

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Curso de Enfermagem**

**Amanda de Lima Stricagnolo**  
**Gabriel Regal Galdeano**  
**Larissa Cristina Lopez Duarte**  
**Lucas Oliveira Patrocínio dos Santos**

**SEGUNDA VÍTIMA NO CENÁRIO NACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

**São Paulo**  
**2024**

**Amanda de Lima Stricagnolo**  
**Gabriel Regal Galdeano**  
**Larissa Cristina Lopez Duarte**  
**Lucas Oliveira Patrocínio dos Santos**

## **SEGUNDA VÍTIMA NO CENÁRIO NACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Claudia Alcântara Garzin, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

**São Paulo**

**2024**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecas São Camilo

Segunda vítima no cenário nacional: revisão integrativa / Amanda de Lima Stricagnolo... [et al.]. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2024.  
41 p.

Orientação de Ana Claudia Alcântara Garzin.

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2024.

1. Gestão da segurança 2. Near miss 3. Segurança do paciente I. Stricagnolo, Amanda de Lima II. Galdeano, Gabriel Regal III. Duarte, Larissa Cristina Lopez IV. Santos, Lucas Oliveira Patrocínio dos V. Garzin, Ana Claudia Alcântara VI. Centro Universitário São Camilo VII. Título

CDD: 610.73

**Amanda de Lima Stricagnolo**  
**Gabriel Regal Galdeano**  
**Larissa Cristina Lopez Duarte**  
**Lucas Oliveira Patrocínio dos Santos**

**SEGUNDA VÍTIMA NO CENÁRIO NACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

São Paulo, 22 de novembro de 2024.



---

**Professora Orientadora - Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Claudia Alcântara Garzin**

---

**Professor examinador (Nome completo)**

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico este trabalho aos meus pais, Elisete e Francisco, que me mostram todos os dias que eu tenho um abraço seguro para voltar, ao fim do dia. Serei eternamente grata a criação que recebi. À minha avó Anita, que sempre me mostrou o melhor amor de avó. Obrigada por todos os dias se preocupar com o que eu levaria de almoço no trabalho e deixar cada jaleco meu cheiroso. À minha irmã, Marina, que sempre deu valor a todo o meu conhecimento e foi minha maior confidente. À minha parceira, Julia, que sempre viu o melhor de mim, mesmo quando eu não consegui. E aos meus amigos e professora, que embarcaram comigo nesta jornada extraordinária. Obrigada!

Amanda de Lima Stricagnolo

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Agradeço aos meus pais, Max e Silvana, e à minha parceira Fernanda, que sempre me apoiaram com amor e paciência, e aos meus amigos que me deram força nos momentos mais desafiadores. Gostaria de expressar minha gratidão à minha orientadora Prof. Dra. Ana Claudia Alcântara Garzin, pela orientação, paciência e valiosos conselhos durante a elaboração deste trabalho. Agradeço ao Centro Universitário São Camilo pela oportunidade de realizar a graduação de Enfermagem, que serviu como base para este trabalho. A todos que, de alguma forma, estiveram presentes nessa jornada, meu muito obrigado.

Gabriel Regal Galdeano

## AGRADECIMENTOS

É com imensa gratidão que dedico algumas palavras de reconhecimento a todos que estiveram comigo durante a minha graduação. Em primeiro lugar, agradeço a Deus, aos Orixás e todos os guias de luz que estiveram comigo nessa jornada, me amparando espiritualmente, para que minha força e fé não se abalassem pelo caminho. Agradeço imensamente à minha mãe, Leila, por ser essa mulher guerreira, de força imensurável e que sempre esteve ao meu lado, nos momentos de dor, alegria, incertezas e conquistas. Sem os valores dela eu não seria um terço do ser humano que estou me moldando para ser, te amo de outras vidas. E por fim, agradeço aos meus professores e colegas de turma, que durante esses cinco anos compartilharam o máximo de seus conhecimentos e experiências, para que eu me tornasse a enfermeira que eu sempre sonhei em ser, exercendo um cuidado seguro e humano para os meus futuros pacientes. Gratidão!

Larissa Cristina Lopez Duarte

Primeiramente, agradeço a Deus, por me conceder saúde durante toda a graduação, permitindo que eu superasse os desafios dessa jornada. À minha mãe, Aldaci, que, com todas as dificuldades enfrentadas, sempre investiu na minha educação e me incentivou a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis. Meu sincero agradecimento por me proporcionar as bases necessárias para o meu crescimento pessoal. Ao meu pai Eraldo que sempre me apoiou e acreditou em meu potencial, sua força e dedicação foram fundamentais para a minha trajetória acadêmica. À minha esposa, Monique, que esteve ao meu lado durante todo o período da graduação, me acompanhando e apoiando em todos os altos e baixos. Seu amor, compreensão e incentivo incondicional foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Aos meus amigos e professores, que compartilharam comigo essa caminhada e foram fundamentais para que esta etapa fosse concluída. Agradeço pelos ensinamentos, pelo apoio e pela motivação, que tornaram essa jornada ainda mais especial. A todos, meu mais profundo e sincero agradecimento.

Lucas Oliveira Patrocínio dos Santos

## RESUMO

Evento adverso é caracterizado por qualquer dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente, ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta e causa um efeito indireto no profissional de saúde envolvido, com repercussões físicas e psicológicas, sendo assim considerado a segunda vítima. Diante da escassez de discussão acerca desse assunto nas organizações de saúde e de ensino, o objetivo deste estudo foi analisar a literatura nacional no que concerne o tema segunda vítima. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e agosto de 2024, nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE e SciELO, a partir da combinação de dois descritores e uma palavra-chave, respectivamente: *Near miss* (AND) Segurança do paciente (AND) Segunda vítima, para responder a pergunta norteadora: “O que tem sido publicado na literatura nacional sobre o tema segunda vítima?” Como critérios de inclusão consideraram-se: artigos dos últimos cinco anos, em português, gratuitos e textos completos; e como critérios de exclusão: artigos de revisão, tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso e textos repetidos, totalizaram-se sete artigos para a elaboração desta revisão. Todos os estudos apresentaram nível de evidência 4, caracterizado por estudos descritivos ou com abordagem qualitativa, sendo quatro qualitativos, dois quantitativos e um estudo de adaptação transcultural. Cinco artigos (71,4%) estavam indexados na LILACS, quatro artigos (57,1%) na BDNF e dois artigos (28,6%) na SciELO. Em 2022 foram publicados cinco dos sete artigos selecionados. Após a leitura integral e crítica dos artigos, foi possível elencar categorias que elucidaram as principais temáticas abordadas nos artigos: Fontes de apoio à segunda vítima com sete artigos abordou quais fontes de apoio a segunda vítima pode contar e os efeitos causados pela falta da mesma; Enfermagem como segunda vítima, discutido em seis artigos e versou sobre como a enfermagem pode ser a principal área atingida pelo fenômeno segunda vítima; Manifestações psicológicas dos profissionais de saúde, apresentadas em quatro artigos que descreveram sobre como a questão psicológica do profissional é influenciada pelo fenômeno segunda vítima; Insegurança ou desconhecimento sobre a temática, discutido em dois artigos que abordaram como o desconhecimento e insegurança dos profissionais de saúde interferem no fenômeno segunda vítima e; Fatores que influenciam o EA apresentados por dois artigos e apresentaram os principais e mais prevalentes fatores que atuam para que aconteça um EA, favorecendo assim o fenômeno segunda vítima. A análise da literatura nacional sobre o fenômeno da segunda vítima revelou uma lacuna significativa de estudos e pesquisa, e sua incipiência, visto que apenas sete artigos nacionais compuseram a amostra desta revisão. A falta de investigações a respeito das experiências e o suporte necessário para os profissionais que sofrem o impacto psicológico de eventos adversos mostra a urgência de uma abordagem mais aprofundada sobre a temática tanto nas organizações de saúde como de ensino.

**Palavras-chave:** segurança do paciente; segunda vítima; *near miss*.

## ABSTRACT

Adverse events are characterized by any harm caused by health care rather than by the underlying disease, which prolonged the patient's length of stay or resulted in a disability at the time of discharge, indirectly affecting the health professional involved, with physical and psychological repercussions, thus being considered the second victim. Given the scarcity of discussion on this topic in health and educational organizations, the objective of this study was to analyze the national literature concerning the theme of the second victim. This involved an integrative literature review, with data collection conducted from May to August 2024, using the LILACS, BDNF, MEDLINE, and SciELO databases, through the combination of two descriptors and one keyword: Near miss (AND) Patient safety (AND) Second victim, to answer the guiding question: "What has been published in the national literature on the theme of the second victim?" Inclusion criteria considered: articles from the last five years, in Portuguese, free, and full texts; and exclusion criteria included: review articles, theses, dissertations, final course papers, and duplicate texts, resulting in a total of seven articles for this review. All studies presented a level of evidence 4, characterized by descriptive studies or qualitative approaches, with four being qualitative, two quantitative, and one a transcultural adaptation study. Five articles (71.4%) were indexed in LILACS, four articles (57.1%) in BDNF, and two articles (28.6%) in SciELO. In 2022, five of the seven selected articles were published. After a thorough and critical reading of the articles, categories were identified that elucidated the main themes addressed: Support sources for the second victim, covered in seven articles discussing what support sources the second victim can rely on and the effects caused by the lack of such support; Nursing as the second victim, discussed in six articles and focused on how nursing can be the primary area affected by the second victim phenomenon; Psychological manifestations of health professionals, presented in four articles that described how the psychological issues of professionals are influenced by the second victim phenomenon; Insecurity or lack of knowledge on the topic, discussed in two articles addressing how professionals' ignorance and insecurity interfere with the second victim phenomenon; and Factors influencing adverse events presented in two articles, highlighting the main and most prevalent factors that lead to adverse events, thereby favoring the second victim phenomenon. The analysis of the national literature on the phenomenon of the second victim revealed a significant gap in studies and research, indicating its incipience, as only seven national articles constituted the sample of this review. The lack of investigations regarding the experiences and necessary support for professionals affected by the psychological impact of adverse events underscores the urgency for a more in-depth approach to this theme in both health and educational organizations.

**Keywords:** patient safety; second victim; near miss.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HISTÓRICO MUNDIAL .....	10
1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL .....	16
1.3 CULTURA DE SEGURANÇA.....	17
1.4 SEGUNDA VÍTIMA.....	19
<b>2 OBJETIVO</b> .....	22
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	23
3.1 PERGUNTA NORTEADORA.....	26
3.2 COLETA DE DADOS .....	26
<b>3.2.1 Descritores e estratégias de busca</b> .....	26
<b>4 RESULTADOS</b> .....	27
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	31
5.1 FONTES DE APOIO À SEGUNDA VÍTIMA.....	31
5.2 ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA .....	34
5.3 MANIFESTAÇÕES PSICOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	35
5.4 INSEGURANÇA OU DESCONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA.....	36
5.5 FATORES QUE INFLUENCIAM O EVENTO ADVERSO .....	37
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HISTÓRICO MUNDIAL

Em 460–377 a.C. Hipócrates trouxe o princípio: *“Primum non nocere”*, que significa “primeiro, não cause danos”. O pai da Medicina tinha o conhecimento, desde essa época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano ao paciente (Brasil, 2014). Florence Nightingale, mulher que transformou a enfermagem e criou formas de prestação de assistência à saúde, teceu a reflexão *“pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital, não causar mal ao paciente[...]”* (Nightingale, 1859).

Logo após a Segunda Guerra Mundial, quando muitos países estavam desenvolvendo seus sistemas de cuidados de saúde, a ideia de segurança foi limitada aos perigos tradicionais como incêndio, falha de equipamento, quedas de pacientes e o risco de infecção. Também havia a crença de que médicos e enfermeiras seriam bem treinados e sempre se comportariam com cuidado, para evitar ou minimizar o que eram vistos como “complicações” inevitáveis do cuidado (OMS, 2021).

Sendo assim, durante a maior parte do século XX, embora ocorrências dessas complicações chegassem às manchetes, causando preocupação pública momentânea, elas despertavam pouco interesse entre profissionais e líderes de saúde, com o argumento de que “erros acontecem” (OMS, 2021).

Na década de 1990, estudos começaram a ver a segurança no cuidado de forma diferente, introduzindo o termo “erro médico” para descrever resultados adversos entre os pacientes de hospital, que se tornou amplamente adotado por pesquisadores, médicos, políticos, grupos de pacientes e meios de comunicação (OMS, 2021).

Contudo, a mudança no pensamento sobre segurança no cuidado em saúde veio com a percepção de que, quando algo errôneo acontecia, era raramente devido a um erro de um único indivíduo, pelo contrário, era uma combinação de ações complexas e interações, processos, relacionamentos de equipe, comunicações, comportamento humano, tecnologia, cultura organizacional, regras e políticas, bem como a natureza

do ambiente operacional (OMS, 2021).

Dessa maneira, o termo "erro médico" tornou-se impróprio, uma vez que o erro em si não era o principal problema, na verdade, os danos aos pacientes não podem ser corrigidos apenas instruindo os profissionais de saúde a serem mais cuidadosos. Foi então que o uso do termo "segurança do paciente", um conceito mais holístico, para descrever os riscos de segurança em cuidados de saúde, surgiu no início do século 21 (OMS, 2021).

Em 1999, a publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, "*To Err is Human: building a safer health system*", demonstrou dados sobre mortalidade relacionada a erros advindos do cuidado à saúde, que poderiam ser evitados, promovendo maior interesse sobre a questão da segurança do paciente em todo o mundo (Brasil, 2014).

Esse mesmo relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nessas pesquisas, o termo evento adverso (EA) foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente, ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta (Brasil, 2014).

O relatório divulgou a taxa de mortalidade vinda da incidência de eventos adversos em hospitais dos Estados Unidos e mostrou que pelo menos 44.000 e talvez até 98.000 pessoas morreram em hospitais a cada ano por decorrência desses eventos (OMS, 2021).

Devido a repercussão mundial dessa publicação, em maio de 2002, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a primeira resolução, WHA55.18, que solicitava que os países prestassem a maior atenção possível à segurança dos pacientes e solicitava ao diretor geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), que levasse ao cabo uma série de ações que promovessem a segurança dos enfermos, tais como: desenvolvimento de normas e padrões globais; promoção de políticas baseadas em evidências; promoção de mecanismos para reconhecer internacionalmente a excelência na segurança dos doentes; incentivo à investigação; e prestação de

assistência aos países, em vários domínios fundamentais (OMS, 2004).

A resolução assegurou que a busca de cuidados mais seguros se tornaria um esforço mundial, trazendo benefícios significativos para os pacientes de países desenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2004).

Em maio de 2004, a 57ª Assembleia Mundial da Saúde registrou os progressos realizados na aplicação da Resolução WHA55.18. A Assembleia Mundial da Saúde considerou a proposta de formação de uma aliança internacional, denominada *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente), para melhorar a segurança dos doentes como uma iniciativa global, que permite o compartilhamento de experiências e conhecimentos complementares, garantindo que os desafios sejam ultrapassados de forma eficiente e eficaz, melhorando a qualidade dos cuidados para toda a população mundial (OMS, 2004).

Em meados de 2005 a *Joint Commission International* (JCI) e a OMS estabeleceram seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações de assistência consideradas de maior risco. São adotadas por instituições em todo o mundo, como forma de oferecer um atendimento cada vez melhor e adequado. As metas dispostas no Quadro 1, são adotadas por instituições em todo o mundo, como forma de oferecer um atendimento cada vez melhor e adequado.

**Quadro 1 - Seis metas internacionais de segurança do paciente**

<b>Meta 1</b>	Identificação correta do paciente
<b>Meta 2</b>	Melhorar a eficácia da comunicação
<b>Meta 3</b>	Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância
<b>Meta 4</b>	Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
<b>Meta 5</b>	Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde
<b>Meta 6</b>	Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas

Fonte: Brasil, 2021

Em 2011, a OMS publicou o documento “Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”, que definiu a segurança do paciente como a ausência ou redução de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associados à assistência (Brasil, 2021).

A publicação também trouxe alguns conceitos que auxiliam a classificar cada tipo de evento que possa acontecer com o paciente dentro de um serviço de saúde, que estão elencados no Quadro 2, abaixo:

**Quadro 2 - Conceitos-chaves para classificação internacional de segurança do paciente definidos pela OMS**

<b>Dano</b>	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
<b>Risco</b>	Probabilidade de um incidente ocorrer
<b>Incidente</b>	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente
<b>Circunstância Notificável</b>	Incidente com potencial dano ou lesão
<b>Near miss</b>	Incidente que não atingiu o paciente
<b>Incidente sem lesão</b>	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos
<b>Evento Adverso</b>	Incidente que resultou em dano ao paciente.

Fonte: OMS, 2011

De acordo com a mesma publicação, os eventos adversos podem ser classificados de acordo com seu dano, dispostos no Quadro 3, a seguir:

**Quadro 3 - Classificação dos eventos adversos definida pela OMS**

<b>LEVE</b>	Gerou sinais/sintomas leves ou danos mínimos, sem necessidade de intervenções complexas
<b>MODERADO</b>	Necessita de intervenções adicionais, como antibioticoterapia e prolongamento do tempo de internação
<b>GRAVE</b>	Implica em consequências que podem gerar danos permanentes, como perda de função e requerem intervenções para salvar a vida do paciente ou procedimento cirúrgico
<b>ÓBITO</b>	Evento que antecipou o óbito, sem correlação com a doença de base da internação

Fonte: OMS, 2011

Segundo a publicação “Cruzando o Abismo Global de Qualidade: Melhorando os Cuidados de Saúde em Todo o Mundo”, das Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina, de 2018, citada no plano de ação para segurança do paciente da OMS, um em cada quatro pacientes é prejudicado por um evento adverso, com 134 milhões de eventos adversos ocorrendo anualmente, contribuindo para cerca de 2,6 milhões de mortes. Em geral, 60% das mortes em países de baixa e média renda por condições passíveis aos cuidados em saúde, são decorrentes dos cuidados inseguros e de má qualidade (OMS, 2021).

Em maio de 2019, visando a cobertura universal de saúde para que todos os indivíduos e comunidades recebam segurança e qualidade em serviços de saúde sem sofrer dificuldades financeiras, a 72ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a nova resolução WHA72.6, sobre “Ação global em segurança do paciente”. Seu objetivo é atingir globalmente o máximo possível de redução de danos inevitáveis devido a cuidados de saúde inseguros (OMS, 2021).

Sua visão é um mundo em que ninguém seja prejudicado na assistência à saúde e que cada paciente receba um cuidado respeitoso e seguro, a todo momento, em qualquer lugar; a missão de impulsionar políticas, estratégias e ações baseadas na ciência, experiência do paciente, configuração do sistema e parcerias para eliminar todas as fontes de risco e danos evitáveis aos pacientes e profissionais; e o objetivo de priorizar a segurança do paciente para a construção, desenvolvimento, operação e avaliação do desempenho de todos os sistemas de cuidado em saúde, reduzindo os danos devido a cuidados de saúde inseguros (OMS, 2021)

Sendo assim, no “Plano de Ação Global para Segurança do Paciente” de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualiza o conceito de segurança do paciente como

[...] uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável, diminui a ocorrência de dano evitável, torna os erros menos prováveis e reduz o impacto do dano quando este ocorrer (OMS, 2021).

A aplicação desse termo na prática traduz-se em ações que possam prevenir incidentes aos pacientes ocasionados durante o processo de cuidado em saúde. Dessa forma, essa diretriz se faz primordial para que os indicadores e metas de segurança sejam atingidos com o mesmo objetivo, que é a redução dos incidentes e eventos adversos e conseqüentemente elevando a qualidade do atendimento ao paciente (OMS, 2021).

## 1.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL

No Brasil, as discussões sobre a temática iniciaram em 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que possui participação voluntária e tem como finalidade notificar eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (BRASIL, 2021).

Em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado, instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. As ações do PNSP articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam demais políticas para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2021).

Decorrente do PNSP, houve a publicação da RDC/ANVISA nº 36/2013 que regulamenta aspectos da segurança do paciente, como a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2021).

De acordo com o artigo 10 da RDC, o serviço de saúde dispõe de 72 horas para notificar a ocorrência de óbito atribuído a evento adverso. Os demais incidentes e EAs podem ser notificados no NOTIVISA, módulo Assistência à Saúde, a qualquer

momento, desde que não ultrapasse o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de ocorrência (Brasil, 2021)

O Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa) é um sistema desenvolvido pela ANVISA para registros relacionados ao uso de tecnologias e de processos assistenciais, por meio do monitoramento da ocorrência de queixas técnicas de medicamentos e produtos para a saúde, incidentes e eventos adversos, com o propósito de fortalecer a vigilância. Ele é fundamental para subsidiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) na identificação de reações adversas ou efeitos não-desejados dos produtos, aperfeiçoar o conhecimento sobre os efeitos e promover ações de proteção à Saúde Pública (Bahia, 2024).

Periodicamente a ANVISA publica o relatório que apresenta um panorama de notificações de eventos adversos. No período de janeiro a dezembro de 2023 foram notificados 368.895 EAs, sendo 39,9% no Sudeste do país, 24,6% no Nordeste, 18,7% na região Sul e 4,3% no Norte. Com relação aos tipos de incidentes notificados com maior frequência, as falhas durante à assistência à saúde ocupam o primeiro lugar, falhas envolvendo cateter venoso o segundo, e lesão por pressão o terceiro (ANVISA, 2023).

Os hospitais foram os serviços de saúde com o maior número de incidentes notificados em 2023, chegando próximo ao marco de 80 mil notificações. A respeito do grau de dano, incidentes com dano leve prevaleceram, apresentando mais de 150 mil notificações, seguidos de incidentes com nenhum dano, moderado, grave e por último incidentes com óbito (ANVISA, 2023).

### 1.3 CULTURA DE SEGURANÇA

A cultura organizacional é entendida como o conjunto de crenças, valores e princípios partilhados pelas pessoas em uma organização, que sofre interação direta

do modelo de gestão em razão do poder exercido pelos principais gestores da organização (CROZATTI, 1998).

Segundo Gleeson et al. (2023), a cultura de segurança refere-se à forma como a segurança é pensada e implementada numa organização. A cultura da segurança do paciente é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Em uma cultura de segurança positiva, os líderes se dedicam à segurança do paciente, auxiliam os colaboradores no cotidiano e compartilham informações que afetam o trabalho dos colaboradores de maneira oportuna e transparente. Quando as percepções de liderança são ruins, os prestadores não acreditam que a liderança esteja preocupada com o bem-estar da equipe ou dos pacientes (Brasil, 2019).

Para a OMS (2021), as organizações devem ser resilientes, criando sistemas que se desenvolvam e reforcem a prevenção, a detecção precoce e a diminuição de perigos e ocorrências de incidentes. Assim, ela recomenda que a cultura de segurança seja constituída com abordagem sistêmica e iniciativas que melhorem as práticas de segurança do paciente, como a cultura justa.

Deve haver o consenso sobre comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, de forma não punitiva, mas que priorize a segurança, a justiça e a análise das causas pela cultura de notificação de incidentes. Além disso, deve privilegiar a informação, a notificação e encorajamento das pessoas a falar sobre seus erros e notificá-los, além da cultura de aprendizagem, em que todos possam aprender com as experiências de insucesso e possam constituir uma memória em relação aos eventos passados, direcionando o aprendizado a partir deles (OMS, 2021)

Segundo White e Delacroix (2020), a cultura justa procura assegurar uma abordagem equilibrada e responsável tanto para os colaboradores que cometem erros, como para as organizações de saúde, mudando o enfoque para a melhoria dos processos no local de trabalho, tornando-o assim mais seguro psicologicamente.

## 1.4 SEGUNDA VÍTIMA

Como descrito, um evento adverso pode causar danos graves, resultando até mesmo em óbito, assim, pacientes e familiares são classificados como a “primeira vítima” desses eventos. Contudo, as vítimas dos eventos adversos vão além de tais indivíduos, pois quando eles ocorrem, há um efeito indireto no profissional de saúde envolvido, considerado a “segunda vítima” (The Joint Commission, 2018).

O termo “segunda vítima” foi usado em 2000, por Albert Wu, professor de política e gestão em saúde na Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, para descrever o impacto dos eventos adversos nos profissionais de saúde (Tartaglia et al., 2020).

Segundo pesquisa realizada pela American Society of Healthcare Risk Management, em 2015, há probabilidade de que profissionais de saúde diretamente envolvidos em eventos adversos sofram reações de resposta emocional, que podem levar à dificuldade para dormir, culpa, insegurança, vergonha, ansiedade ou redução da satisfação no trabalho. Se não tratados, podem resultar em consequências como: depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida (Tartaglia et al., 2020).

A ausência de apoio organizacional pode acentuar os sentimentos da segunda vítima, aumentando a perda de confiança em suas habilidades laborais. Essas reações podem persistir por dias, semanas, meses ou até mesmo pela vida toda do indivíduo. Por outro lado, o apoio proveniente da cultura de segurança do paciente pode atenuar o trauma enfrentado pelas segundas vítimas (Almeida; Moura, 2022).

Frequentemente, as segundas vítimas sentem-se responsáveis pelos resultados inesperados do paciente e sentem como se tivessem falhado com o seu paciente, tendo dúvidas sobre as suas competências clínicas e base de conhecimentos (Scott et al., 2009, p.12). Além disso, o sofrimento das segundas vítimas pode ter um impacto adverso adicional sobre outros pacientes e membros da organização de cuidados de saúde (Wu et al., 2012).

Intervenções de suporte para as segundas vítimas funcionam como fatores de proteção, aprimorando as habilidades de enfrentamento e facilitando a recuperação dos profissionais de saúde impactados por um evento adverso (EA). A intensidade do impacto na segunda vítima pode estar relacionada à gravidade e ao desfecho do evento, bem como à personalidade do profissional, crenças e estratégias de enfrentamento pós-evento. A cultura institucional também pode intensificar ou amenizar o trauma da segunda vítima (Almeida; Moura, 2022).

Nas instituições de saúde, é predominante a responsabilização do profissional pela ocorrência de um EA, consolidando assim uma cultura punitiva. Esse clima organizacional causa desconhecimento sobre a segurança do paciente para a equipe e descarta possíveis aprendizados gerados a partir da identificação de um EA. Além disso, esses indivíduos manifestam sentimentos negativos por medo de sofrerem punição e ainda sentem vergonha, frustração e culpa (Almeida; Moura, 2022).

Uma cultura punitiva pode contribuir para a autopercepção de sofrimento psicológico, físico e profissional relacionada com os profissionais envolvidos em eventos adversos graves. O medo da punição leva os profissionais de saúde a relutarem em registrar uma ocorrência, podendo afetar não apenas o bem-estar dos profissionais da saúde, mas também pode comprometer a segurança do paciente (Almeida; Moura, 2022).

No cenário internacional, segundo Brasil (2021, p. 348): “Atualmente, há um aumento de publicações centradas no desenvolvimento e na aplicação de programas de apoio à segunda vítima, individualmente ou enquanto equipe, envolvidos em um evento adverso, que sofrem um impacto psicológico, social e/ou profissional”.

Contudo, apesar do assunto ter ganhado espaço nos últimos anos, no Brasil, ainda existe pouca discussão sobre a temática nas organizações de ensino e de saúde nacionais. Dessa forma, o tema segunda vítima foi escolhido para a elaboração do presente trabalho, devido a importância de discussão mundial, a relação direta com a segurança do paciente no Brasil, além da repercussão na vida pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde. Sabe-se da importância e relevância desse tópico e, por

fim, da necessidade de novos trabalhos acerca do tema, para que sejam implementadas nas instituições de saúde medidas de segurança psicológica para se relatar eventos que saiam do percurso esperado.

## **2 OBJETIVO**

Analisar a literatura nacional no que concerne o tema segunda vítima.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), reúne achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores reunir e sintetizar resultados obtidos de pesquisas sobre um delimitado tema, questão ou fenômeno de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para a indicação das lacunas que precisam ser preenchidas com novas pesquisas, o aprofundamento do conhecimento e a mitigação das incertezas pertinentes do tema investigado, favorecendo a implantação de novas trajetórias.

Dessa forma, a incipiência científica para o desenvolvimento de uma revisão integrativa é apresentada, de forma sucinta, as seis fases pré-estabelecidas como critérios metodológicos desse método, descritos a seguir por Souza, Silva e Carvalho (2010):

#### **1ª Fase: Elaboração da pergunta norteadora**

A formulação da pergunta norteadora é crucial na revisão, pois define quais estudos serão considerados, os métodos para sua identificação e as informações extraídas de cada estudo selecionado. Isso inclui especificar os participantes, as intervenções a serem analisadas e os resultados a serem medidos. A pergunta deve ser clara, específica e fundamentada em um embasamento teórico relevante Souza, Silva e Carvalho (2010).

#### **2ª Fase: Busca ou amostragem na literatura**

A etapa de busca em bases de dados está ligada à fase anterior e deve ser abrangente e diversificada. Isso envolve a pesquisa em bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos, revisão das referências citadas nos estudos selecionados, contato direto com pesquisadores e a inclusão de materiais não publicados. Os critérios de seleção devem assegurar que a amostra seja

representativa, o que é essencial para garantir a confiabilidade e a precisão dos resultados. O ideal é que todos os estudos encontrados ou a sua seleção sejam incluídos de forma randomizada, porém, caso as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Desta forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, levando em consideração os participantes, as intervenções e os resultados de interesse (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

### **3ª Fase: Coleta de dados**

Para coletar os dados dos artigos selecionados, é fundamental utilizar um instrumento previamente desenvolvido. Esse instrumento é projetado para assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados a serem extraídos devem incluir informações como definição dos participantes, descrição da metodologia utilizada, tamanho da amostra, variáveis medidas, método de análise estatística empregado e conceitos teóricos fundamentais aplicados (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

### **4ª Fase: Análise crítica dos estudos incluídos**

Similar à análise de dados em pesquisas tradicionais, esta etapa requer uma abordagem sistemática para avaliar a qualidade e as particularidades de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador é crucial para avaliar a validade dos métodos e dos resultados, além de ajudar a determinar sua relevância prática (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

A Prática Baseada em Evidências focaliza, em contrapartida, sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada. Para auxiliar na escolha da melhor evidência

possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa, conforme demonstrado no Quadro 4.

**Quadro 4 – Hierarquia de evidências para a Prática Baseada em Evidência**

<b>NÍVEL 1</b>	Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados.
<b>NÍVEL 2</b>	Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental.
<b>NÍVEL 3</b>	Evidências de estudos quase- experimentais.
<b>NÍVEL 4</b>	Evidências de estudos descritos (não- experimentais) ou com abordagem qualitativa.
<b>NÍVEL 5</b>	Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência.
<b>NÍVEL 6</b>	Evidências baseadas em opiniões de especialista.

Fonte: Souza, Silva e Carvalho, 2010

### **5ª Fase: Discussão dos resultados**

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

### **6ª Fase: Apresentação da revisão integrativa**

A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e

detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

### 3.1 PERGUNTA NORTEADORA

Dentre as abordagens que poderiam nortear a pesquisa, destacou-se a seguinte pergunta norteadora: *“O que tem sido publicado na literatura nacional sobre o tema segunda vítima?”*

### 3.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e agosto de 2024, conforme estratégia metodológica descrita a seguir:

#### **3.2.1 Descritores e estratégias de busca**

Para realizar a busca de estudos científicos na base de dados SciELO, foram escolhidos dois descritores e uma palavra-chave, respectivamente: near miss (AND) segurança do paciente (AND) segunda vítima, sem nenhum retorno de artigos. O mesmo processo foi feito na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com as bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE, totalizando um artigo. Na segunda busca, foi utilizado o descritor e a palavra-chave: segurança do paciente (AND) segunda vítima, totalizando na SciELO seis artigos e na BVS oito artigos, sendo utilizados os critérios de inclusão: artigos dos últimos cinco anos, em português, gratuitos e textos completos, nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE e SciELO; e como critérios de exclusão, artigos de revisão, tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso e textos repetidos, totalizando sete artigos para a elaboração do trabalho.

## 4 RESULTADOS

Após leitura dos sete artigos que compuseram a presente revisão, os textos foram organizados no Quadro 5, detalhando ano de publicação, autores, base de dados que foram indexadas, seus títulos, abordagem metodológica e nível de evidência.

**Quadro 5 - Distribuição dos artigos de acordo com ano de publicação, autores, base de dados, título, metodologia e nível de evidência.**

Código e ano de publicação	Autores	Base de dados	Título	Metodologia	Nível de Evidência
A1 - 2024	Alevi, Julia Oliveira; Draganov, Patricia Bover; Gonçalves, Geisa Colebrusco de Souza; Zimmermann, Guilherme dos Santos; Giunta, Lucia; Mira, Jose Joaquin; Bohomol, Elena.	LILACS, BDENF	O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima	Estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa	4
A2 - 2023	Silveira, Sibebe Ezequiel da; Tomaschewski-Barlem, Jamila Geri; Tavares, Ana Paula Mousinho; Paloski, Gabriela do Rosário; Feijó, Gabrielle dos Santos; Cabral, Camila Nunes.	LILACS, BDENF	Impactos de incidentes de segurança do paciente na enfermagem: um olhar para a segunda vítima	Estudo exploratório, de descritivo, com abordagem qualitativa	4

<b>Código e ano de publicação</b>	<b>Autores</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Título</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Nível de Evidência</b>
A3 - 2022	Almeida, Priscila Portes; Moura, Gerusa Gonçalves.	LILACS	As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais	Estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos	4
A4 - 2022	Quadros, Deise Vacario de; Magalhães, Ana Maria Müller de; Wachs, Priscila; Severo, Isis Marques; Tavares, Juliana Petri; Dal Pai, Daiane.	LILACS, BDEF	Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à Enfermagem como segunda vítima	Estudo exploratório, descritivo e qualitativo	4
A5 - 2022a	Tavares, Ana Paula Mousinho; Barlem, Jamila Geri Tomaschewski; Pereira Rocha, Laureize; Oliveira, Aline Cristina Calçada de; Avelino, Fernanda Valéria Silva Dantas; Paloski, Gabriela do Rosário.	LILACS, BDEF	Incidentes de segurança do paciente e o fenômeno da segunda vítima entre estudantes de enfermagem	Estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo	4

Código e ano de publicação	Autores	Base de dados	Título	Metodologia	Nível de Evidência
A6 - 2022b	Tavares, Ana Paula Mousinho Barlem, Jamila Geri Tomaszewski Silveira, Rosemary Silva da Dalmolin, Grazielle de Lima ; Feijó, Gabrielle dos Santos; Machado, Isaquiasel Andrade; Paloski, Gabriela do Rosário; Abreu, Ingrid Moura de	SciELO	Suporte aos estudantes de enfermagem diante de incidentes de segurança do paciente: pesquisa qualitativa	Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa	4
A7 - 2022	Sordi, Luisa Petelincar De; Lourenção, Daniela Campos de Andrade; Gallasch, Cristiane Helen; Baptista, Patrícia Campos Pavan	SciELO	A experiência da segunda vítima: adaptação transcultural de um instrumento para o contextobrasileiro	Estudo psicométrico de adaptação transcultural	4

Após a leitura integral e crítica dos artigos selecionados, foi possível elencar categorias que elucidam as principais temáticas abordadas nos estudos encontrados e que serão discutidas, de acordo com o Quadro 6.

**Quadro 6 – Distribuição temática dos artigos em porcentagem.**

<b>DISTRIBUIÇÃO TEMÁTICA DOS ARTIGOS</b>		
<b>Categoria Temática</b>	<b>Código do Estudo</b>	<b>%</b>
Fontes de apoio à segunda vítima	A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7	100%
Enfermagem como segunda vítima	A1; A2; A3; A4; A5; A6	85,71%
Manifestações psicológicas dos profissionais de saúde	A1; A2; A3; A4	57,14%
Insegurança ou desconhecimento sobre a temática	A1; A2	28,57%
Fatores que influenciam o EA	A3; A5	28,57%

## 5 DISCUSSÃO

Todos os estudos (100%) apresentaram nível de evidência 4, que indica estudos descritivos ou com abordagem qualitativa, sendo quatro qualitativos, dois quantitativos e um estudo de adaptação transcultural; com relação à base de dados, LILACS esteve presente em cinco artigos (71,4%), BDNF em quatro artigos (57,1%) e SciELO em dois artigos (28,6%); os anos de publicação variaram entre 2022, 2023 e 2024, sendo 2022 o ano de publicação de cinco dos sete artigos estudados.

### 5.1 FONTES DE APOIO À SEGUNDA VÍTIMA

Esta categoria composta por sete artigos, versou sobre quais são as fontes de apoio que as segundas vítimas podem contar e sobre os efeitos que podem ser ocasionados pela falta.

Todos os artigos enalteceram a importância de fontes de apoio às segundas vítimas, sendo enfatizado por Alevi et al. (2024) que o evento adverso requer um olhar cauteloso por parte da instituição, sobretudo quando desfechos desfavoráveis, reforçando a necessidade de apoio de colegas, equipe, supervisão e/ou familiares e parceiros. Nesta mesma linha de raciocínio.

Já Silveira et al. (2023) relataram a dificuldade da comunicação do erro, pelo medo da reação do outro, além da possibilidade de desconforto pelo clima organizacional, gerando tensões entre a equipe, quando deveria haver o apoio e os incidentes deveriam ser debatidos de maneira justa e não punitiva. Como alternativa para seguir com a carreira, os profissionais encontram uma forma para superar o impacto do incidente, aumentando sua atenção e vigilância na prestação do cuidado.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tem alguns protocolos instituídos que garantem a promoção da segurança do paciente, sendo um deles a melhoria da comunicação, que apoia no incentivo e confiança no ambiente de trabalho

dos profissionais de saúde que estejam envolvidos em EA, para assim estar sob uma cultura que gerencia os riscos de forma clara, transparente e não punitiva.

O apoio a segunda vítima é fundamental e pode ser garantido pela participação do indivíduo em grupos de análise, como forma de olhar sobre os processos e pela troca de experiências como segunda vítima. Para garantir esse ambiente seguro, é preciso uma cultura justa, que ocorre quando os gestores e funcionários não têm medo de falar sobre o erro, pois existe uma maturidade institucional que visa a mudança dos processos e entende-se a complexidade do sistema onde está inserido (Silveira et al., 2023).

Contudo, Almeida e Moura (2022) refletiram que a enfermagem é a área que mais sofre as consequências da falta de apoio para tratar das segundas vítimas envolvidas em EA, enfrentando esse desafio sem apoio da instituição, o que leva a prejuízos na saúde física e emocional, como ansiedade, irritação, insônia, perda de apetite e dificuldade em retornar a rotina.

Quadros et al. (2022) observaram um sentimento de desvalorização quando se discutiu a necessidade de implementar medidas de apoio para os trabalhadores envolvidos em incidentes de queda, o que pode ser visto como um agravante à situação de segunda vítima. Assim sendo, Quadros (2020) reforça também que a vivência com o serviço de medicina ocupacional não favorece experiências positivas para os profissionais, seja pela inadequação no acolhimento ou pelas dificuldades individuais. Isso mostra a importância de desenvolver programas estruturados que melhorem a interação com esses profissionais.

Além disso, Quadros et al. (2022) evidenciaram que a tolerância aos erros, por parte da instituição, auxilia no comportamento dos profissionais, repercutindo na mediação do processo de aprendizagem, na segurança psicológica, pois as instituições hospitalares buscam a perfeição, projetando atitudes em relação ao erro, podendo fomentar os sentimentos na segunda vítima.

O apoio às segundas vítimas de eventos com dano aos pacientes é valioso para o enfrentamento e ele vai desde a participação em grupos de análise de eventos, como

forma de um olhar sistêmico dos processos, até mesmo o incentivo de compartilhamento de experiências como segunda vítima, constituindo uma justiça restaurativa (Quadros et al., 2022).

Como forma de trabalhar fomentando uma cultura justa, é importante que os trabalhadores sejam incentivados a reconhecer a possível contribuição no dano ao paciente, reforçando-se as medidas de tratamentos tanto das primeiras, quanto das segundas vítimas. Estratégias de apoio emocional à segunda vítima e de qualificação dos processos de trabalho exigem compromisso dos líderes. O exercício das melhores práticas da liderança repercute na gestão do risco hospitalar, no clima de segurança e na satisfação da equipe, por meio de um suporte precoce ao trabalhador (Quadros et al. 2022).

Tavares et al. (2022) retrataram que a incorporação da temática sobre segurança do paciente no curso de enfermagem pode auxiliar o desenvolvimento de uma cultura de segurança, ao incentivar a cultura do relato, admitir a possibilidade do erro e o aprendizado a partir dele, estratégias que podem propiciar na mitigação dos efeitos da segunda vítima. Com isso, Tavares et al. (2022) evidenciaram que os professores das práticas e estágios são as primeiras e principais pontos de apoio após alguém EA.

Esse apoio foi considerado, na maioria das vezes, suficiente para tranquilizá-los depois do incidente de segurança com o paciente. Identifica-se, na literatura internacional, uma série de estratégias de apoio utilizadas para fornecer suporte aos profissionais da área da saúde que desenvolvem sintomas associados à segunda vítima. Podem ser destacados os seguintes programas: forYOU, desenvolvido pela University of Missouri, Resilience in Stressful Events (RISE), do Johns Hopkins Hospital e o Medically Induced Trauma Support Services-MITSS, além de ações e intervenções individuais e coletivas (Tavares et al., 2022).

Sordi et al. (2022) apresentaram uma ferramenta que diz que a falta de apoio da instituição, liderança e equipe gera absenteísmo e ideia de rotatividade (relacionado a mudança de emprego). Além disso, relata que o apoio é um desejo em comum entre as segundas vítimas.

O estudo de Quadros (2020) discutiu a importância de investir na infraestrutura física e em uma rede de suporte emocional, tanto individual quanto institucional, para os profissionais que são considerados segundas vítimas. A abordagem deve incluir a necessidade de acolher esses profissionais por meio de uma escuta ativa e qualificada, além de envolver especialistas de diversas áreas no processo de prevenção de quedas.

## 5.2 ENFERMAGEM COMO SEGUNDA VÍTIMA

Esta categoria composta por seis artigos, versou sobre como a enfermagem pode ser principal área atingida pelo fenômeno segunda vítima.

Alevi et al. (2024) abordaram a temática de enfermeiros recém-formados e relataram que se tornam segunda vítima por meio das inseguranças enfrentadas no primeiro emprego devido falta de treinamento. Nessa linha de raciocínio, Tavares et al. (2022) retrataram a falta de comunicação da equipe, equipamentos que priorizem a segurança do paciente e ausência de protocolos são fatores que colaboram para que os estudantes de enfermagem estejam cada vez mais propícios a se tornarem segunda vítima. Ainda sobre segurança do paciente, o mesmo estudo enfatizou que os estudantes tendem se tornar segunda vítima diante de falhas no processo.

Com isso, Silveira et al. (2023) afirmaram que o fenômeno da segunda vítima não busca isentar a enfermagem da responsabilidade frente ao evento adverso, mas entender o erro e aprender sobre, para manter o profissional engajado. E a importância do trabalho em equipe centrado apoio e respeito, visando a qualidade da assistência.

Almeida e Moura (2022) evidenciaram que a maior parte dos profissionais de enfermagem tidos como segunda vítima, são prevalentemente mulheres. A visão trazida por Quadros et al. (2022), foi uma reflexão da importância em estabelecer um cuidado coordenado, uma vez que não só a enfermagem está ao redor do paciente, apesar de ser a linha de frente do cuidado, mas elucida a falta de coesão entre a equipe multiprofissional, o que acarreta a exposição do próprio paciente e da instituição como um todo.

### 5.3 MANIFESTAÇÕES PSICOLÓGICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Esta categoria composta por quatro artigos, versou sobre como a questão psicológica do profissional é influenciada pelo fenômeno segunda vítima.

Os sentimentos dos profissionais envolvidos em um evento adverso é uma pauta fortemente abordada tanto por Alevi et al. (2024) como por Quadros et al. (2022), que apresentaram como desfecho o sofrimento emocional, frustração, culpa, tristeza, estresse, incapacidade, constrangimento e insegurança para realizar suas atividades no trabalho.

Em relação 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 (Quadrado, 2019). Concordando com Quadrado (2019), Quadros (2020) relatou que os principais sentimentos do trabalhador, envolvidos como segunda vítima, são a culpa, o sofrimento, a preocupação, a responsabilidade sobre o (im)possível e a banalização.

A relação dos sentimentos conflitantes do profissional que está à frente de um incidente, o impacta negativamente. Estes sentimentos são definidos como estresse, sensação desagradável e culpa, pois entende-se que a assistência à saúde não deve causar dano ao paciente, eles se sentem impotentes em razão da dependência da equipe para chegar a uma solução e realizar uma assistência segura (Silveira et al., 2023).

Almeida e Moura (2022) destacaram sintomas como a ansiedade, irritação, insônia, tristeza como principais sentimentos carregados pelo profissional de saúde envolvido no EA e a maioria associa a extensas jornadas de trabalho, em decorrência da fadiga profissional.

Quadros et al. (2022) também trouxeram sentimentos como a culpa, choro pelo paciente, reviver o evento após a jornada de trabalho e até mesmo o medo do

juízo, como ter sido incompetente e uma possível banalização da equipe. Por mais que as evidências da literatura associem a definição de dano ao paciente, é possível associar esse conceito à temática segunda vítima, quando se elucida o sofrimento desses profissionais a uma repercussão social ou psicológica.

Para Quadros (2020), garantir a segurança emocional dos profissionais proporciona relações de confiança entre pares, permite o auto-relato dos erros e promove a transparência. Atitudes como essa fomentam a cultura de segurança organizacional.

#### 5.4 INSEGURANÇA OU DESCONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA

Esta categoria composta por dois artigos, abordou sobre como o desconhecimento do tema e a insegurança dos profissionais de saúde interferem no fenômeno segunda vítima.

Segundo Silveira et al. (2023), ainda há a dificuldade de relatar o erro pelo medo da reação do outro, do juízo, além da possibilidade de não se sentirem à vontade pelo autojuízo e pelo clima organizacional, gerando tensões entre os pares onde deveria haver o apoio mútuo, nos quais os incidentes deveriam ser debatidos de maneira clara, não punitiva e não julgadora. Como resposta para seguir em frente e não desistir da carreira, os profissionais encontraram uma forma para superar o impacto do envolvimento com o incidente, aumentando a atenção e a vigilância na prestação do cuidado exercido por ele próprio e pelos colegas.

Conforme mencionado por Quadrado (2019), no livro "To Err Is Human" (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000) os especialistas chamam a atenção de organizações, profissionais de saúde e prestadores de serviços sobre as elevadas taxas de eventos adversos (EAs) que comprometem significativamente a segurança dos pacientes. Os autores defendem que todos os que atuam na área da saúde devem se comprometer a promover a prevenção desses erros, adotando uma cultura proativa que assegure um atendimento seguro e responsável. Essa recomendação é especialmente relevante quando se considera que a

insegurança ou o desconhecimento sobre a temática de eventos adversos podem contribuir para a sua ocorrência, reforçando a necessidade de treinamento e conscientização entre os profissionais para minimizar riscos e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

E segundo Aleviet et al. (2024), a maioria dos enfermeiros relatou não receber treinamento admissional e os que receberam, a duração foi de apenas uma semana, assim gerando insegurança na rotina de trabalho.

Além disso, Garzin e Melleiro (2019) observaram uma falta de uniformidade na forma como a segurança do paciente é abordada nos cursos de graduação. Elas destacaram que a literatura internacional indica que o ensino sobre segurança do paciente deve começar desde o início do curso e estar presente em todas as atividades acadêmicas ao longo da graduação. No entanto, a pesquisa realizada a nível nacional revelou que a abordagem relacionada à segurança do paciente nas matrizes curriculares ocorre predominantemente apenas quando os alunos são expostos a cenários de prática assistencial e projetos supervisionados obrigatórios, que ocorrem apenas nos últimos semestres dos cursos na área da saúde.

## 5.5 FATORES QUE INFLUENCIAM O EVENTO ADVERSO

Esta categoria composta por dois artigos, versou sobre os principais e mais prevalentes fatores que atuam para que aconteça um evento adverso, favorecendo assim o fenômeno segunda vítima.

No que se refere ao aspecto conceitual, a segurança do paciente é entendida como a prevenção de erros e eventos adversos relacionados aos cuidados de saúde, consolidando-se, portanto, como um valor fundamental da qualidade. Ademais, sendo um elemento essencial da gestão da qualidade, a sua melhoria demanda um esforço complexo, que requer uma abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar os riscos à segurança do paciente (WHO, 2008 apud. Quadrado, 2019, p. 23).

Por outro lado, é importante considerar que diversos fatores também influenciam a ocorrência de eventos adversos, os quais podem incluir a cultura organizacional, a formação da equipe de saúde e a estrutura dos processos de atendimento.

A falta de notificações é o tema abordado por Almeida e Moura (2022), mostrando que 51% dos profissionais não notificaram eventos adversos nos últimos 12 meses da pesquisa, 23% registraram apenas uma ou duas notificações, 22% relatam que seus erros/enganos/falhas não poderão ser usados contra eles e 27% pontuaram que a instituição prevalece o erro ao profissional. Sob o mesmo ponto de vista Tavares et al. (2022), denotaram que a falha de comunicação e ausência de protocolos são fatores que favorecem a ocorrência de EA e contribuem para o fenômeno segunda vítima.

Quadros (2020) também abordou a rotina de trabalho corrida e repetitiva, na qual os colaboradores não têm o hábito de parar e analisar algumas medidas de prevenção e/ou o que contribuiu para a ocorrência do evento adverso. A perpetuação de situações como essas acabam minimizando o dano, propiciando que os profissionais não dêem importância para a sua prática diária. Ademais, a autora citou os sentimentos em relação a um evento adverso como a queda, que podem ser minimizados, ou tratados como algo sem importância, contribuindo para novos eventos.

## 6 CONCLUSÃO

A análise da literatura nacional sobre o fenômeno da segunda vítima revelou uma lacuna significativa de estudos e pesquisa, e sua incipiência, visto que apenas sete artigos nacionais compuseram a amostra desta revisão. A falta de investigações a respeito das experiências e o suporte necessário para os profissionais que sofrem o impacto psicológico de eventos adversos, mostra a urgência de uma abordagem mais aprofundada sobre a temática.

No que tange os fatores que influenciam a ocorrência de eventos adversos, deve-se considerar a cultura organizacional, equipe de saúde, estruturação dos processos e sobrecarga na rotina de trabalho. Associado a esses agentes, destacou-se também a subnotificação de EA, que está ligada diretamente à cultura no ambiente de trabalho e o incentivo para o entendimento da importância que esses eventos possuem na análise dos danos para os pacientes, familiares, profissionais e a instituição como um todo.

Ademais, estudos nacionais abordaram como o medo do julgamento, insegurança com a equipe e a cultura punitiva acarretam sentimentos como, culpa, tristeza, medo, frustração, ansiedade e a repercussão na vida pessoal e profissional da segunda vítima. Os estudos ressaltaram a incidência desses eventos, principalmente em profissionais da enfermagem, uma vez que esta categoria está na linha de frente do cuidado.

Para que um ambiente de trabalho seja mais seguro, é necessário o desenvolvimento de novas políticas e boas práticas, com ênfase no cuidado e na recuperação dos profissionais envolvidos.

Programas de apoio e pesquisas contínuas podem contribuir para a construção de um sistema de saúde mais resiliente, no qual pacientes e profissionais sejam devidamente amparados. Em vista disso, a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno da segunda vítima é essencial para a melhoria da qualidade do atendimento e promoção da saúde mental dos profissionais dentro do ambiente hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ALEVI, Julia Oliveira *et al.* O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 37, jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002721>. Disponível em: [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-37-eAPE02721/1982-0194-ape-37-eAPE02721.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-37-eAPE02721/1982-0194-ape-37-eAPE02721.pdf). Acesso em: 04 out. 2024.

ALMEIDA, Priscila Portes; MOURA, Gersa Gonçalves. As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais. **Vigil. Sanit. Debate**; [s. l.], v.12, 3-12, agosto 2022. Disponível em <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01976>. Acesso em 04 out 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. *E-Book*. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/2023/brasil>. Acesso em: 11 mar. 2024.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde**. [S.l.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/perguntasfrequentes/servicos-de-saude/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>. Acesso em 11 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. *E-Book*. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em 11 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Patient Safety Quality Council. **Conjunto de ferramentas para a mudança de cultura**. Ministério da Saúde, 2019. *E-Book*. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/conjunto-de-ferramentas-para-a-mudanca-de-cultura>. Acesso em 26 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas internacionais de segurança do paciente**. [S.l.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde. **Qualidade no cuidado e segurança do paciente: educação, pesquisa e**

**gestão.** Ministério da Saúde, 1 ed. v.8, 2021. *E-Book*. Disponível em <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/04/Qualidade-no-Cuidado-e-Seguranca-do-Paciente-Educacao-Pesquisa-e-Gestao.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 13 out. 2024.

BAHIA. **Sistema NOTIVISA.** Salvador, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-sanitaria/sistema-notivisa/>. Acesso em: 10 abr. 2024.

CROZATTI, Jaime. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Caderno de Estudos**, São Paulo, v. 10, n. 18, mai./ago. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cest/a/Y39WBST4Nv345M6JBRH7QMp#:~:text=A%20cultura%2>. Acesso em: 15 jun. 2024.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Rio de Janeiro, jan/fev. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/>. Acesso em 27 mar. 2024.

GARZIN, Ana Claudia Alcântara; MELLEIROS, Marta Maria. Segurança do Paciente na formação dos profissionais de saúde. **Ciênc. cuid. Saúde**, São Paulo, out/dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45780/751375140279>. Acesso em: 13 out. 2024.

GLEESON *et al.* Healthcare provider perceptions of safety culture: A multi-site study using the safety attitudes questionnaire. **Explor Res Clin Soc Pharm**, Ireland. Jan. 2023.. Disponível em <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9922969/>. Acesso em 16 ago 2024.

MENDES, Karina Dal Sasso *et al.* Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2024

OMS. World Health Organization. **World alliance for patient safety**, France. 2004. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>. Acesso em 27 mar. 2024.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.** World Health Organization, Lisboa. 2011. Disponível em

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_por.pdf?sequence=4](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4). Acesso em 28 abr. 2024

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2021. Disponível em <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/11/document.pdf>. Acesso em 4 jun. 2024.

PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/YxKqK7qjLz5cH5Wp45PwcPc/#>. Acesso em 01 Mar. 2024.

QUADRADO, Ellen Regina Sevilla, *et al.* Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo. **Rev. esc. Enferm, São Paulo**, v. 55, p.2-3; 2019. Disponível em <https://doi.org/10.11606/T.7.2020.tde-09122019-143850>. Acesso em 30 mar. 2024.

QUADROS, Deise Vacario de *et al.* Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à Enfermagem como segunda vítima. **Rev. Latinoam. Enferm**, Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3617>. Acesso em 04 out 2024.

QUADROS, Deise Vacario de. **Modelagem de processo em quedas de pacientes adultos hospitalizados e a perspectiva do trabalhador de enfermagem como segunda vítima**. 2020. Dissertação (Mestrado em Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=001128849&loc=2023&l=318ea7044758e045>. Acesso em: 29 set. 2024.

SCOTT, S.D et al. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. **Qual Saf Health Care**, [S. l.], 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19812092/>. Acesso em 16 ago 2024.

SILVEIRA, Sibeles Ezequiel da *et al.* Impactos de incidentes de segurança do paciente na enfermagem: um olhar para a segunda vítima. **Rev. Enferm. UERJ**; Rio de Janeiro, jan./dez. 2023. Disponível em <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/vwba7>. Acesso em 04 out 2024.

SORDI, Luisa Petelincar de *et al.* A experiência da segunda vítima: adaptação transcultural de um instrumento para o contexto brasileiro. **Rev. Gaúcha Enferm**, [S. l.], 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.pt>. Acesso em: 05 out 2024.

SOUZA, Marcelo Tavares; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-

106, mar. 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso em: 07 jul. 2024.

TARTAGLIA, Alexsandro, *et al.* Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein**, São Paulo. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/5RYNJ7cd7hsRSZhvcxgLzMk/?format=pdf&lang=pt>.

TAVARES, Ana Paula Mousinho *et al.* Suporte aos estudantes de enfermagem diante de incidentes de segurança do paciente: pesquisa qualitativa. **Rev. Bras. Enferm.** 75 (02), 2022a. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0009pt>. Acesso em 05 out 2024.

TAVARES, Ana Paula Mousinho *et al.* Incidentes de segurança do paciente e o fenômeno da segunda vítima entre estudantes de enfermagem. **Rev. Esv. Enferm. USP**; 56: e20220005, 2022b. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en>. Acesso em 05 out 2024.

The Joint Commission, Division of Healthcare Improvement. Supporting second victims. **Quick Safety**, [S. l.]. 2018; issue 39, p.1-3; 2018. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quick-safety-issue-39-supporting-second-victims/>. Acesso em 01 abr. 2024.

WHITE, R.M e DELACROIX, R., Second victim phenomenon: Is 'just culture' a reality? An integrative review. **Applied Nursing Research**, [S. l.]. Volume 56, 2020, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151319>. Acesso em 16 ago 2024.

WU, Albert W, *et al.* Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. **Sage Journals**, [S. l.], v.36, e.2. Set. 2012. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22976126/>. Acesso em 30 mar 2024.