicardia, taquipneia, aumento da pressão arterial), tensão muscular, dores de cabeça, náusea/ vômitos, diarreia. Ansiedade, choque, tristeza, depressão, preocupação, desamparo, raiva, isolamento, silêncio, angústia, luto, terror, pavor, ideação suicida, aflição, negação, choro, esgotamento, exaustão emocional, dificuldade de expor o ocorrido, redução da qualidade de vida, menor realização pessoal.
Relato de Experiência 6,41	Vergonha, culpa, lembranças recorrentes do evento, frustração, constrangimento, descrença, dificuldade de concentração e remorso.	Ansiedade, raiva, tristeza, depressão

Fonte: A pesquisadora

A presente revisão de escopo independe da natureza da pesquisa, os estudos evidenciaram um conjunto de sentimentos e preocupações dos profissionais na condição de segunda vítima, assim como as repercussões na vida pessoal e profissional.

Nessa perspectiva, autores como Waterman et al. (2007); Seys et al. (2013); Leferink et al. (2018) coadunam estes achados ao identificarem os sentimentos de vergonha, raiva, frustração, medo, fracasso, insegurança, tristeza, descrença, ansiedade e estresse em suas investigações.

Da mesma forma, os estudos de Waterman et al. (2007); Nelson e Beyea (2009); Scott et al. (2009) e Gómez-Durán et al. (2018) mostraram que os EA atingem a integridade pessoal e profissional das segundas vítimas, ao verificarem que 44% dos profissionais questionam suas habilidades e competências, 42% manifestam menor satisfação profissional, 13% preocupações quanto à reputação no ambiente de trabalho e 44% apresentam distúrbios do sono.

Em relação às palavras-chave ou descritores, integraram 14 estudos, totalizando 72, média de 5,14 (dp1,29), mínimo de 3 e máximo de 7, e as três maiores frequências: 8 (57,1%) *second victim*, 6 (42,9%) *adverse event* e 5 (35,7%) *patient safety*.

Nesta revisão de escopo, independentemente, da natureza da pesquisa, os estudos elucidaram os sentimentos e preocupações dos profissionais na condição de segunda vítima, assim como as repercussões na esfera pessoal e profissional.

Assim, foi possível delinear o arcabouço de sentimentos e repercussões experienciados pelos profissionais de saúde na condição de segunda vítima.

Para além desta revisão, autores corroboram esses achados ao averiguarem em suas pesquisas sentimentos, como: vergonha, raiva, frustração, estresse psicológico, medo, fracasso, insegurança, tristeza, descrença e aumento da ansiedade em relação a erros futuros (Waterman et al., 2007; Seys et al., 2013; Leferink et al., 2018).

4.3 SÍNTESE NARRATIVA

Nesta revisão, constatou-se que a produção do conhecimento, relativa às estratégias de apoio foi composta por 41 estudos, conduzidos no âmbito internacional.

Embora a maior parte tenha como sede/instituição o hospital (Estudos - 12, 13, 14, 17, 20, 21, 23, 26, 28, 32, 33 e 40), as sociedades profissionais (Estudos - 25 e 35) vêm despertando a atenção às temáticas da segunda vítima e às estratégias de apoio, assim como as organizações de referência em segurança do paciente e qualidade de atenção à saúde (Estudo - 34), apontando preocupação também junto aos profissionais da atenção básica de saúde (Estudos - 18 e 39).

Esses achados corroboram os princípios basilares de que qualidade e segurança devem estar presentes em todo ambiente de atenção à saúde.

Observou-se que nos estudos desenvolvidos na Espanha (Estudos – 12, 18, 24, 29, 30, 31 e 39), que foram dirigidos a profissionais com atuação na atenção hospitalar e primária (Estudos – 18 e 39), e outros que buscaram avaliar os efeitos dos EA junto as segundas vítimas.

Salienta-se a inexistência de estudos nacionais quanto às estratégias de apoio para as segundas vítimas, denotando expressiva lacuna no conhecimento, sendo possível inferir que essa realidade estenda-se aos elementos conceituais, aos desdobramentos que atingem a segunda vítima e ao panorama dos profissionais nessa condição.

Reconhecidamente, houve maior número de estudos recuperados em duas principais bases de dados da área da saúde; todavia, em função da interface entre a temática desta revisão e outras áreas do conhecimento, recomenda-se para futuras pesquisas o emprego de outras fontes de dados, igualmente confiáveis, sobretudo, da área do direito, da ética e da bioética.

No que tange à natureza/tipo de pesquisa, verificou-se homogeneidade entre as primárias e secundárias; e os estudos do primeiro grupo foram nas vertentes quantitativa e qualitativa, com desenhos exploratório-descritivos, e as secundárias

trouxeram, majoritariamente, artigos teórico/reflexão, consonante à evolução do conhecimento na temática, seguidos dos estudos de revisão.

Dentre os estudos de revisão, constatou-se que seis integraram a amostra desta pesquisa, demonstrando avanço de pesquisas por busca de evidências científicas acerca das estratégias de apoio para as segundas vítimas; mas no cenário nacional, mediante busca bibliográfica, primeiramente realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, a temática não foi encontrada, justificando o desenvolvimento desta revisão de escopo.

O fenômeno de segunda vítima mostrou ser um conceito bem sedimentado na literatura internacional, conforme identificado nos Estudos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 25, 27, 30, 32, 35, 36, 38, 39 e 41) e nos reportados por (Denham, 2007; Martens et al., 2016; Cabilan, Kynoch, 2017; Mira et al., 2017; Gómez-Durán et al., 2018; Romero et al., 2018; Treiber, Jones, 2018).

Aos achados supramencionados, coadunam-se os conceitos de primeira e terceira vítimas (Estudos 7, 8, 9, 13, 15, 16, 20, 32 e 39) e os mencionados nas publicações de Denham (2007); Torijano-Casalengua, Astier-Peña e Mira-Solves (2016); Mira et al. (2017) e Treiber, Jones (2018).

Considerando os achados do Quadro 47, as estratégias de apoio foram sustentadas por componentes formais e informais, assim, no primeiro grupo encontram-se as iniciativas propostas pelas instituições de saúde e organizações de referência na temática de segurança do paciente; e no segundo, as derivadas das relações pessoais com familiares e amigos.

Mediante os resultados foi possível elencar quatro categorias de apoio, a saber: Programas e Serviços, Guias, Ferramentas e Intervenções e Ações, descritas no Quadro 47.

Cabilan e Kynoch (2017) publicaram uma revisão sistemática seguindo o modelo JBI, cujos objetivos foram sumarizar as melhores evidências sobre a experiência de enfermeiros, como segunda vítima e explorar as estratégias de apoio, encontraram que o erro traz uma grande desordem emocional, capaz de alterar as relações no trabalho que o tipo de apoio recebido influencia na resposta emocional, após um EA. No que se refere ao apoio, categorizaram os achados em: 1. Fonte de apoio: os enfermeiros buscaram falar com alguém de confiança (parceiro, amigo ou

familiar próximo) ou com colega experiente, capaz de compreender sua experiência;

2. Percepção do apoio: os profissionais revelaram que a expectativa relacionada à abordagem de colegas e gestores nem sempre foi benéfica, porém, quando colegas demonstravam empatia e solidariedade frente ao erro, traziam certo grau de alento;

3. Recomendações das segundas vítimas: os participantes sugeriram uma abordagem não punitiva ao erro, com o objetivo de favorecer o relato dos erros e gerar a implementação de melhorias.

Os Programas e Serviços destinados a apoiar a segunda vítima assemelham-se quanto aos aspectos da estrutura e dinâmica das atividades, tendo como primeiro objetivo estabelecer um contato com o profissional ou equipe afetada emocionalmente, para buscar estabilizar os efeitos negativos do impacto do EA/erro.

Os programas e serviços prevalentes nesta revisão foram o *forYou* (Estudos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 15, 16, 19, 22, 23, 25, 36, 38 e 41), o MITSS (Estudos 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 19, 25, 37, 38 e 41) e o RISE (Estudos 5, 7, 19, 28, 33, 38 e 41); e o *forYOU* e RISE foram concebidos e implementados em organizações hospitalares, com base nos resultados de pesquisa com profissionais de saúde acerca do fenômeno de segunda vítima e estratégias de apoio. O MITSS é uma organização de natureza privada, disponibilizando uma série de recursos destinados a apoiar a tríade – primeira, segunda e terceira vítima, mantendo acesso via *website*.

Os programas supracitados propuseram também abordagem de apoio para a segunda vítima por pares, podendo incluir a contribuição emocional, além disso o Estudo 9 reforça ou indica um apoiador que teve experiência anterior com ocorrência de EA, poderá compreender melhor os aspectos emocionais. Esse modelo favorece benefícios recíprocos, tanto aos profissionais como às organizações, uma vez que o apoio por pares remete a um ambiente amistoso, diminui os índices de absenteísmo, incentiva o comprometimento dos profissionais e, conseqüentemente, oportuniza melhorias na qualidade assistencial (Moran et al., 2017).

Estudo realizado com, aproximadamente, 900 profissionais da saúde com o objetivo de analisar a efetividade e as dificuldades oriundas do Programa RISE (pré-implantação após 4 anos), mostrou que o apoio por pares trouxe acentuados benefícios aos profissionais de saúde, na condição de segunda vítima, e apontou que 93% dos trabalhadores recomendaram este recurso (Dukhanin et al., 2018).

Da análise dos estudos integrantes da amostra, foi possível diferenciar o grupo que descreveu o desenvolvimento de programas de apoio, Estudos 1, 15, 17, 26, 28, 33, 36, 39 e 41, daqueles que referenciaram os programas existentes (Estudos - 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 16, 19, 22, 23, 25, 30, 37 e 38) e, ainda, um terceiro em que os estudos 17 e 36 relataram programas criados com base no Programa *forYOU*.

Tendo em vista os achados, pode-se inferir que os programas e serviços detêm similaridades quanto à estrutura para fornecer o apoio emocional aos profissionais de saúde, contam com equipes capacitadas e disponíveis para atuar, dada a circunstância de um evento inesperado.

Outro ponto que merece ser ressaltado, é a preocupação dos programas com a confidencialidade das informações e atendimento individualizado (Estudos 17, 21, 25, 29, 31, 34 e 39). No entanto, existe uma exceção para a quebra de sigilo das informações, caso o profissional de saúde afetado coloque em risco sua saúde e a de outras pessoas (Moran et al., 2017).

Dentre as características encontradas nos estudos que apresentaram os programas, a maioria foi proveniente de estudos secundários (Estudos 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 19, 22, 26, 36, 37 e 38), e a totalidade em língua inglesa (Estudos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 25, 26, 28, 33, 36, 37, 38 e 41), com maior concentração de publicações em periódicos (Estudos 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 15, 17, 19, 22, 23, 26, 28, 33, 36, 38 e 41), descritos em formato de artigos teóricos/reflexão (2, 3, 5, 8, 10, 15, 22, 26 e 36), no ano de 2016 (26, 28, 33, 36 e 37).

Ainda, em se tratando dos achados nesta categoria, verificou-se não haver consenso entre o que os programas praticam e a preferência do profissional quanto ao melhor momento para iniciar o apoio. Nesse enlace, os Estudos 14, 19, 26 e 34 mencionam que a abordagem ocorre, imediatamente, após o incidente; nos Estudos 28 e 29, os profissionais indicam que o momento oportuno para o apoio emocional seria após um período de tempo ou depois de alguns dias, considerando o momento no qual o profissional sente-se melhor preparado para falar da ocorrência. Por outro lado, os Estudos 24 e 28 mostram quem opta pelo momento ideal e oportuno para o diálogo sobre a ocorrência é a segunda vítima.

Outro ponto que chama a atenção diz respeito aos custos dos programas e serviços estruturados para apoiar os profissionais de saúde. Nessa direção, Moran et al. (2017) analisaram os custos do programa RISE destinado à equipe de enfermagem, em um hospital privado nos EUA, verificaram que este gerou uma economia à organização, além de reduzir a taxa de abandono do emprego.

Quanto ao âmbito, os estudos da presente revisão explicitaram que os Programas *forYOU*, MITSS, CPPS, RISE, Programa da Universidade de Illinois, CISM, CISD, *You Matter* e *For Our Team* são desenvolvidos em âmbito institucional, sendo (21) nos EUA e um no Reino Unido. O programa ASSIST-ME possui abrangência nacional e encontra-se implementado na Irlanda (Coughlan, Powell, Higgins, 2017). O Estudo 41 apresentou o Programa HWE, implementado pela AACN, com base na comunicação qualificada, colaboração, tomada de decisão, capacitação profissional, reconhecimento e valorização profissional e liderança autêntica.

Em relação aos aspectos legais e políticas de proteção aos profissionais de saúde quanto ao sigilo das informações ou discussões relacionadas ao EA, estas foram tratadas nos Estudos 25 e 28. Outros estudos discorreram acerca da percepção dos profissionais referente aos programas de apoio e segurança do paciente nas organizações de saúde (Estudos – 20 e 23); e o Estudo 25 analisou a percepção dos gerentes de risco quanto aos programas existentes.

Convém citar outro programa identificado na literatura - o *Program to Enhance Relational and Communication Skills* (PERCS), criado no Boston Children's Hospital, em 2002, com a finalidade de discutir com transparência problemas dilemáticos na UTI pediátrica e, posteriormente, expandido para outras unidades, transformando *Institute for Professionalism & Ethical Practice* (IPEP) com princípios e diretrizes destinadas à educação interdisciplinar, alicerçado pela comunicação efetiva (Boston Children's Hospital, 2019).

Os achados relacionados aos guias mostraram que a maior parte foi desenvolvida na Espanha, com abrangência institucional (Estudos – 24 e 30) e regional (Estudo - 29), e um produzido nos EUA, em âmbito institucional (Estudo - 37), trazem recomendações para orientar e conduzir a situação decorrente do EA junto das primeira, segunda e terceira vítimas, fornecendo o apoio e assistência necessárias, baseadas em *check list* e algoritmos.

No que se refere às ferramentas para apoiar a segunda vítima, as denominações de *kit* de ferramentas do IHI ou *Toolkit* (Estudos - 4, 6 e 7) foram mencionadas, com o objetivo de auxiliar as organizações a procederem uma autoavaliação e prepararem-se para implantar um programa de apoio e direcionar ações e atenção, sobretudo, nas áreas consideradas de risco. Além disso, outra ferramenta foi apresentada - BACRA (Estudo 30) idealizada para auxiliar na gestão dos EA/erros inerentes à saúde. Cabe salientar que estas ferramentas encontram-se disponíveis em meio eletrônico e de acesso livre.

Frente aos resultados envolvendo as estratégias de apoio informal, as relações interpessoais foram as mais frequentes reportadas nos estudos, envolvendo colegas, cônjuges e amigos (Estudos 1, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 36 e 40), seja pela compreensão da dinâmica de trabalho ou facilidade em expressar seus sentimentos. Adicionalmente, foi citado o apoio proveniente da equipe multidisciplinar do departamento ou unidade, de líderes/supervisores, de gerentes de risco, do corpo diretivo do hospital e, ainda, foi mencionado que a revelação do EA junto ao paciente/familiares serviu como fonte de apoio (Estudos 1, 14, 16, 20, 25 e 27).

Estes achados vão ao encontro da pesquisa conduzida por Martens et al. (2016), que identificou que os colegas foram o primeiro e mais valioso apoio recebido pelas segundas vítimas, respectivamente, 95,3% e 68,7%, seguidos pelos cônjuges (67,2%) e amigos (58,2%).

Os Estudos 4, 5, 9, 19, 25, 26, 38 e 40 revelaram que as segundas vítimas também buscaram apoio por meio de diálogo com os colegas de trabalho, privilegiando os mais experientes, seguidos de familiares e amigos, gestores, profissionais especialistas em saúde mental ou de discussão em grupo. O diálogo com pacientes/ familiares expondo o evento foi reportado, como apoio nos Estudos (10, 16 e 19), à medida que o profissional sentia-se aliviado, assumindo postura ética e responsável.

Esses achados são consonantes à revisão sistemática desenvolvida por Cabilan e Kynoch (2017), na qual observam que o fato de expor sobre o EA com alguém de confiança, quer seja cônjuge, amigo, familiar ou par de trabalho trouxe certo grau de segurança e amparo aos enfermeiros envolvidos diretamente em EA;

da mesma maneira que a divulgação do erro foi apresentada, como reflexo da responsabilidade moral e ética desses profissionais.

Embora os estudos apontem que alguns profissionais na condição de segunda vítima optaram em utilizar estratégias de enfrentamento (Estudos - 3, 4, 5, 10, 13, 19, 27, 28, 32, 34 e 38), Seys et al. (2013) discorrem a respeito de alguns pontos negativos que essa prática pode acarretar, em virtude do profissional reviver a situação, podendo levar a ocorrência de *burnout*, depressão e problemas de desordem pós-trauma.

Tais resultados reiteram a importância de se averiguar os múltiplos componentes que integram as iniciativas para assistir os profissionais que estão vivenciando situações de crise e dilemáticas, que necessitam ser conduzidas por profissional ou equipe capacitada.

Ainda, nesta revisão, alguns profissionais de saúde na condição de segunda vítima preferiram vivenciar e solucionar os problemas advindos do EA de maneira solitária (Estudos - 1, 17 e 40).

Nessa linha, Van Gerven et al. (2016) afirmam que profissionais que demonstraram autossuficiência no manejo da situação decorrente de um EA, tiveram uma recuperação emocional mais lenta e um impacto negativo maior relacionado ao EA.

Proporcionar o apoio emocional adequado ao profissional é uma maneira de reduzir o impacto emocional negativo, promover seu retorno às suas atividades profissionais e a uma prática voltada à segurança dos pacientes. Schrøder al. (2018) advogam ser imprescindível fomentar ações destinadas à cultura de segurança, à estruturação de programas de apoio por pares sob o alicerce dos elementos da cultura justa, analisando a responsabilidade do profissional e do sistema, propiciando ambiente amistoso para revelação e condução do EA e acolhendo com empatia e compaixão.

Para Leferink et al. (2018), a maioria dos profissionais médicos recebeu apoio adequado e oportuno de colegas após um EA e chamam a atenção para o aspecto de não ser uma prática frequente no ambiente de trabalho.

Os Estudos 30 e 39 mostram a proposta de capacitar e preparar os profissionais acerca do fenômeno de segunda vítima por meio de plataforma

eletrônica, e o Estudo 12 apresenta a abordagem de apoio para as segundas vítimas por meio de proposições para atuação, ressaltando a participação de todos os atores envolvidos (paciente/família, profissional da saúde e instituição).

Outras intervenções/ações foram listadas para apoiar as vítimas de EA, como a escrita reflexiva ou expressiva (Estudos – 5 e 9), que promove o entendimento e auxilia na resolução de problemas por meio de escrita terapêutica; o *website* MISE (Estudos – 30 e 39), que, além de orientar como os profissionais devem agir após um EA, propicia esclarecimentos acerca do fenômeno de segunda vítima; a criação de uma unidade de apoio específica para as segundas vítimas (Estudo – 31) que atua na região sul da Catalunha e o fato de aprender com o erro também é considerada uma estratégia de apoio (Estudo – 4).

Conforme Van Gerven et al. (2016); Cabilan e Kynoch (2017), as políticas institucionais e as iniciativas do corpo diretivo refletem diretamente no impacto de EA junto aos profissionais de saúde.

No que tange à repercussão dos EA com as segundas vítimas, a presente revisão encontrou relatos de abandono da profissão (Estudos - 1, 2, 7, 11 e 18).

Pesquisa conduzida por Martens et al. (2016) revelou como principal repercussão de EA, entre médicos e enfermeiros, foi o abandono do emprego.

Na atualidade, é indiscutível a presença de um ambiente competitivo e de julgamento, em oposição ao solidário, no exercício da medicina, conforme mencionam Leferink et al., (2018), especialmente, por ocasião de um EA. Estes autores reiteram que a mudança de cultura profissional nas organizações deveria transitar entre a formação acadêmica, habilidade de escolher gestores capacitados para uma adequada comunicação, com capacitação para atuarem, identificando as necessidades das segundas vítimas, de forma empática e compreensiva, promovendo o diálogo entre os profissionais relacionados ao EA.

Na perspectiva de sentimentos, emoções e implicações para a vida profissional, os Estudos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 16, 18, 19, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 38, 40 e 41 reportam um conjunto diversificado e, por vezes, similar ao transtorno de estresse pós-traumático.

Estudo de revisão realizado por Seys et al. (2013) reuniu trabalhos que revelaram que as segundas vítimas desenvolvem sentimentos de raiva, frustração,

medo, como forma de demonstrar o sofrimento psicológico decorrente do erro, assim como sinais físicos e psicossociais que podem refletir na vida pessoal e profissional.

Outra forma de enfrentar as repercussões advindas dos EA/erro encontra-se descrita pelas fases ou estágios de recuperação estabelecidos por Scott et al. (2009, grifo nosso), em estudo realizado com profissionais da saúde, no qual no **Estágio 1 - Instituição do caos e busca por resposta**, a segunda vítima tem uma desordem de pensamentos e reflexões para entender o ocorrido; **Estágio 2 - Reflexões intrusivas**, surgem os pensamentos de medo, pavor e, por vezes, os profissionais vitimizados isolam-se e revivem o evento para tentar buscar respostas que os levaram a cometer o EA; **Estágio 3 - Restauração da integridade**, os profissionais buscam apoio de pessoas de sua confiança, como um colega, supervisor, membro da família ou amigo. Nesse grupo, as segundas vítimas procuram pessoas que reconheçam seu estado emocional e físico, incluindo a autocrítica frente a sua reputação profissional junto aos pares e à organização. Os autores salientaram que as segundas vítimas podem passar por estes três estágios iniciais de modo concomitante. **Estágio 4 - Suportando a inquisição**, caracteriza-se pelo início de inquietação da segunda vítima em relação à organização, no que se refere à empregabilidade, à licença profissional e medidas disciplinares ou legais; **Estágio 5 - Obtenção dos primeiros socorros**, indagações sobre onde e com quem contar para ser entendido e preocupação com as questões legais e com a privacidade das informações; **Estágio 6 - Seguir em frente**, caracterizado pela motivação de “seguir em frente”, os profissionais descreveram três possibilidades: desistir (abandono da profissão ou mudança de unidade de trabalho), sobreviver (apesar das lembranças do EA, o profissional consegue exercer suas atividades dentro do esperado) e prosperar onde a ocorrência do evento permite transformar e aperfeiçoar sua atividade profissional.

Da mesma forma, estudos mostraram a repercussão dos EA nos profissionais de saúde, culminando no uso de drogas e na consumação do suicídio (Estudos – 1, 5, 7, 11, 16, 18, 19, 26 e 27). Nesse aspecto, é imprescindível monitorar a saúde do trabalhador contando com parcerias intra e extra institucionais como, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), profissionais especializados e entidades de classe.

Dos Estudos 5 e 10, emergiu a necessidade de revisão das matrizes curriculares dos cursos da área da saúde, no que tange ao como revelar o erro ao paciente/família, proceder o pedido de desculpas e conduzir a situação no ambiente de trabalho.

De acordo com Wu e Busch (2019), é imperativo avançar no campo da educação da segurança do paciente aos profissionais da área da saúde, uma vez que as instituições de ensino, ainda, priorizam o conhecimento técnico, não dando atenção necessária ao ensino dos conceitos-chave, atitudes, comportamentos e habilidades destinadas à prática segura e advogam que a segurança do paciente deveria ser tratada, como uma ciência básica e aplicada nas profissões da área da saúde, incluindo no novo currículo competências relativas ao cuidado centrado no paciente, trabalho interdisciplinar, práticas baseadas em evidências e aplicação dos conceitos de melhoria da qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu elucidar a multiplicidade de elementos que perpassam a segurança na assistência à saúde, na qual a cultura de segurança pode fomentar e implantar medidas e ações pró-ativas contínuas para a consecução do cuidado ou tornar-se um fator limitante no contexto das organizações.

Foi desafiadora no sentido de construir as melhores estratégias de busca para recuperar documentos e/ou materiais que respondessem à questão de pesquisa, frente a uma terminologia nova em nosso meio, cunhada pela primeira vez, em 2000.

A presente revisão possibilitou compreender a interface da temática – segunda vítima com outras áreas do conhecimento, como: saúde, direito, ética-bioética, ciências sociais e administração/gerenciamento. Nesta ótica, resgatou distintas nuances do sofrimento humano, experienciado, tanto pelo paciente/família – primeira vítima como pelo profissional de saúde – segunda vítima.

Em virtude do conhecimento produzido nesta pesquisa, uma série de estratégias de apoio é destinada para as segundas vítimas nos ambientes de cuidado, predominando os **programas e serviços** e as **intervenções e ações** vinculadas à organização, acenando para o interesse e preocupação desta com a saúde do trabalhador e o incremento dos propósitos da cultura de segurança.

Igualmente, permitiu explorar, reunir e listar uma série de sentimentos e emoções vividos pelo profissional de saúde, como segunda vítima, bem como o impacto que o erro/EA acarreta à vida pessoal e profissional, não sendo incomum, o abandono da profissão ou o suicídio, reiterando a necessidade de assistir o trabalhador de modo equitativo em relação ao paciente/família e à organização.

Outro ponto a ser destacado diz respeito aos indivíduos na condição de apoiadores, que necessitam possuir determinadas características e habilidades para o exercício desse papel, como ser um ouvinte ativo e confiável, agir com empatia e senso de justiça, possuir disponibilidade de tempo e ser capacitado para conduzir situações complexas também conhecidas como situações de crise.

Ainda pairam dúvidas quanto ao melhor momento para iniciar o enfrentamento da situação, quem é o responsável pela condução da crise junto ao paciente/família e a eficácia da estratégia de apoio; sendo imperativo considerar a singularidade e o sofrimento de cada pessoa envolvida no evento.

Face aos achados, verifica-se que a implantação de estratégias de apoio para as segundas vítimas é propulsora de mudanças positivas às instituições, com desdobramentos nas diversas áreas, à medida que os atores sociais percebem concretamente ações e atitudes direcionadas a incrementar a cultura de segurança, gerando maior interação entre os profissionais e a organização, e, por conseguinte, maior respeito, confiança e comprometimento profissional, podendo resultar em melhores práticas e, conseqüentemente, mitigar a ocorrência de EA.

Nesse enlace, considera-se que o estabelecimento de políticas, programas, protocolos, assistenciais e gerenciais por si só não garantem a segurança do trabalhador e do paciente, portanto, as organizações precisam entender que são parceiras e corresponsáveis pelos EA praticados pelos profissionais sob sua égide, devendo liderar o movimento para mudança da cultura de segurança, culminando no cuidado seguro.

Cabe ressaltar que a implementação de medidas de apoio emocional ao profissional de saúde que cometeu o erro, não implica isenção de responsabilidade, uma vez que não diminui o dano causado para a primeira vítima, mas, sim, trata-se de investir no profissional qualificado para evitar a recorrência do erro e facilitar a permanência dele no mercado de trabalho.

Em virtude do conhecimento produzido nesta investigação e da escassez de estudos no cenário nacional, torna-se imperativo o desenvolvimento de pesquisas objetivando identificar a prevalência e a experiência dos profissionais de saúde na condição de segunda vítima, de modo a conhecer a realidade do fenômeno nas organizações de saúde brasileiras e estruturar estratégias de apoio exequíveis a nosso contexto.

Nessa direção, acredita-se ser possível construir uma rede de atenção e apoio para a segunda vítima, envolvendo as organizações de saúde, as associações e conselhos de classe, grupos organizados de pacientes/usuários, órgãos governamentais e instituições de ensino, no intuito de reunir os diferentes propósitos e saberes para, efetivamente, praticar o cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality. Culture of Safety [Internet]. Rockville; 2019a. [cited 2019 Mar 11]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/Culture-of-Safety>.

Agency for Healthcare Research and Quality. High Reliability [Internet]. Rockville; 2019b. [cited 2019 Mar 11]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/31>.

Agency for Healthcare Research and Quality [internet]. Rockville; 2019c [cited 2019 Mar 11]. Available from: <https://www.ahrq.gov>.

Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Cienc Saude Colet. 2018;23(1):161-72. 2018. doi: 10.1590/1413-81232018231.24392015.

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol [Internet]. 2005 [cited 2016 Nov. 2016];8(1). Available: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf>.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). BMJ Qual Saf. 2011;20(12):1043-51. doi:10.1136/bmjqs.2011.051284.

BACRA [Internet]. [S.l.]; 2015. [citado 2019 jan. 22]. Disponível em: <http://appandabout.es/bacra/>.

Barnsteiner J. Teaching the culture of safety. Online J Issues Nurs. 2011;16(3):5. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No03Man05.

Bates DW, Singh H. Two decades since to err is human: an assessment of progress and emerging priorities in patient safety. Health Aff (Millwood). 2018;37(11):1736-43. doi: 10.1377/hlthaff.2018.0738.

Boston Children's Hospital. Program to Enhance Relational & Communication Skills (PERCS) [Internet]. Boston; 2019 [cited 2019 Jan 11]. Available from: - <http://www.childrenshospital.org/clinician-resources/education-and-training/percs>
Acesso em 11/01/19.

Botelho RG, Oliveira CC. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. Cien Inf. 2015;44(3):501-513.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 1.660, de 22 de junho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte do Sistema Único de Saúde - SUS [internet]. Brasília; 2009 [citado 2016 out. 10]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA%20GM%20No1660%20de%2022.07.09.pdf>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde [internet]. Brasília; 2011. [citado 2016 out. 10]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013a [citado 2016 out. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e da outras providências [internet]. Brasília; 2013b. [citado 2016 out. 10]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/29068>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília; 2014a [citado 2019 mar. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html.

Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [internet]. Brasília; 2014b. [citado 2016 out. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: monitoramento e investigação de eventos adversos e avaliação de práticas de segurança do paciente [internet]. Brasília; 2015 [citado 2016 out. 15]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Plano%20integrado%20para%20a%20gest%C3%A3o%20sanit%C3%A1ria%20da%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2015 [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2019 mar. 17]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/13-boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-13-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2015>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente. Relatórios dos Estados – Eventos Adversos – Arquivos 2014-2019 [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2019 mar 15]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.

Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf.* 2014;13(2):93-102. doi:10.1097/PTS.0000000000000129.

Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(9):2333-64. doi: 10.11124/JBISIRIR-2016-003254.

Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento KP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil. *Rev Latinoam Enferm.* 2017;25:e2849. doi: 10.1590/1518-8345.1600.2849.

CINAHL Complete [Internet]. Massachusetts; 2019 [cited 2019 Feb. 20]. Available from: <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahl-complete>.

CISM International Critical Incident Stress Management [internet]. Richmond; 2018 [cited 2018 Nov. 19]. Available from: <https://www.criticalincidentstress.com/home>.

Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Rev Latinoam Enferm* [internet]. 2010 [cited 2016 Out 17]; 18(3):324-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/05.pdf>.

Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:11-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.04.002.

Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(10):1386-400.

Denham C. Trust: the 5 rights of the second victim. *J Patient Saf*. 2007;3(2):107-119.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992;18(11):356-60.

Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: a Second Victim Support Program in Pediatrics: successes and challenges to implementation. *J Pediatr Nurs*. 2018 Jan 30. pii: S0882-5963(17)30626-7. doi: 10.1016/j.pedn.2018.01.011. [Epub ahead of print].

EBSCO [Internet]. Massachusetts; 2019. [cited 2019 Fev 22]. Available from: <https://www.ebsco.com>.

Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn*. 2011;121(4):101-8.

Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708.

Faustino TN, Batalha EMSDS, Vieira SL, Nicole AG, Morais AS, Tronchin DMR et al. National Patient Safety Program in Brazil: incidents reported between 2014 and 2017. *J Patient Saf*. 2018 may 16. doi: 10.1097/PTS.0000000000000496.

Fragata J, Sousa P, Santos RS. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: In: Sousa P, Mendes W. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 17-36.

Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev Latinoam Enferm*. 2018;26:e3014. doi: 10.1590/1518-8345.2257.3014.

Gómez-Durán EL, Rakosnik MV, Martin-Fumadó C, Klamburg J, Padrós-Selma J, Arimany-Manso J. Physicians as second victims after a malpractice claim: an important issue in need of attention. *J Healthc Qual Res*. 2018;33(5):284-9. doi: [10.1016/j.jhqr.2018.06.002](https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.06.002).

Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91-108.

Grissinger M. Too many abandon the “second victims” of medical errors. *PT*. 2014;39(9):591-2.

Health Service Executive. Supporting Staff following an adverse event. *The “ASS/ST ME” model*. Kildare: National Advocacy Unit; October 2013. [cited 2019 Apr. 07]. Available from: <https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/other-quality-improvement-programmes/opendisclosure/opendiscfiles/bookletsuppstaffadverseevent.pdf>.

Jones JH, Treiber LA. When nurses become the “second” victim. *Nurs Forum*. 2012;47(4):286-91.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press; 2000.

Laurent A, Aubert L, Chahraoui K, Bioy A, Mariage A, Quenot JP et al. Error in intensive care: psychological repercussions and defense mechanisms among health professionals. *Crit Care Med*. 2014;42(11):2370-8. doi: 10.1097/CCM.0000000000000508.

Leferink EHM, Bos A, Heringa MP, van Rensen ELJ, Zwart DLM. The need and availability of support systems for physicians involved in a serious adverse event. *J Hosp Adm*. 2018;7(2): 23-30.

Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes ACM, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:e2600. doi: 10.19175/recom.v7i0.2600.

Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.

Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Rev Einstein*. 2008;6(4):434-8.

Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, Panella M, Euwema M, Sermeus W et al. Serious reportable events within the inpatient mental health care: impact on physicians and nurses. *Rev Calid Asist*. 2016;31(S2):26-33. doi: 10.1016/j.cali.2016.04.004.

McDonald TB, Helmchen LA, Smith KM, Centomani N, Gunderson A, Mayer D et al. Responding to patient safety incidents: the “seven pillars”. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e11. doi: 10.1136/qshc.2008.031633. Epub 2010 Mar 1.

Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(5):421-8.

Mira J J, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pastora Pérez-Pérez, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Services Research [internet]. 2015 [cited 2016 set. 19]; 15:151. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0790-7>. DOI 10.1186/s12913-015-0790-7.

Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. Int J Qual Health Care. 2017;29(4): 450-60. doi: 10.1093/intqhc/mzx056.

MITSS Medically Induced Trauma Support Services. Healthcare Organizations [Internet]. [S.l.]; 2017. [cited 2018 Out. 18]. Available from: <http://mitss.org/who-we-serve/healthcare-organizations/>.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7): e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Moran D, Wu AW, Connors C, Chappidi MR, Sreedhara SK, Selter SH et al. Cost-benefit analysis of a Support Program for Nursing Staff. J Patient Saf. 2017; Apr 27. doi: 10.1097/PTS.0000000000000376. [Epub ahead of print].

Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 16]; 18;(143). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245623/pdf/12874_2018_Article_611.pdf.

National Patient Safety Foundation. Livre de danos: acelerar a melhoria da segurança do paciente quinze anos depois do To Err is Human [relatório de um painel de especialistas convocados pela National Patient Safety Foundation]. Boston; 2015.

Nelson WA, Beyea SC. The role of an ethical culture for the prevention and recovery of “second victims”. BMJ Qual Saf. 2009;18(5):323-4.

Nieva VF, Sorra JS. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003;12(Suppl. 2):ii17–23.

Pennebaker JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. Psychol Sci. 1997;8(3):162-6. doi: [10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x).

Pennebaker JW. Expressive writing in psychological science. Perspect Psychol Sci. 2018;13(2):226-9.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012; 38(5):235-40.

Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth.* 2015;24(1):54-63.

Putnam K. Peer support programs help health care workers overcome emotional trauma. *AORN J.* 2016;104(3):7-9.

Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;42(8):377–386.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-70.

Reis CT. Cultura em segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 75-99.

Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev Bioet (Impr.).* 2018;26(3):333-42. doi: 10.1590/1983-80422018263252.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(1):18-26.

Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh.* 2010;42(2):156-65. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.

Schrøder K, Lamont RF, Jørgensen JS, Hvidt NC. Second victims need emotional support after adverse events: even in a just safety culture. *BJOG.* 2018;126(4):440-2. doi: 10.1111/1471-0528.15529.

Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:521. doi: 10.1186/s12913-018-3335-z.

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(5):325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870.

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM et al. Caring for our own: deploying a system wide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(5):233-40.

Serou N, Sahota L, Husband AK, Forrest SP, Moorthy K, Vincent C et al. Systematic review of psychological, emotional and behavioural impacts of surgical incidents on operating theatre staff. *BJS Open.* 2017;4(1):106-113.

Seys D, Wu AW, van Gerven EA, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135-62. doi: 10.1177/0163278712458918. Epub 2012 Sep 12.

Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251(6):995-1000.

Shapiro J, Galowitz P. Peer Support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med.* 2016;91(9):1200-4.

The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide; 2015.

Torijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria.* 2016;48(3):143-214.

Treiber LA, Jones JH. Making an infusion error: the second victims of infusion therapy-related medication error. *J Infus Nurs.* 2018;41(3):156-163.

Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura. [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Tronchin DMR, Freitas GF, Melleiro MM. Avaliação de serviços, qualidade e segurança do paciente no setor saúde. In: Kurcgant P, Coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 3ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2016. p. 59-73.

Ullström S, Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):325-31.

Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open.* 2016;6:e011403. doi:10.1136/bmjopen-2016-011403.

van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(4):249-252.

Vincent C. Patient safety. Londres: Churchill Livingstone; 2006. Supporting staff after serious incidents; cap. 10.

Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016. Avanços e desafios na área da segurança do paciente; p. 1-14.

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010. Princípios básicos de segurança do paciente; p. 35-44.

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMG; 2013a. Princípios básicos de segurança do paciente; p. 21-31.

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMG; 2013b. Sistemas de notificação, análise de causa-raiz, e outros métodos para compreender as questões de segurança; p. 231-250.

Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(8):467-476.

Weick KE, Sutcliffe KM. Managing the unexpected: sustained performance in a complex world. 3th ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2015. Mismanaging the unexpected; p. 1-20.

Weigl M, Müller A, Holland S, Wedel S, Woloshynowych M. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(7):499-508. doi:10.1136/bmjqs-2014-003744.

West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296(9):1071-8.

White AA, Waterman AD, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders. *J Clin Outcomes Manag*. 2008;15(5):240-7.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Geneva; 2008 [cited 2016 Oct 18]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_ForwrdProgramme_2008.pdf.

World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2016 Oct 18]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-7.

Wu AW; Busch IM. Patient Safety: a new basic science for professional education [editorial]. *GMS J Medl Educ*. 2019;36(2):Doc2. doi: 10.3205/zma001229.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Relação dos estudos incluídos na presente revisão de acordo com os critérios estabelecidos no Método.

1. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM et al. Caring for our own: deploying a system wide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(5):233-40.
2. Paparella S. Caring for the caregiver: moving beyond the finger pointing after an adverse event. *J Emerg Nurs.* 2011;37(3):263-5.
3. Scott SD. The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions. AHRQ [internet]. 2011 [cited 2017 May 03]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/102/the-second-victim-phenomenon-a-harsh-reality-of-health-care-professions>.
4. Sirriyeh RH. Coping with medical error: the case of the health professional [thesis]. Leeds: University of Leeds; 2011.
5. Hall L, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am.* 2012;47(3):383-93.
6. Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012;38(5):235-40.
7. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf.* 2012;21(4):267-70.
8. Hofeldt R, McCotter PI. Nurses as second victims: supporting our colleagues following an adverse event. *Wash Nurs Comm News.* 2012;6(2):14-5.

9. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):678-87.
10. Kaltman SI, Ragan M, Borges O. Managing the untoward anesthetic event in an oral and maxillofacial surgery practice. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2013;25(3):515-27.
11. Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB. Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(2):153-61.
12. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013;24(1):54-60.
13. Ullström S, Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):325-31.
14. Van Gerven EV, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Federico F et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their work force. *Pol Arch Med Wewn*. 2014;124(6):313-20.
15. MacLeod L. "Second victim" casualties and how physician leaders can help. *Physician Exec*. 2014;40(1):8-12.
16. Strobl J, Panesar SS, Carson-Stevens A, McIlldowie B, Ward H, Cross H et al. Suicide by clinicians involved in serious incidents in the NHS: a situational analysis [final report]. Salford: Royal NHS Foundation Trust Clinical Leaders Network; 2014.
17. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital. *Am J Health Syst Pharm*. 2015;72(7):563-7.

18. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:151. doi: 1186/s12913-015-0790-7.
19. Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth.* 2015;24(1):54-63.
20. Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf.* 2015;11(2):73-8.
21. Rivera EY, Lee C, Bernstein PS, Chazotte C, Goffman D. Second Victim experiences in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):107s. Abstract 339.
22. Miller RG, Scott SD, Hirschinger LE, Walters S, Schanz N. Improving patient safety: the intersection of safety culture, clinician and staff support, and patient safety organizations. Center for Patient Safety [Internet]. 2015. [cited 2018 April 22]. Available from: <http://www.centerforpatientsafety.org/wp-content/themes/patient-safety/pdf/Second-Victims-White-Paper.pdf>
23. Scott SD. Second victim support: implications for patient safety attitudes and perceptions. *Patient Saf Qual Healthc.* 2015;12(5):26-31.
24. Selves JJM, Martínez SL, Carrillo IM, Estopà LF, Busto CS, Pérez Pérez P et al. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas [Internet]. Valencia: Fondo de Investigaciones Sanitarias; 2015 [cited 2018 Apr 23]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf

25. White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW et al. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthc Risk Manag.* 2015;34(4):30-40.
26. Shapiro J, Galowitz P. Peer Support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med.* 2016;91(9):1200-4.
27. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping, and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev.* 2016;64(2):242-62.
28. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open.* 2016;6(9):e011708.
29. Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B, Martín Rodríguez, Carreras Viñas M. Gestión de segundas víctimas en Galicia. *Rev Calid Asist.* 2016;31(S2):1-52.
30. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano M, Iglesias-Alonso F et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist.* 2016; 31(S2):3-10.
31. Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Rev Calid Asist.* 2016;31(S2):49-52.
32. Van Gerven E, Deweer D, Scott SD, Panella M, Euwema M, Sermeus W et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: a qualitative study. *Rev Calid Asist.* 2016;31(S2):34-46.
33. Edrees H, Wu A. The aftermath of medical errors: supporting our second victim colleagues. *Int J Qual Health Care.* 2016; 28(1):65s. Abstracts ISQUA12-1909.

34. Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegefeld W, Havens L et al. Impact of health care adversity on providers: lessons learned from a staff support program. *J Healthc Risk Manag.* 2016;36(2):27-34.
35. Edrees H, Brock DM, Wu AW, McCotter PI, Hofeldt R, Shannon SE et al. The experiences of risk managers in providing emotional support for health care workers after adverse events. *J Healthc Risk Manag.* 2016;35(4):14-21.
36. Putnam K. Peer support programs help health care workers overcome emotional trauma. *AORN J.* 2016;104(3):7-9.
37. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Care for the Caregiver Program Implementation Guide [Internet]. April, 2016 [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor/module6-guide.html>
38. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:11-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.04.002.
39. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C et al. The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *J Med Internet Res.* 2017;19(6):e203. doi: 10.2196/jmir.7840.
40. Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martinez M, Nandan A, Yeh DD et al. The surgeon as the second victim? Results of the Boston intraoperative adverse events surgeons' attitude (BISA) study. *J Am Coll Surg.* 2017;224(6):1048-56.
41. Tamburri LM. Creating healthy work environments for second victims of adverse events. *AACN Adv Crit Care.* 2017;28(4):366-74.

APÊNDICE B

Relação dos artigos excluídos desta revisão de acordo com os critérios estabelecidos no Método.

1. Abd Elwahab S, Doherty E. What about doctors? The impact of medical errors. *Surgeon*. 2014;12(6):297-300.
2. Akkermans AJ, Laaeman BS. Research on conflict management in health care [Internet]. [S.l.]; 2016. [cited 2017 Nov 30]. Available from: <https://research.vu.nl/en/activities/research-on-conflict-management-in-health-care>.
3. Almost J, Wolff AC, Stewart-Pyne A, McCormick LG, Strachan D, D'Souza C. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2016;72(7):1490-505.
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Tools for building a clinician and staff support program [Internet]. Rockville; [updated 2012; cited 2018 Jan 08]. Available from: <https://innovations.ahrq.gov/qualitytools/tools-building-clinician-and-staff-support-program>
5. Carr S. Disclosure and apology: what's missing? Advancing programs that support clinicians [report]. [S.l.]: Medically Induced Ptrauma Support Services; 2009.
6. Arzalier-Daret S, Lieutaud T, Pease S, Copotoiu R, Bonnet F, Torrielli R et al. Caregiver "second victim": How to help a professional after an accident or error in anesthesia and critical care? *Anesth Reanim*. 2016;2(5):285-91.
7. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for

- assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf.* 2017;13(2):93-102.
8. Benham J, Liebermann J, Gaba N, Amdur R, Margulies S, Keller J. The second victim: can we identify those most at risk? *Obstet Gynecol.* 2017;129(5):76s.
 9. Cabilan CJ, Kynoch K. The experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2015;13(9):63-71.
 10. Clancy CM. Alleviating "second victim" syndrome: how we should handle patient harm. *J Nurs Care Qual.* 2012;27(1):1-5.
 11. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. Respectful management of serious clinical adverse events. 2th ed. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
 12. de Wit ME, Marks CM, Natterman JP, Wu AW. Supporting second victims of patient safety events: shouldn't these communications be covered by legal privilege? *J Law Med Ethics.* 2013;41(4):852-8. doi: 10.1111/jlme.12095.
 13. Davidson JE, Agan DL, Chakedis S, Skrobik Y. Workplace blame and related concepts: an analysis of three case studies. *Chest.* 2015;148(2):543-9.
 14. Delacroix R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: a phenomenological approach. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017;29(7):403-9.
 15. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn.* 2011;121(4):101-8.
 16. Harrison R, Lawton R, Perlo J, Gardner P, Armitage G, Shapiro J. Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration. *J Patient Saf.* 2015;11(1):28-35.

17. Gatzert M. Second victim: caring for the caregiver. *J Nurs Patient Care*. 2017;2:4. [Apresentado no 28th International Conference on Family Nursing & Healthcare; 2017 Sep. 11-13; San Antonio].
18. Hu YY, Fix ML, Hevelone ND, Lipsitz SR, Greenberg CC, Weissman JS et al. Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Arch Surg*. 2012;147(3):212-7.
19. Jones JH, Treiber LA. When nurses become the "Second Victim". *Nurs Forum*. 2012;47(4):286-91.
20. Katzman SD. The experience of error on the front line of care in the context of a hospital organizational culture change initiative [dissertation]. San Diego: San Diego State University; 2015.
21. Kohler JE. I'm a doctor. Can I help? *Ann Fam Med*. 2015;13(5):490-1.
22. Kroll L, Singleton A, Collier J, Rees Jones I. Learning not to take it seriously: junior doctors' accounts of error. *Med Educ*. 2008;42(10):982-90.
23. Lazarus A. Traumatized by practice: PTSD in physicians. *J Med Pract Manage*. 2014;30(2):131-4.
24. Lembitz A. Graduate and continuing medical education. In: Stahael PF, Manffrey C, editors. *Patient Safety*. Heidelberg: Springer; 2014. p.185-215.
25. Lewis EJ, Baernholdt MB, Yan G, Guterbock TG. Relationship of adverse events and support to RN burnout. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(2):144-52.
26. Mann S, Marcus R, Sachs B. Lessons from the cockpit: how team training can reduce errors on L&D. *Contemporary ob/gyn*. 2006;51(1):34-51.
27. Manser T, Staender S. Aftermath of an adverse event: supporting health care professionals to meet patient expectations through open disclosure. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49(6):728-34.

28. Mants T. Health care professionals' experiences after making errors in practice: an integrative review of the literature [dissertation]. Victoria: Nursing School, University of Victoria; 2015.
29. Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: the second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg.* 2015;24(6):315-8.
30. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:341. doi: 10.1186/s12913-015-0994-x.
31. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Health Care.* 2017;29(4):450-60.
32. Monk G, Sinclair S, Nelson M. Healthcare professionals' use of narrative mediation to address disclosure and apology the aftermath of medical errors. *Narrat Confl.* 2016;3(1):24-43.
33. Moran D, Wu AW, Connors C, Chappidi MR, Sreedhara SK, Selter JH et al. Cost-benefit analysis of a support program for nursing staff. *J Patient Saf.* 2017 Apr 27. doi: 10.1097/PTS.0000000000000376
34. Monteverde S, Schiess C. The support for second victims as an issue of organizational ethics. *Ethik Med.* 2017;29(3):187-99.
35. Müller-Leonhardt A, Mitchell SG, Vogt J, Schürmann T. Critical incident stress management (CISM) in complex systems: cultural adaptation and safety impacts in healthcare. *Accid Anal Prev.* 2014;68:172-80. doi: 10.1016/j.aap.2013.12.018.
36. Nicol N. Support for "second victims". *Am J Health Syst Pharm.* 2015;72(7):523. doi: 10.2146/ajhp150131.

37. Panella M, Rinaldi C, Vanhaecht K, Donnarumma C, Tozzi Q, Di Stanislao F. Second victims of medical errors a systematic review of the literature. *Ig Sanita Pubbl.* 2014;70(1):9-28.
38. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K et al. The determinants of defensive medicine in italian hospitals: the impact of a second victim. *Rev Calid Asist.* 2016;31(Suppl. 2):20-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>.
39. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg.* 2015;67(4):331-7.
40. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016;42(8):377-86.
41. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a "second victim" in health care: pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist.* 2016;3(Suppl 2):11-9.
42. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly.* 2009;139(1-2):9-15.
43. Schwappach DL. In the aftermath of medical error. Caring for patients, family, and the healthcare workers involved. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2015;58(1):80-6.
44. Schrøder K, Jorgensen JS, Lamont RF, Hvidt NC. Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(7):735-45.

45. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*.2009;18(5): 325-30.
46. Scott SD, McCoig MM. Care at the point of impact: insights into the second-victim experience. *J Healthc Risk Manag*. 2016;35(4):6-13.
47. Segundas y Terceras Víctimas Proyecto de Investigación. Medical error: the second victim [Internet]. [S.l.]; 2019. [cited 2018 Jan 11]. Available from: <http://www.segundasvictimas.es/buscar.php?q=Medical+error%3A+the+second+victim>.
48. Segundas y Terceras Víctimas: proyecto de investigación [Internet]. Valencia; 2018. [atualizado 2019; citado 2018 Jan 11]. Disponível em: <http://segundasvictimas.es>
49. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):135-62. doi: 10.1177/0163278712458918.
50. Stewart K, Lawton R, Harrison R. Supporting "second victims" is a system-wide responsibility. *BMJ*. 2015;350:h2341. doi: 10.1136/bmj.h2341.
51. Sheerin L. Why second victims need our support. *Emerg Nurse*. 2017;24(10):15. doi: 10.7748/en.24.10.15.s19.
52. Shivji AM. Compassion satisfaction in victim services: focusing on the rewards of trauma work [dissertation]. Lethbridge: Faculty of Education, University of Lethbridge; 2015.
53. Smith ML. Thinking ethically about medical mistakes. *J Child Neurol*. 2013;28(6):809-11.

54. Tatum P, Hirschinger L. Second victims: why palliative care should recognize and help staff who are adversely impacted by difficult cases. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(2):357-8.
55. The Institute for Safe Medication Practices Canada. Discussion paper on adverse event and error reporting in healthcare [Internet]. Ontario; 2000. [cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://www.ismp.org/Pages/IOM.html>
56. The Institute for Safe Medication Practices Canada. Support the second victims of medical errors [Internet]. Ontario; [s.d.]. [cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/A4Q11Action.asp>.
57. The Institute for Safe Medication Practices Canada. The 15th Annual ISMP Cheers Awards: meet this year's true gems in medication safety [Internet]. Horsham; 2012. [cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://www.ismp.org/resources/15th-annual-ismep-cheers-awards-meet-years-true-gems-medication-safety>.
58. The second victim: supporting staff members after a medical error. *Patient Saf Monit* [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 30]; 9(6):1-4. Available from: <http://www.hcpro.com/QPS-211162-234/The-second-victim-Supporting-staff-members-after-a-medical-error.html>.
59. West CP. How do providers recover from errors? [Internet]. [S.l.]; 2008. [cited 2018 Jan 08]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/167/How-Do-Providers-Recover-From-Errors>.
60. Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open* 2016;6:e011403. doi:10.1136/bmjopen-2016-011403.
61. Vogus TJ, Sutcliffe KM. The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Med Care*. 2007;45(10):997-1002.

62. Vincent C, Page C. Aftermath of error for patients and health care staff. In: Hurwitz B, Sheikh A, editors. Health care errors and patient safety. Hoboken: Blackwell Publishing; 2009. p. 179-92.
63. Vincent C. Patient safety. 2thed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010. Supporting staff after serious incidents; p. 192-210.
64. Welp A, Meier LL, Manser T. The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. Crit Care. 2016;20(1):110.
65. White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW et al. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. J Healthc Risk Manag. 2015;34(4):30-40.

APÊNDICE C

FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

1. Identificação do material bibliográfico															
Número: _____.															
2. Localização: portal, base, diretório ou buscador acadêmico															
2.1 Base/Portal: <table><tr><td>☐ CINAHL</td><td>☐ LILACS</td><td>☐ WEB OF SCIENCE</td></tr><tr><td>☐ SCOPUS</td><td>☐ EMBASE</td><td>☐ PubMed</td></tr><tr><td>☐ MEDLINE</td><td>☐ BVS</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">☐ OUTRO(A): _____.</td></tr></table>	☐ CINAHL	☐ LILACS	☐ WEB OF SCIENCE	☐ SCOPUS	☐ EMBASE	☐ PubMed	☐ MEDLINE	☐ BVS		☐ OUTRO(A): _____.					
☐ CINAHL	☐ LILACS	☐ WEB OF SCIENCE													
☐ SCOPUS	☐ EMBASE	☐ PubMed													
☐ MEDLINE	☐ BVS														
☐ OUTRO(A): _____.															
2.2 Diretório/Buscador: <table><tr><td>☐ GOOGLE SCHOLAR</td><td>☐ EPISTEMONIKOS</td></tr><tr><td colspan="2">☐ BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD)</td></tr><tr><td>☐ WILEY INTERSCIENCE</td><td>☐ OPENGREY</td></tr><tr><td colspan="2">☐ OUTRO(A): _____.</td></tr></table>	☐ GOOGLE SCHOLAR	☐ EPISTEMONIKOS	☐ BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD)		☐ WILEY INTERSCIENCE	☐ OPENGREY	☐ OUTRO(A): _____.								
☐ GOOGLE SCHOLAR	☐ EPISTEMONIKOS														
☐ BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD)															
☐ WILEY INTERSCIENCE	☐ OPENGREY														
☐ OUTRO(A): _____.															
2.3 Diretório/Buscador: organizações de referência: <table><tr><td>☐ AHRQ</td><td>☐ NPSF</td><td>☐ WHO</td></tr><tr><td colspan="3">☐ INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA</td></tr><tr><td>☐ PROQUALIS</td><td>☐ OPAS</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">☐ SECOND AND THIRD VICTIM RESEARCH GROUP</td></tr><tr><td colspan="3">☐ OUTRO(A): _____.</td></tr></table>	☐ AHRQ	☐ NPSF	☐ WHO	☐ INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA			☐ PROQUALIS	☐ OPAS		☐ SECOND AND THIRD VICTIM RESEARCH GROUP			☐ OUTRO(A): _____.		
☐ AHRQ	☐ NPSF	☐ WHO													
☐ INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES CANADA															
☐ PROQUALIS	☐ OPAS														
☐ SECOND AND THIRD VICTIM RESEARCH GROUP															
☐ OUTRO(A): _____.															

3. Dados do Material/Documento

3.1 Tipo/Origem:

- ☐ Periódico
☐ Jornal
☐ Tese e Dissertação
☐ Revista de Sociedade de Classe, Conselhos, Corporativa ou Boletim Institucional
☐ Manual ou Guia
☐ Folheto/Encarte
☐ Anais/Pôster/Livro resumo
☐ Relatório
☐ Outros: _____.

Indicar a tipologia: () Artigo original, () Artigo de revisão () Artigo teórico/reflexão
() Relato de experiência () Editorial/Carta ao Editor/Diretor () Resumo de evento
() Estudo de caso
() Outros: _____.

3.2 Título:

_____.

3.3 Autor(es): _____.

3.4 Palavras-chave/ Descritores: _____. ☐ S/I

3.5 Ano de publicação: _____. ☐ S/I Volume: _____. ☐ S/I
Páginas: _____. ☐ S/I

3.6 País: _____. ☐ S/I

3.7 Idioma:

☐ Português ☐ Inglês ☐ Espanhol

4. Objetivo(s)
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
☐ S/I
5. Método
5.1 Tipo/Natureza/Abordagem/Delineamento/Desenho
5.1.1 ☐ Primário Pesquisa Quantitativa: ☐ Experimental ☐ Exploratória ☐ Descritiva ☐ Exploratória-descritiva ☐ Estudo de Caso ☐ Quase-experimental ☐ Outros. Descrever: (longitudinal/transversal, retrospectivo/prospectivo, estudos correlacionais, estudos caso-controle, estudo de coortes) _____ ☐ S/I ☐ N/A
5.1.2 ☐ Primário Pesquisa Qualitativa: ☐ Exploratória ☐ Descritiva ☐ Exploratória-descritiva ☐ Estudo de Caso ☐ Outro. Descrever: _____ ☐ S/I ☐ N/A
5.1.3 ☐ Primário Pesquisa de Métodos Mistos: Especificar: _____

5.1.4 ☐ Secundário:☐ Revisão Sistemática ☐ Revisão Integrativa ☐ Revisão de Escopo☐ Revisão de Literatura ☐ Revisão Narrativa☐ Guia/*Guideline*

Outros: _____.

☐ S/I5.1.5 ☐ Relato de Experiência

5.2 Características dos Sujeitos

5.2.1 População: ☐ Sim ☐ Não ☐ S/I ☐ N/A5.2.2 Amostra: ☐ Sim ☐ Não ☐ S/I ☐ N/A

5.2.3 Número de Sujeitos/Amostragem/Critérios de inclusão e exclusão

Descrever: _____.

☐ S/I☐ N/A

5.2.4 Categoria profissional envolvida no estudo:

☐ Enfermeiro☐ Médico☐ Fisioterapeuta☐ Farmacêutico☐ Nutricionista☐ Terapeuta Ocupacional☐ Odontólogo☐ Fonoaudiólogo☐ Psicólogo☐ Equipe Multidisciplinar☐ Outro. Descrever: _____.☐ S/I☐ N/A

5.3 Detalhamento Metodológico

5.3.1 Coleta de dados:

☐ Prospectiva☐ Retrospectiva

6.4 Abordagem da segunda vítima: (quem executa)

- ☐ Profissionais da própria unidade
- ☐ Equipe de profissionais da instituição
- ☐ Equipe de profissionais externos
- ☐ Outro. Descrever: _____.
- ☐ N/A
- ☐ S/I

6.4.1 Características da abordagem:

- ☐ Individual ☐ Coletiva
- ☐ Outro. Descrever: _____.
- ☐ S/I
- ☐ N/A

6.4.2 Âmbito da abordagem:

- ☐ Institucional
- ☐ Municipal/Regional
- ☐ Estadual
- ☐ Nacional
- ☐ Outro. Descrever: _____.
- ☐ S/I
- ☐ N/A

6.4.3 Estrutura ou composição da(s) equipe(s) de apoio:

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Farmacêutico
- ☐ Nutricionista
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Odontólogo
- ☐ Psicólogo
- ☐ Equipe Multidisciplinar
- ☐ Outro. Descrever: _____.
- ☐ S/I
- ☐ N/A

6.4.4 Local da abordagem:

- ☐ No local do evento adverso/erro
- ☐ Área reservada na unidade
- ☐ Área reservada na própria instituição
- ☐ Em outra instituição
- ☐ Outro. Descrever: _____.
- ☐ S/I
- ☐ N/A

6.5 Repercussões para a segunda vítima:

- ☐ Afastamento do trabalho/Licença Médica
- ☐ Transferência de setor
- ☐ Medidas disciplinares: advertência verbal, advertência escrita ou suspensão
- ☐ Demissão
- ☐ Desenvolvimento de doença física
- ☐ Desenvolvimento de doença psíquica/ emocional
- ☐ Suicídio
- ☐ Mudança de profissão
- ☐ Outro. Descrever: _____.
- ☐ S/I
- ☐ N/A

6.6 Sentimentos/emoções experienciados pelos profissionais de saúde na condição de segunda vítima:

- ☐ Medo
- ☐ Vergonha
- ☐ Culpa
- ☐ Abandono
- ☐ Desprezo
- ☐ Reprovação
- ☐ Julgamento
- ☐ Pensamento suicida
- ☐ Pensamento recorrente do erro/evento adverso
- ☐ Ansiedade
- ☐ Insegurança
- ☐ Choque

☐ Descrença☐ Tristeza☐ Outros: _____.☐ S/I☐ N/A**7 Conclusões/Considerações finais**

_____.

☐ S/I☐ N/A**8 Recomendações**☐ Sim☐ Não☐ S/I☐ N/A

_____.

APÊNDICE D

Relação dos acessos aos portais/bases/diretórios e buscadores acadêmicos, estratégias de busca, quantitativo do material recuperado e data.

Base de Dados	Estratégia de Busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados com resumo	Data
CINAHL	(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)	38	14	30/11/2017
MEDLINE	(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)	94	36	30/11/2018
LILACS	(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)	7	0	30/11/2017
Google Scholar	"second victim" AND ("health personnel" OR "health care professional")	135	21	04/12/2017
Biblioteca Digital Brasileira	"segurança do paciente" AND erros AND segunda	33	0	04/12/2017
Web of Science	(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)	48	19	18/12/2017
Scopus	estratégia teve que ser separada "second victim" AND ("health personnel" OR "health care professional")	38	27	26/12/2017
EMBASE	('health care personnel'/exp OR 'health care personnel') AND 'second victim'	86	45	03/01/2018
PubMed	(health personnel OR Healthcare professional) AND (Victim* AND Second)	180	40	03/01/2018
Epistemonikos	"second victim"	7	6	04/01/2018
Wiley	"second victim" AND ("health personnel" OR "health care professional")	35	8	04/01/2018
BVS	("second victim" OR "segunda vitima" OR "segundas victimas") AND ("health personnel" OR "health care professional")	28	23	07/01/2018
OpenGrey	second victim*	46	1	08/01/2018
AHRQ	"second victim"	281	24	08/01/2018
NPSF	"second victim"	24	1	08/01/2018
WHO	"healthcare professional" AND "adverse event" AND "support"	9	0	08/01/2018
ISMP	support second victim	7	3	11/01/2018
OPAS	second and victim/ "support program" AND "healthcare professional"/ "healthcare professional" AND "adverse event" AND "support" / "adverse	0	0	11/01/2018
ProQualis	second and victim	9	6	11/01/2018
Second and Third Research Group	"second victim"	7	5	11/01/2018