



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

Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review

Estrategias para apoyar al profesional de la salud en la condición de segunda víctima: una revisión de alcance

Como citar este artigo:

Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03669. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>

 Ellen Regina Sevilla Quadrado¹

 Daisy Maria Rizatto Tronchin²

 Flávia de Oliveira Motta Maia³

* Extraído da tese: “Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo”, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2019.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Hospital Universitário, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To map and analyze the knowledge produced about strategies aimed at promoting support to health professionals in the condition of second victim. **Method:** Scoping review, developed in portals, databases and academic websites, whose inclusion criteria were articles and materials indexed in the respective search sites, between January 2000 and December 2019, in Portuguese, English and Spanish. The findings were summarized and analyzed based on descriptive statistics and narrative synthesis. **Results:** A total of 64 studies were included, 100% international; 92.2% in English and 50% from secondary research. The support strategies were grouped into four categories and most of the studies referred to the use of the forYOU, Medically Induced Trauma Support Services and Resilience in Stressful Events programs and the interventions represented, through dialogue with peers, family, friends and managers. **Conclusion:** Support strategies for the second victim are pointed out in international studies and mostly developed through programs/services and interventions. It is recommended to develop studies to learn about the phenomenon and to structure feasible support strategies in Brazilian health organizations.

DESCRIPTORS

Health Personnel; Patient Safety; Safety Management; Nursing; Review.

Autor correspondente:

Ellen Regina Sevilla Quadrado
Av. Dr. Jesuíno Marcondes Machado,
1030, Nova Campinas
CEP 13092-001 – Campinas, SP, Brasil
ersquadrado@alumni.usp.br

Recebido: 11/06/2019
Aprovado: 15/05/2020

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente pode ser contextualizada e discutida sob diversas perspectivas, tendo como eixo central uma assistência segura e de qualidade. Apesar de sucessivas iniciativas em âmbito nacional e internacional para mitigar os erros e os eventos adversos (EA), estes estão presentes no cuidado, pois os profissionais de saúde estão suscetíveis às falhas, que podem causar danos ao paciente/família, ao trabalhador e à organização de saúde.

Recente revisão de escopo contando com amostra de 25 estudos, realizados em diferentes países, indicou uma mediana de 51,2% de EA evitáveis, reportando dentre as causas mais frequentes procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos ou fluidos e infecção associada ao cuidado⁽¹⁾.

No Brasil, relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) traz um panorama das notificações registradas, no período entre março de 2014 e janeiro de 2019, acerca de EA, dos quais 30,4% representavam incidentes relacionados à perda ou obstrução de sonda, de cateter venoso e flebite, seguidos dos notificados como falha na assistência (25,2%), compreendidos por incidentes em procedimentos, intervenções e contenção física, dentre outros. Do total de EA notificados, 93,6% ocorreram em ambiente hospitalar e 0,5% conduziram os pacientes a óbito⁽²⁾.

Face ao exposto, é inquestionável que os EA afetam a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, assim como uma ação equivocada na saúde pode resultar em danos e sofrimento à integridade física, emocional e moral dos profissionais envolvidos⁽³⁾. Nesse aspecto, os trabalhadores de saúde são vítimas de seus próprios erros.

Em retrospectiva histórica, verificou-se que a primeira menção ao termo segunda vítima ocorreu no ano de 2000, destacando 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 trata-se do profissional de saúde envolvido no evento, denominado “Segunda Vítima”⁽⁴⁾. Ainda nesse cenário, há referência ao termo “Terceira Vítima”, considerando as organizações de saúde, local onde o EA ocorreu⁽⁵⁾.

No decorrer dos anos, da mesma maneira que o termo segunda vítima passa a ser 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⁽⁶⁾, ao termo primeira vítima, anteriormente atribuído ao paciente, passa a ser incorporada a família⁽⁷⁾. Nesse sentido, pesquisadores vêm empreendendo esforços para mensurar a prevalência do fenômeno segunda vítima no contexto das organizações de saúde, assim como esclarecer as circunstâncias que conduzem o trabalhador ao erro⁽⁷⁻⁸⁾.

Estudo de revisão sistemática realizado nos Estados Unidos da América (EUA) mostrou que entre 10,4% e 43,3% dos profissionais de saúde tornam-se segundas vítimas no contexto hospitalar⁽⁷⁾. Pesquisa conduzida na Espanha revelou que seis em cada 10 profissionais estiveram no papel

de segunda vítima quando analisados durante os 5 últimos anos, sendo que 62,5% dos trabalhadores atuavam na atenção primária e 72,5% na atenção hospitalar⁽⁹⁾.

Outras investigações mencionaram a vivência de profissionais de saúde experientes envolvidos diretamente em EA, expondo repercussões negativas e devastadoras geradas pela falta de apoio, as quais culminaram em ansiedade, depressão e preocupações sobre a capacidade de realizar suas atividades^(4-5,10-11). Somado a isso, um estudo evidenciou solicitações de transferência de setor, assim como o registro de abandono da profissão, em decorrência do evento⁽⁹⁾. Reconhecer e conduzir as diferentes facetas que envolvem a segunda vítima é algo complexo, diante dos múltiplos componentes implicados, especialmente os que abarcam a cultura de segurança, a maturidade dos profissionais e das organizações no enfrentamento do problema.

Nesse contexto, foi identificada na literatura internacional uma série de estratégias de apoio para as segundas vítimas, em diversas modalidades, tais como: os programas *forYOU*, desenvolvido pela *University of Missouri*⁽¹²⁾, o *Resilience in Stressful Events* (RISE) do *Johns Hopkins Hospital*⁽¹³⁾, o *Center for Professional and Peer Support* (CPPS) do *Brigham and Women's Hospital*⁽¹⁴⁾ e o *Medically Induced Trauma Support Services – MITSS*⁽¹⁵⁾, além de ações e intervenções individuais e coletivas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ que objetivam atender as necessidades dos profissionais de maneira sistematizada. Por outro lado, destaca-se a lacuna existente na literatura nacional relativa à terminologia, à prevalência do fenômeno segunda vítima nos estabelecimentos de saúde, assim como a identificação dos danos e o seu impacto na vida dos profissionais.

Diante desse cenário, o objetivo do presente estudo consistiu em mapear e analisar o conhecimento produzido acerca das estratégias destinadas a promover apoio aos profissionais de saúde na condição de segunda vítima.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão de escopo que empregou o modelo do *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, com o objetivo de explorar o tema de interesse, resgatar evidências de estudos primários, investigar especificidades, extensão ou amplitude do objeto, condensar e disseminar os achados, bem como identificar as lacunas existentes⁽¹⁸⁾.

Na condução do presente estudo, foram utilizadas as cinco primeiras etapas previstas nessa metodologia, a saber: identificação da pergunta norteadora; identificação dos estudos relevantes; seleção do material; extração dos dados; agrupamento, resumo, relato e discussão dos resultados⁽¹⁸⁻²⁰⁾. A pergunta norteadora foi elaborada a partir da estratégia denominada População, Conceito e Contexto (PCC): a População foi determinada pelos profissionais de saúde; o Conceito referiu-se à Segunda Vítima; e o Contexto foi compreendido pelos serviços de saúde. Desse modo, formulou-se a seguinte questão da pesquisa: “Quais as estratégias destinadas a apoiar os profissionais de saúde na condição de segunda vítima, no contexto dos serviços de saúde?”.

COLETA DE DADOS

Inicialmente, recorreu-se às bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLINE). Posteriormente, houve a expansão para outros portais e bases, totalizando 20 sítios de busca, a saber: 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, dentre eles o *Google Scholar*, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), *Wiley Interscience*, *OpenGrey*, *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *National Patient Safety Foundation* (NPSF), *World Health Organization* (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*.

Os descritores e palavras-chave (*health personnel*, *healthcare professional*, *victim*, *second*, segurança do paciente, erros, segunda, *second victim*, *health care professional*, *health care personnel*, segunda vítima, segundas vítimas, *adverse event*, *support*, *support second victim* e *support program*) foram combinados pelo emprego dos operadores booleanos, *AND* e/ou *OR* para a construção das estratégias de busca, conforme a especificidade de cada base, portal, diretório e buscador acadêmico.

O período estabelecido para as buscas compreendeu entre janeiro de 2000 e dezembro de 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. Cabe ressaltar que o período supracitado foi determinado tendo em vista que a terminologia segunda vítima passou a ser retratada na literatura após menção em artigo editorial de Albert Wu, a partir do ano 2000.

A coleta dos dados foi realizada nos períodos de 30 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018, e atualizada entre 2 de janeiro e 12 de fevereiro de 2020, mediante o emprego de formulário adaptado⁽¹⁸⁻²⁰⁾, contemplando as seguintes variáveis: identificação do material bibliográfico, localização (portal, base, diretório ou buscador acadêmico), dados do material (origem, tipologia, título, autores, descritores, ano, país e idioma), objetivos, método (tipo/natureza, abordagem/delineamento/desenho), características dos sujeitos (população, amostra, categoria(s) profissional(is) envolvida(s)), detalhamento metodológico (coleta de dados, período, local, análise e tratamento dos dados), resultado (categorização e descrição da estratégia, âmbito da abordagem, composição da equipe, repercussões, sentimentos e emoções), conclusões/considerações finais e recomendações.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A composição da amostra foi mediada por duas etapas. Na primeira, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos/textos/materiais, respeitando os critérios de elegibilidade. Na segunda, foi estabelecida pela leitura das publicações na íntegra para assegurar sua congruência à questão norteadora e validada por dois revisores independentes.

Após essas etapas, os documentos recuperados foram relacionados e numerados, de acordo com a ordem cronológica da coleta de dados nas bases de dados, e ordenados em planilha eletrônica.

Os estudos foram sintetizados e dispostos no formato de figura, utilizando o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽²¹⁾, tabela e quadro, contemplando as variáveis de interesse e analisados com base na estatística descritiva, nas frequências absoluta e relativa, e na síntese narrativa.

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-se a Resolução n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à análise e ao compartilhamento dos resultados.

RESULTADOS

As estratégias de busca permitiram identificar 1488 registros, sendo que, após leitura dos resumos, supressão dos duplicados e exclusão daqueles que não respondiam à pergunta de pesquisa, totalizaram 64 documentos, como mostra a Figura 1 PRISMA⁽²¹⁾, resultante dessa etapa.

Os dados da Tabela 1 explicitam os resultados dos artigos/materiais nos portais/bases/diretórios e buscadores acadêmicos que compuseram a amostra da revisão.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos achados, discriminando a busca em 20 sítios eletrônicos, sendo 43 oriundos de literatura branca, representados pelas bases EMBASE (11) CINAHL (nove), e SCOPUS (oito), e 21 de literatura cinzenta, sendo que nove documentos foram encontrados na AHRQ, seguido do *Google Scholar* (cinco).

No que se refere ao idioma e tipo de publicação, verificou-se que, majoritariamente, os estudos eram na língua inglesa (92,2%) e provenientes de periódicos (82,8%). Quanto aos estudos publicados em periódicos, observou-se que 45,3% eram artigos originais, 18,9% artigos teórico/reflexão, 18,9% artigos de revisão, 7,5% editorial/carta ao diretor, 3,8% resumo de evento, 3,8% relato de experiência e 1,8% eram estudo de caso.

Nesta revisão, foi possível constatar que os autores com maior número de publicações no tema de segunda vítima foram Susan Scott e Albert Wu (nove). Relacionado ao tipo/natureza dos estudos, os achados mostraram que 50% eram pesquisas secundárias, 46,8% pesquisas primárias e 3,2% eram relatos de experiência.

O panorama geral dos dados mostrou que a maior parte dos estudos foi desenvolvida nos EUA (46,9%), seguida da Espanha (12,9%). Em relação à sede/instituição do estudo, considerando as pesquisas primárias, 56,7% foram realizadas em hospitais, 23,3% em parcerias entre hospital e universidade, centro de atenção primária ou organização de referência, 16,7% desenvolvidas em sociedades de classe e 3,3% em fundação. Além disso, a maioria desses estudos (40%) empregou a abordagem quantitativa.

O ano de 2016 concentrou o maior número de documentos publicados (18,8%), sendo 11 provenientes de periódicos e um no formato de guia. Dentre os estudos de

revisão, 50% fundamentaram-se em revisão de literatura, 30% em revisão sistemática e 10% em revisão narrativa e integrativa.

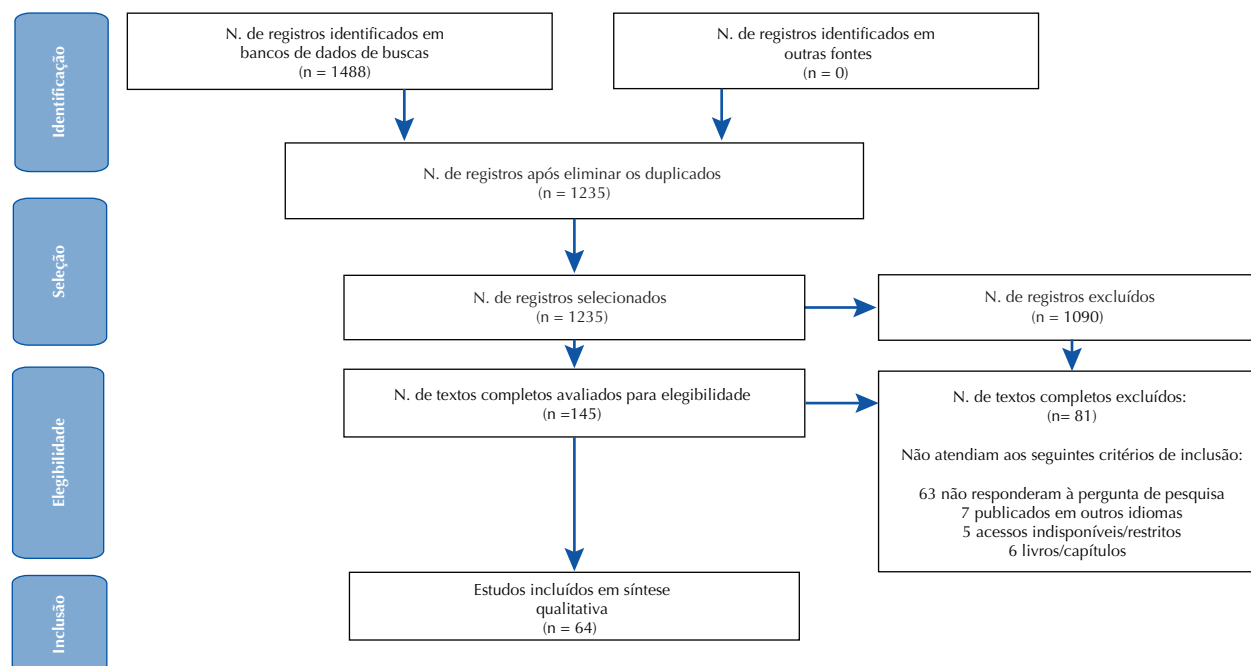


Figura 1 – Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão de artigos.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos/materiais recuperados e selecionados, de acordo com os portais, bases de dados, diretórios e buscadores acadêmicos – São Paulo, SP, Brasil, 2000/2019.

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*	62	62	14	5	9
MEDLINE*	150	150	1	0	1
LILACS*	7	7	0	0	0
Google Scholar**	182	175	28	23	5
BDTB**	49	49	0	0	0
Web of Science*	70	54	17	12	5
SCOPUS*	58	26	13	5	8
EMBASE*	152	93	22	11	11
PubMed*	223	184	14	7	7
BVS*	36	6	0	0	0
Epistemonikos*	11	32	2	0	2
Wiley Interscience**	36	6	2	1	1
OpenGrey**	46	46	1	0	1
AHRQ**	327	307	19	10	9
NPSF**	24	24	1	0	1
WHO**	9	9	0	0	0
ISMP Canada**	18	18	5	3	2
OPAS**	0	0	0	0	0
ProQualis**	10	5	2	1	1
Segundas y Terceras Víctimas Proyecto de Investigación**	18	17	4	3	1
Total	1488	1235	145	81	64

*Literatura branca **Literatura cinzenta

Nos estudos secundários, houve predomínio dos artigos teóricos/reflexão (42,7%), seguidos dos de revisão (31,2%), que retrataram conteúdos voltados para a trajetória de recuperação das segundas vítimas e os fatores que contribuem para essa condição, fundamentação teórico-filosófica da temática, responsabilidades ético-legais do trabalhador e empregador, necessidades de apoio para minimizar os efeitos negativos vividos pelos profissionais após um EA, comprometimento da saúde do indivíduo, considerando os danos físicos e emocionais. Além disso, os estudos de revisão abordaram as estruturas de programas e modelos organizacionais de apoio para as segundas vítimas, estabeleceram relações entre o fenômeno de segunda vítima e cultura de segurança institucional,

segurança do paciente, e descreveram as repercussões nos âmbitos pessoal e profissional.

As revisões expuseram, também, diversos segmentos na temática de segunda vítima, tais como: cuidado e apoio disponíveis aos profissionais de saúde após um EA/erro, repercussões aos profissionais na condição de segunda vítima, respostas psicológicas e estratégias de enfrentamento adotadas para lidar com a ocorrência de um evento inesperado e as principais categorias de profissionais consideradas segundas vítimas.

Desse modo, a análise dos achados possibilitou agrupar as estratégias de apoio em quatro categorias, explicitadas no Quadro 1: programas/serviços, guias, ferramentas e intervenções.

Quadro 1 – Distribuição da amostra conforme a categoria, o número do estudo e a denominação da estratégia de apoio para a segunda vítima – São Paulo, SP, Brasil, 2000/2019.

Categoria	Denominação das estratégias de apoio
Programas e Serviços (37)/ E6,E7,E13,E14,E15,E22,E23, E24,E25,E26,E27,E28,E29,E30, E31,E32,E33,E34,E35,E36,E37, E38,E39,E40,E41,E42,E43,E44, E45,E46,E47,E48,E49,E50,E51, E52,E53	<ul style="list-style-type: none"> • <i>forYOU</i>^(6,7,22-39) • <i>Critical Crisis Management Plan</i>⁽⁷⁾ • Programa da Universidade de Illinois⁽²⁵⁻²⁶⁾ • <i>Critical Incident Stress Debriefing (CISD)</i>^(24,29) • <i>For Our Team</i>⁽³⁴⁾ • ASSIST-ME⁽³⁵⁾ • <i>Health Work Enviroments (HWE)</i>⁽³⁶⁾ • <i>Resilience in Stressful Events (RISE)</i>^(13,25-26,30,35-37,39-45) • <i>Critical Incident Stress Management (CISM)</i>^(7,33,36,41) • <i>Immediate Debriefing Team</i>⁽⁴¹⁾ • <i>Critical Incidence Stress/ Support Team</i>⁽⁴¹⁾ • <i>COPE</i>⁽⁴¹⁾ • <i>Outpatient Psychiatry Support Team</i>⁽⁴¹⁾ • <i>"Second Victim" SharePoint</i>⁽⁴²⁾ • Programa de apoio para médicos da <i>Norwegian Medical Association</i>⁽⁴³⁾ • <i>Center for Professionalism and Peer Support (CPPS)</i>^(14,24,28,30,35,42,44) • <i>"Support our Staff"</i>⁽⁴⁴⁾ • <i>Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)</i>^(7,15,22,24-27,29,33,35-36,43-44,46-48) • <i>Code Lavander</i>^(30,43) • <i>YOU Matter</i>^(37,39,49)
Programas e Serviços (37)/ E6,E7,E13,E14,E15,E22,E23, E24,E25,E26,E27,E28,E29,E30, E31,E32,E33,E34,E35,E36,E37, E38,E39,E40,E41,E42,E43,E44, E45,E46,E47,E48,E49,E50,E51, E52,E53	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de intervenção <i>on-line</i>⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾ • <i>The Washington University School of Medicine Clinician Peer Support Program</i>⁽⁵²⁾ • <i>Novel Surgery-Specific Second VictimPeer Support Program</i>⁽⁵³⁾
Guias (4)/ E48,E50,E54,E55	<ul style="list-style-type: none"> • AHRQ⁽⁴⁸⁾ • <i>Guía de recomendaciones - Grupo de Investigación em Segundas y Terceras Víctimas</i>^(50,54) • <i>Guía de actuación ante eventos centinela</i>⁽⁵⁵⁾
Ferramentas (5)/ E24,E26,E30,E50,E56	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Toolkit</i>^(24,26,30,56) • <i>Basada en el Análisis Causa-RAíz (BACRA)</i>⁽⁵⁰⁾
Intervenções (48)/ E6,E7,E9,E13,E14,E15,E16,E23 E24,E25,E27,E29,E30,E32,E33, E34,E35,E39,E42,E43,E44,E46, E47,E49,E50,E51,E55,E57,E58, E59,E60,E61,E62,E63,E64,E65, E66,E67,E68,E69,E70,E71,E72, E73,E74,E75,E76,E77	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo com colegas de trabalho, familiares, amigos, gestores, especialista em saúde mental^(6-7,9,13-14,16,23-24,29-30,33-35,44,46-47,49,51,55,57-75) • Decálogo⁽⁵⁷⁾ • Diálogo para revelar o EA e pedido de desculpas junto ao paciente/familiares^(29,33,42,44,58-59,61,69,71,73) • Dialogar sobre o EA com outra pessoa^(44,69,71,73) • Estratégias de apoio informal e formal^(6-7,9,13-16,29-30,32-34,42,44,47,49,55,58-61,65-66)

continua...

...continuação

Categoria	Denominação das estratégias de apoio
Intervenções (48)/ E6,E7,E9,E13,E14,E15,E16,E23 E24,E25,E27,E29,E30,E32,E33, E34,E35,E39,E42,E43,E44,E46, E47,E49,E50,E51,E55,E57,E58, E59,E60,E61,E62,E63,E64,E65, E66,E67,E68,E69,E70,E71,E72, E73,E74,E75,E76,E77	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio de gestores em todos os níveis, conselheiros ou terapeuta, departamento/unidade ou instituição e apoio psicológico^(6,9,15,29,33,43-44,55,59,61,65-66,68,70,75-76) • <i>Website Mitigating Impact in Second Victims (MISE)</i>^(39,42-43,50-51) • <i>Unidade de Soporte a Segundas Víctimas (USVIC)</i>⁽⁶²⁾ • Estratégias de enfrentamento^(13,16,23-25,30,35,44,46,61,63-64) • Apoio de colegas de trabalho ou profissão, cônjuge, membros da família, amigos e equipe multidisciplinar^(6,13,16,30,42,44,58,61,66,77) • Capacitação e aprendizagem com o erro^(24,42,67-68,71,75-76), <i>feedback</i> positivo^(24,42) e educação proativa⁽⁷⁴⁾ • Resolver sozinho a situação^(6,49,66-68,77) • Políticas e diretrizes institucionais de proteção ao profissional e paciente^(59-60,68) • Escrita reflexiva^(7,25) • Afastamento temporário^(33,55,71) • Autopunição, autodefesa, negação do fato e despersonalização^(27,35,55,63,66,71) • Exercitar o bem-estar: atividade física, autoperdão, rever excesso de perfeição⁽⁴⁴⁾ e autocompaixão⁽⁶⁸⁾ • Apoio na oração e espiritualidade^(67-68,70) • Programa de Assistência ao Trabalhador⁽⁷³⁾

PROGRAMAS E SERVIÇOS

A categoria relativa aos Programas e Serviços foi citada em 37 estudos, sendo que 20 reportaram o Programa *forYOU* e o Serviço MITSS foi referido em 16 estudos. Cabe pontuar que, embora descrito como programa em grande parte dos estudos recuperados, o MITSS consiste em uma organização sem fins lucrativos, que surgiu a partir de um trabalho conjunto entre um médico anesthesiologista e uma paciente acometida por EA⁽⁷⁸⁾. Outro programa reportado nos estudos foi o RISE, desenvolvido inicialmente na unidade pediátrica do hospital *Johns Hopkins* sob a coordenação de uma equipe multidisciplinar, estendendo-se para as demais unidades do hospital⁽¹³⁾.

Dentre as semelhanças encontradas nos programas, destacaram-se aquelas relacionadas a origem, estrutura, acesso, organização, composição da equipe e objetivo, que preconizam o início do apoio para a segunda vítima o mais breve possível. 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, mencionam o uso de recursos como telefone, *bip*, *intranet* ou *“call button”*^(14,33,41).

Outra característica comum é o apoio oferecido por equipe multidisciplinar, preferencialmente, por pares de profissão, com vivências similares, para favorecer a interação e estabelecer uma comunicação efetiva, desenvolvendo a empatia e o sentimento de compaixão junto à segunda vítima. Nesse aspecto, a organização é responsável pela instrumentalização e desenvolvimento de habilidades necessárias para que o profissional promotor de apoio execute as atividades e possa agir em distintos cenários ou situações ocasionadas pelo EA/erro. Os programas são acessíveis a todos os profissionais de saúde, em tempo integral e contínuo^(6,13,78).

No programa RISE, o apoio ocorre por meio de dois profissionais disponíveis nos turnos de trabalho, atuando em conjunto, na implementação de ações⁽¹³⁾. No programa *forYOU*, as segundas vítimas recebem apoio em três níveis, também nominado de *“Scott Three-Tiered Integrated Model of Interventional Support”* ou Triade de *Scott*. Nesse modelo,

o apoio emocional inicial é fornecido por um apoiador, independentemente da função exercida, no próprio local ou departamento onde ocorreu o EA⁽⁶⁾.

Dessa forma, no primeiro nível do programa *forYOU*, 60% das segundas vítimas têm suas necessidades emocionais atendidas, pois a atenção está voltada ao bem-estar psicológico dos profissionais 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, prevenindo suprir as necessidades das segundas vítimas em percentual superior a 30%. O terceiro nível disponibiliza atendimento profissional especializado para a segunda vítima, quando se esgotarem os recursos de atuação da equipe de apoiadores. Estima-se que 10% das segundas vítimas necessitarão de ações nessa esfera. Dentre os profissionais especializados, encontram-se psicólogos, conselheiros e profissionais do departamento jurídico⁽⁶⁾.

Os programas CISM e *Critical Crisis Management Plan*, inicialmente, foram implementados para auxiliar policiais e bombeiros e, posteriormente, incorporaram os profissionais de saúde de forma a capacitá-los para atuarem em situações estressantes de qualquer natureza^(7,33,36,41).

Um outro programa da Universidade de Illinois foi desenvolvido sob sete pilares, a fim de encorajar a notificação de EA/erro junto aos profissionais de saúde e pacientes, empreender esforços pela integração dos serviços de melhoria da qualidade, segurança do paciente e gerenciamento de risco, assim como identificar e assistir a segunda vítima enquanto o EA/erro é investigado⁽²⁵⁻²⁶⁾. Ademais, verificou-se a presença do programa *Code Lavender*, com o propósito de oferecer para a segunda vítima apoio psicológico holístico^(30,43).

Por fim, os programas/serviços supracitados atuam em parceria com o serviço/setor de gerenciamento de risco das organizações, todavia, são administrativamente independentes. Foram idealizados para manter sigilo e confidencialidade das informações e são fundamentados em bases legais e políticas, visando proteger a segunda vítima^(33,49,51,55,60,62,64).

GUIAS

Nessa categoria, os estudos 48, 50, 54 e 55 envolveram os Guias como estratégias para apoiar as segundas vítimas,

constituídos especialmente por recomendações destinadas a fomentar a cultura de segurança, construir e implementar política institucional, visando 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. Para a operacionalização das estratégias, foram utilizados instrumentos como roteiro, lista de verificação, algoritmo das ações e intervenções a serem executadas pelos profissionais. Destaca-se, também, o Guia desenvolvido pela AHRQ para nortear os gestores e profissionais das organizações de saúde a implantarem, monitorarem e aprimorarem o programa *Care for the Caregiver Program*^(48,50,54-55).

FERRAMENTAS

Os estudos reunidos nessa categoria citaram o uso de ferramentas como meio para assessorar o desenvolvimento de um programa de apoio para as segundas vítimas, direcionando ações e atenção, sobretudo, às áreas consideradas de risco. O *kit* de ferramentas do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), ou *Toolkit for Building a Clinician and Staff Support Program*, foi elaborado por meio de consenso de especialistas e disponibilizado no site do MITSS, contendo dez tópicos: 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^(24,26,30,50,56).

Outro estudo apresentou a ferramenta eletrônica conhecida pelo acrônimo BACRA, criada para subsidiar as instituições espanholas na condução e análise dos EA, aprimorar ações para prevenção, orientar os profissionais vitimados por EA sobre como e quando revelar o incidente ao paciente/família, e para indicar a forma de abordagem desse profissional, cabendo salientar sua disponibilidade por meio eletrônico e de acesso livre⁽⁵⁰⁾.

INTERVENÇÕES

Nessa quarta categoria, foram agrupadas as estratégias de apoio emocional consideradas informais e formais, mencionadas em 48 estudos. As informais caracterizam-se pelos relatos da situação de EA/erros para colegas, familiares, cônjuge ou pessoa de similar importância, pares de profissão, amigos, ao gestor ou a uma pessoa de confiança. Nas estratégias formais, a segunda vítima expôs as circunstâncias do EA/erro a terapeuta, conselheiro, gestores, supervisores e gerentes de risco, a profissional especializado em saúde mental ou pares. Esse cenário pôde, na maior parte das vezes, ser compreendido como algo formal e discutido com profissionais com maior experiência^(6,9,14,32-34,44,47,49,59-60,66,77).

Outro aspecto dessa categoria foi a concepção de que alguns estudos abordaram as intervenções e ações baseadas em estratégias com ênfase no problema e na emoção/cognição^(35,42-43,61,63) e estratégias de enfrentamento, dentre elas a escrita reflexiva^(7,25), o afastamento temporário do trabalho^(33,55), a autopunição, a autodefesa ou negação do fato^(27,35),

e a despersonalização⁽⁵⁵⁾. Também foram mencionados como fonte de apoio à capacitação a aprendizagem com o erro^(42,67-68,71,75-76), o *feedback* positivo^(24,42), a educação proativa⁽⁷⁴⁾ e a participação da segunda vítima no processo de análise de causa-raiz do EA, na construção de planos de ação e na validação do processo para tomada de decisão para evitar incidentes futuros^(71,76).

O fato de revelar o erro com pedido de desculpas ao paciente/familiares^(29,33,42,58-59,61) e dialogar com outra pessoa a respeito do ocorrido^(44,69,71,73) também mostrou-se como fonte de apoio.

Outras fontes de apoio foram encontradas, tais como o Decálogo⁽⁵⁷⁾, que consiste em 10 recomendações de boas práticas para apoiar as segundas vítimas, e, ainda, aquelas em que os profissionais revelaram ter conseguido resolver a situação sozinhos^(6,49,66,77). Ademais, as organizações/instituições foram apontadas como fonte de apoio, operacionalizada pelo programa de assistência aos trabalhadores e por políticas e diretrizes institucionais destinadas a proteger a relação paciente/profissional⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾. Destaca-se, também, a USVIC⁽⁶²⁾, uma unidade externa que tem, dentre suas atividades, o papel de fornecer o apoio aos profissionais acometidos por EA e ocorrências complexas, mediar a comunicação entre a instituição e o paciente/família, fornecer orientação jurídica quando necessário e revelar o erro junto ao paciente e familiares.

O desenvolvimento de um *website* – MISE^(39,42-43,50-51) – 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.

Estudos mencionaram ainda como fonte de apoio para a segunda vítima a prática de atividades física, religiosa e espiritual^(67-68,70), o autoperdão, a revisão sobre o comportamento perfeccionista⁽⁴⁴⁾ e exercício da autocompaixão⁽⁶⁸⁾.

DISCUSSÃO

A caracterização dos sítios de busca (literatura branca e cinzenta), as tecnologias de informação e comunicação, combinadas com o aprimoramento das tecnologias de busca e recuperação de materiais, tem promovido incremento à pesquisa, tendo em vista que a primeira literatura supracitada disponibiliza publicações de modo convencional e comercial, com média e grande tiragem. Além disso, é amplamente difundida, tem controle bibliográfico e recebe uma numeração internacional, enquanto que a segunda traz publicações em meios não convencionais e comerciais, difíceis de serem localizadas, que não detêm numeração internacional e não são incluídas em bibliografias ou catálogos⁽⁷⁹⁾.

O fenômeno de segunda vítima mostrou ser um conceito bem sedimentado na literatura internacional, conforme identificado nos Estudos 6, 7, 9, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 49, 50, 51, 58, 61, 63 e 65 e nos reportados por vários estudiosos^(5,51,69,80-83). Nessa temática, outros achados agregaram os conceitos de primeira e terceira vítimas (Estudos 4, 7, 16, 27, 28, 29, 40, 51 e 59)^(5,51,83-84).

Outrossim, as revisões como parte dos achados na temática de segunda vítima retratam o interesse dos estudiosos em buscar evidências consistentes para elucidar a relação

entre as variáveis ou fenômeno estudado, por meio de investigações rigorosas e sistematizadas para o objeto de pesquisa⁽⁸⁵⁾. Porém, no cenário nacional, estudos envolvendo as estratégias de apoio para as segundas vítimas não foram encontrados, revelando um distanciamento importante entre o conhecimento produzido internacionalmente e no Brasil que, provavelmente, se reflete na prática.

Os achados mostraram que as estratégias de apoio foram embasadas por práticas formais e informais. Assim, a primeira mostrou as propostas das instituições de saúde e organizações de referência na temática de segurança do paciente, enquanto a segunda prática apresentou aquelas provenientes das relações pessoais com diversos profissionais da saúde.

Nessa direção, estudo de revisão sistemática⁽⁶⁹⁾, que empregou a mesma metodologia que a presente investigação, reuniu as melhores evidências sobre a experiência de enfermeiros como segunda vítima e exploraram as estratégias de apoio. Como resultado, constatou-se que o erro repercute em intensa desordem emocional, capaz de alterar as relações no trabalho, e que o tipo de apoio recebido influencia na resposta emocional após um EA. No que se refere ao apoio, os autores do estudo categorizaram os achados da seguinte forma: 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^(6,13,15). Além disso, propuseram uma abordagem de apoio por pares para a segunda vítima, destacando-se os benefícios recíprocos, tanto aos profissionais como às organizações, uma vez que esse modelo de apoio remete a um ambiente amistoso, diminui os índices de absenteísmo, incentiva o comprometimento dos profissionais e, conseqüentemente, oportuniza melhorias na qualidade assistencial⁽⁸⁶⁾, as quais incluem os benefícios encontrados por aqueles que já fizeram uso desse tipo de atendimento⁽⁴⁵⁾.

Outro ponto que merece ser ressaltado é a preocupação dos programas relacionada à confidencialidade das informações e ao atendimento individualizado prestado às segundas vítimas, cabendo apenas a exceção para a quebra de sigilo das informações, caso o profissional de saúde afetado coloque em risco sua saúde ou de outras pessoas⁽⁸⁴⁾.

Ainda em se tratando dos achados nessa 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 ao profissional acometido pelo erro/EA, sendo possível a abordagem imediatamente após o incidente^(14-15,58,64) ou após um período de tempo^(13,55), que

considere a ocasião na qual o profissional sente-se melhor preparado para falar da ocorrência.

Ao analisarmos os custos relativos à implementação de programas e serviços para apoiar os profissionais de saúde, identificou-se, em um dos programas implementados, economia para a instituição, gerada pela redução do absenteísmo e da taxa de abandono do emprego⁽⁸⁶⁾.

Referente aos achados relacionados aos guias, observou-se que a maior parte foi desenvolvida na Espanha, com abrangência institucional^(50,54) e regional⁽⁵⁵⁾, e um foi produzido nos EUA, em âmbito institucional⁽⁴⁸⁾. Esses guias trazem recomendações para orientar e conduzir a situação decorrente de EA/erro junto à primeira, segunda e terceira vítima, fornecendo apoio e assistência com base em *check list* e algoritmos.

Frente aos resultados envolvendo as estratégias de apoio informal^(6-7,13-14,16,30,32,34,42,44,47,49,59-61,66-77), as relações interpessoais foram reportadas nos estudos com maior frequência, envolvendo colegas, cônjuges e amigos, 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 e do corpo diretivo do hospital^(6,9,15,29,33,43-44,55,59,61,65-66,68,70,75-76). Além disso, foi mencionado que a revelação do EA junto ao paciente/familiares serviu como fonte de apoio^(29,33,42,58-59,61). Esses achados vão ao encontro da pesquisa que identificou que os colegas foram o primeiro e mais valioso apoio recebido pelas segundas vítimas, 95,3% e 68,7%, respectivamente, seguidos pelos cônjuges (67,2%) e amigos (58,2%)⁽⁸⁰⁾.

Os estudos 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^(6-7,9,13-14,16,23-24,29-30,33-35,44,46-47,49,51,55,57-75). O diálogo com pacientes/familiares para expor o evento foi reportado como fonte de apoio à medida que o profissional sentia-se aliviado, assumindo postura ética e responsável^(29,33,42,44,58-59,61,69,71,73), e, ainda, aqueles que optaram por enfrentar o problema sozinhos^(6,49,66-68,77).

Esses achados são consonantes com a revisão sistemática ao constatar que o fato de expor sobre o EA para alguém de confiança, seja cônjuge, amigo, familiar ou par de trabalho, trouxe certo grau de segurança e amparo aos enfermeiros envolvidos diretamente em EA, sendo que a divulgação do erro foi apresentada como reflexo da responsabilidade moral e ética desses profissionais⁽⁶⁹⁾.

Outras intervenções foram listadas para apoiar as vítimas de EA: a escrita reflexiva ou expressiva^(7,25), que promove o entendimento e auxilia na resolução de problemas por meio de escrita terapêutica; o *website* MISE, que, além de orientar como os profissionais devem agir após um EA, propicia esclarecimentos acerca do fenômeno de segunda vítima⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾; a criação de uma unidade de apoio específica para as segundas vítimas que atua na região sul da Catalunha⁽⁶²⁾; e o fato de aprender com o erro também é considerada uma estratégia de apoio⁽²⁴⁾.

Ademais, outras formas de enfrentar as repercussões advindas dos EA/erro encontram-se descritas pelas fases

ou estágios de recuperação, identificados em estudo realizado junto a profissionais da saúde: 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 obter 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 à sua reputação profissional junto aos pares e à organização); Estágio 4 - Suportando a inquisição: caracterizada pelo início de inquietação da segunda vítima em relação à organização, no que se refere à empregabilidade, à licença profissional e às 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, em que a ocorrência do evento permite transformar e aperfeiçoar sua atividade profissional⁽¹²⁾.

Na presente revisão, foi possível delinear o arcabouço de estratégias de apoio à segunda vítima. Todavia, os autores corroboram a ideia de 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⁽⁸⁷⁾. Desse modo, recomendam futuras investigações a fim de averiguar a eficácia e a efetividade das iniciativas propostas para o monitoramento dos profissionais de saúde na condição de segunda vítima.

Entende-se como limitação da presente revisão o acesso a sítios eletrônicos, majoritariamente destinados à área da saúde, não contemplando outras áreas do conhecimento, como direito, ética e bioética, que, possivelmente, discutem outras facetas do fenômeno segunda vítima. Além disso, a recuperação de documentos nos idiomas inglês, português e espanhol restringe a amostra.

CONCLUSÃO

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

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

Por conseguinte, diante 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 para nosso contexto.

RESUMO

Objetivo: Mapear e analisar o conhecimento produzido acerca das estratégias destinadas a promover apoio aos profissionais de saúde na condição de segunda vítima. **Método:** Revisão de escopo, desenvolvida em portais, bases de dados e diretórios acadêmicos, cujos critérios de inclusão foram artigos e materiais indexados nos respectivos sítios de busca, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os achados foram sumarizados e analisados com base na estatística descritiva e na síntese narrativa. **Resultados:** Foram incluídos 64 estudos, 100% de âmbito internacional, com 92,2% no idioma inglês e 50% oriundos de pesquisa secundária. As estratégias de apoio foram agrupadas em quatro categorias e a maioria dos estudos referiu o emprego dos programas *forYOU*, *Medically Induced Trauma Support Services* e *Resilience in Stressful Events* e das intervenções representadas, pelo diálogo com os pares, familiares, amigos e gestores. **Conclusão:** As estratégias de apoio à segunda vítima são apontadas em estudos de âmbito internacional e desenvolvidas, majoritariamente, por meio de programas/serviços e intervenções. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos para conhecer o fenômeno e estruturar estratégias de apoio exequíveis nas organizações de saúde brasileiras.

DESCRITORES

Pessoal de Saúde; Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Enfermagem; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Mapear y analizar el conocimiento producido acerca de las estrategias para promover el apoyo al profesional de la salud en la condición de segunda víctima. **Método:** Se trata de una revisión de alcance, desarrollada en portales, bases de datos y directorios académicos, cuyos criterios de inclusión fueron artículos y materiales indexados en los respectivos sitios de búsqueda, entre enero de 2000 y diciembre de 2019, en portugués, inglés y español. Los hallazgos se resumieron y analizaron bajo la base de la estadística descriptiva y la síntesis narrativa. **Resultados:** Se incluyeron 64 estudios, 100% de alcance internacional, un 92,2% en inglés y un 50% de investigaciones secundarias. Las estrategias de apoyo se agruparon en cuatro categorías y la mayoría de los estudios utilizó los programas *forYOU*, *Medically Induced Trauma Support Services* y *Resilience in Stressful Events* y las intervenciones representadas por el diálogo con los pares, familiares, amigos y gestores. **Conclusión:** Las estrategias de apoyo a la segunda víctima están señaladas en estudios internacionales y se desarrollan, principalmente, a través de programas/servicios e intervenciones. Se recomienda el desarrollo de estudios para conocer el fenómeno y estructurar las estrategias de apoyo factibles en las organizaciones de salud brasileñas.

DESCRIPTORES

Personal de Salud; Seguridad del Paciente; Administración de la Seguridad; Enfermería; Revisión.

REFERÊNCIAS

- 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
- Brasil. Ministério da Saúde; 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>
- Vincent C. Patient safety. 2nd ed. New York; Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010. Supporting staff after serious incidents; p. 192-207.
- Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320(7237):726-7. doi: 10.1136/bmj.320.7237.726
- Denham CR. Trust: the 5 rights of the second victim. *J Patient Saf.* 2007;3(2):107-19. doi: 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(5):233-40. doi: 10.1016/s1553-7250(10)36038-7
- 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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006
- Jones JH, Treiber LA. When nurses become the “second” victim. *Nurs Forum.* 2012;47(4):286-91. doi: 10.1111/j.1744-6198.2012.00284.x
- Mira JJ, 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 Serv Res.* 2015;15:151. doi: 10.1186/s12913-015-0790-7
- Van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(4):249-52. doi:10.1136/qshc.2007.025536
- Grissinger M. Too many abandon the “second victims” of medical errors. *PT.* 2014;39(9):591-2.
- 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. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open.* 2016;6(9):e011708. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011708
- Shapiro J, Galowitz P. Peer Support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med.* 2016;91(9):1200-4. doi: 10.1097/ACM.0000000000001297
- 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. doi: 10.1016/s1553-7250(12)38030-6
- Ullström S, Sachs MA, 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. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035
- 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.
- Arksey H, O’Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005;8(1). doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide (AU): JBI; 2015.
- Levac D, Colquhoun H, O’Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010;5:69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, 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
- Paparella S. Caring for the caregiver: moving beyond the finger pointing after an adverse event. *J Emerg Nurs.* 2011;37(3):263-5. doi: 10.1016/j.jen.2011.01.001
- Scott SD. The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions. *PSNet [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>
- Sirriyeh RH. Coping with medical error: the case of the health professional [thesis]. Leeds: University of Leeds; 2011.
- Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am.* 2012;47(3):383-93. doi: 10.1016/j.cnur.2012.05.008
- 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. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000605
- Hofeldt R, McCotter PI. Nurses as second victims: supporting our colleagues following an adverse event. *Wash Nurs Comm News.* 2012;6(2):14-5.
- MacLeod L. “Second victim” casualties and how physician leaders can help. *Physician Exec.* 2014;40(1):8-12.
- 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. Salford: Royal NHS Foundation Trust Clinical Leaders Network; 2014
- Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth.* 2015;24(1):54-63. doi: 10.1016/j.ijoa.2014.10.001

31. 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. Jefferson City: Center for Patient Safety; 2015.
32. Scott SD. Second victim support: implications for patient safety attitudes and perceptions. *Patient Saf Qual Healthc* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 22]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/second-victim-support-implications-for-patient-safety-attitudes-and-perceptions/>
33. 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. doi: 10.1002/jhrm.21169
34. Putnam K. Peer support programs help health care workers overcome emotional trauma. *AORN J*. 2016;104(3):P7-9. doi:10.1016/S0001-2092(16)30525-7
35. 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
36. Tamburri LM. Creating healthy work environments for second victims of adverse events. *AACN Adv Crit Care*. 2017;28(4):366-74. doi: 10.4037/aacnacc2017996
37. Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C, et al. Deployment of a Second Victim Peer Support Program: a replication study. *Pediatr Qual Saf*. 2017;2(4):e031. doi: 10.1097/pq9.0000000000000031
38. Merandi J, Winning AM, Liao N, Rogers E, Lewe D, Gerhardt CA. Implementation of a second victim program in the neonatal intensive care unit: an interim analysis of employee satisfaction. *J Patient Saf Risk Manag*. 2018;23(6):231-8. doi: 10.1177/2516043518809457
39. Hauk L. Support strategies for health care professionals who are second victims. *AORN J*. 2018;107(6):P7-9. doi: 10.1002/aorn.12291
40. Edrees H, Wu A. The aftermath of medical errors: supporting our second victim colleagues. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(Suppl 1):65. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw104.103>
41. Edrees HH, Morlock L, Wu AW. Do hospitals support second victims? Collective insights from patient safety leaders in Maryland. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2017;43(9):471-83. doi: 10.1016/j.jcjq.2017.01.008
42. Nainar, SMH. Adverse events during dental care for children: implications for practitioner health and wellness. *Pediatr Dent*. 2018;15:40(5):323-6.
43. Vinson AE, Randel G. Peer support in anesthesia: turning war stories into wellness. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2018;31(3):382-7. doi: 10.1097/ACO.0000000000000591
44. Robertson JJ, Long B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers. *J Emerg Med*. 2018;54(4):402-9. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.12.001
45. 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;41:54-9. doi: 10.1016/j.pedn.2018.01.011
46. 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. doi:10.1016/j.coms.2013.03.006
47. Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB. Nurses' experience of medical errors: an integrative literature review. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(2):153-61. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31827e05d1
48. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Care for the Caregiver Program Implementation Guide [Internet]. Bethesda, Maryland: AHRQ; 2016 [cited 2017 Aug 20]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/capacity/candor/modules/guide6.html>
49. 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. doi: 10.2146/ajhp140650
50. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, 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. doi: 10.1016/j.cali.2016.04.008
51. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre, 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
52. Lane MA, Newman BM Taylor MZ, O'Neill M, Ghetti C, Woltman RM, et al. Supporting clinicians after adverse events: development of a clinician peer support program. *J Patient Saf*. 2018;14(3):e56-60. doi: 10.1097/PTS.0000000000000508
53. El Hechi MW, Bohnen JD, Westfal M, Han K, Cauley C, Wright C, et al. Design and impact of a novel surgery-specific second victim peer support program. *J Am Coll Surg*. 2020;230(6):926-33. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2019.10.015
54. Mira Solves JJ, Lorenzo Martínez S, Carrillo Murcia I, Ferruz Estopà L, Silvestre Busto C, 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. Valencia: Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas; 2015.
55. 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. doi: 10.1016/j.cali.2016.06.001
56. Carugno J, Winkel AF. Surgical catastrophe. Supporting the gynecologic surgeon after an adverse event. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018;25(7):1117-21. doi: 10.1016/j.jmig.2018.05.012
57. Aranaz Andrés JM, Mira Solves JJ, Guilabert Mora M, Herrero JF, Vitaller Burillo J. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013;24(1):54-60.
58. 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. doi: 10.20452/pamw.2297
59. 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. doi: 10.1097/PTS.0000000000000060

60. Rivera EY, Lee C, Bernstein PS, Chazotte C, Goffman D. "Second victim" experiences in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):107S. doi: 10.1097/01.AOG.0000463648.49876.ba
61. 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. doi: 10.1111/inr.12317
62. 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(Supl. 2):49-52. doi: 10.1016/j.cali.2016.06.002
63. 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(Supl 2):34-46. doi: 10.1016/j.cali.2016.02.003
64. Trent M, Waldo K, Wehbe-Janeck 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. doi: 10.1002/jhrm.21239
65. 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. doi: 10.1002/jhrm.21219
66. 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. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.039
67. Chan ST, Khong BPC, Pei Lin Tan L, He HG, Wang W. Experiences of Singapore nurses as second victims: a qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2018;20(2):165-72. doi: 10.1111/nhs.12397
68. Miller CS, Scott SD, Beck M. Second victims and mindfulness: a systematic review. *J Patient Saf Risk Manag.* 2019;24(3):108-17. doi: 10.1177/2516043519838176
69. 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/JBISRIR-2016-003254
70. Badruddin S, Gul R, Dias J, PirMuhammad K, Roshan R. Health care professional as a second victim. *Med Clin Rev.* 2018;4(1/2):1-7. doi: 10.21767/2471-299X.1000065
71. Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: a literature review. *Scand J Public Health.* 2019 Aug 13:1403494819855506. [Epub ahead of print]. doi: 10.1177/1403494819855506
72. Pilarski A, Schwoch M, Tabatabai R. Assessing Second Victim Syndrome among emergency medicine physicians. In: 2018 Clinician's Well-Being Conference Recap; 2018 Sep 26-28. Columbus: The Ohio State University; 2018. p. 71.
73. Yoo L, Fei M. The second victim: supporting healthcare providers involved in medication errors. *Hosp News.* 2018 Apr: 4.
74. Wade L, Williams N, Fitzpatrick E, Parker R, Hurley K. Organizational interventions and policies to support second victims in acute care settings: a scoping study. *CJEM.* 2019;21(S1):S112-3. doi: 10.1017/cem.2019.325
75. Kobe C, Blouin S, Moltzan C, Koul R. The second victim phenomenon: perspective of canadian radiation therapists. *J Med Imaging Radiat Sci.* 2019;50(1):87-97. doi: 10.1016/j.jmir.2018.07.004
76. Boucher A, Ho C. Aftermath of a medication incident: caring for the patient, the family, but also the healthcare professional. *Pharm Connect [Internet].* 2019 [cited 2019 Nov 08];26(2):32-5. Available from: https://www.ocpinfo.com/wp-content/uploads/2019/08/ocp_pharmacyconnection_spring2019.pdf
77. Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(100). doi: 10.1186/s12913-019-3936-1
78. MITSS Medically Induced Trauma Support Services. Healthcare Organizations [Internet]. [S.l.]; 2017 [cited 2018 Oct 18]. Available from: <http://mitss.org/who-we-serve/healthcare-organizations/>
79. Botelho RG, Oliveira CC. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. *Ci Inf [Internet].* 2015 [citado 2018 nov. 08];44(3):501-13. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1804/3251>
80. 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 Suppl 2:26-33. doi: 10.1016/j.cali.2016.04.004
81. Gómez-Durán EL, Vizcaíno-Rakosnik M, Martín-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
82. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Rev Bioet.* 2018;26(3):333-42. doi: 10.1590/1983-80422018263252
83. Treiber LA, Jones JH. Making an infusion error: the second victims of infusion therapy-related medication error. *J Infus Nurs.* 2018;41(3):156-63. doi: 10.1097/NAN.0000000000000273
84. 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 Prim.* 2016;48(3):143-6. doi: 10.1016/j.aprim.2016.01.002
85. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
86. 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 [Epub ahead of print].
87. Wu AW; Busch IM. Patient Safety: a new basic science for professional education. *GMS J Med Educ.* 2019;36(2):Doc21. doi: 10.3205/zma001229

