

As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais

The manifestations of the second victim of an adverse event: an analysis of nursing professionals from a public hospital in Minas Gerais

RESUMO

Priscila Portes Almeida* 

Gerusa Gonçalves Moura 

Introdução: A assistência à saúde pode resultar em eventos adversos (EA) que atingem diretamente a saúde do paciente e sua experiência no cuidado à saúde, podendo causar mortes, sequelas definitivas e temporárias, sofrimento psíquico aos pacientes, a seus familiares e aos profissionais de saúde, além de elevar o custo assistencial. Dentre os problemas relacionados à ocorrência dos EA estão os prejuízos sofridos pelos profissionais de saúde que se envolvem em um EA, denominados na literatura como “segunda vítima”. Estes indivíduos experimentam efeitos psicológicos profundos, como raiva, culpa, inadequação, depressão e suicídio, devido a falhas reais ou percebidas. **Objetivo:** Compreender as manifestações dos profissionais de enfermagem de um hospital frente a ocorrência de EA e a relação com o fenômeno da segunda vítima. **Método:** Foi realizado um estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. O instrumento utilizado foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), acrescido por questões para definição do perfil da população e para caracterização dos EA baseados no sistema de notificação de eventos adversos (Notivisa) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A população foi composta por 203 profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes de um hospital geral, público, de alta relevância para o atendimento da população da região noroeste de Minas Gerais. **Resultados:** A amostra foi predominante feminina (85%), com idade média de 40,7 anos, sendo 74% técnicos de enfermagem, 25% enfermeiros e 1% auxiliares de enfermagem. Relataram ter se envolvido em pelo menos um EA nos últimos dois anos, 60% dos profissionais entrevistados. Destes, a maioria foi com dano leve (47%) e sem danos (24%). Informaram também que 75% dos eventos foram notificados ao Núcleo de Risco. A maior parte dos profissionais (55%) que se envolveu em um EA apresentou pelo menos um tipo de manifestação física e/ou psicológica. Ansiedade foi a manifestação mais relatada (24%). Se consideramos os casos em que o EA causou dano moderado, grave ou óbito (n = 36), apenas 22% dos profissionais se mostraram indiferentes, os demais apresentaram ansiedade (33%), irritação (25%), insônia (5%), perda de apetite (5%), dificuldade em retornar a rotina (5%) e, dentre outras (28%), preocupação, frustração, medo, indignação e maior atenção no trabalho. Três profissionais (3%) relataram ter sido necessário buscar assistência emocional especializada. **Conclusões:** Os resultados deste estudo, em conformidade com o que a literatura apresenta sobre esta problemática, demonstrou o quão deletéria e impactante para um profissional de saúde pode ser a experiência do fenômeno da segunda vítima. Esses efeitos podem ser agravados se na instituição de saúde predomina uma cultura da punição e repreensão pelas falhas cometidas.

Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil

* E-mail: priportes@yahoo.com.br

Recebido: 16 jul 2021

Aprovado: 24 jun 2022

Como citar: Almeida PP, Moura GG. As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais. *Vigil Sanit Debate*, Rio de Janeiro, 10(3):3-12, agosto 2022. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01976>

PALAVRAS-CHAVE: Evento Adverso; Segurança Ocupacional; Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Health care can result in adverse events that directly affect patients' health and their experience in health care, and can cause deaths, permanent and temporary



sequelae, psychological distress to patients, their families and health professionals, in addition to raising costs of medical assistance services. Among the ills related to the occurrence of adverse events are the losses suffered by health professionals who are involved in an adverse event, referred to in the literature as “second victim”. These individuals experience profound psychological effects, such as anger, guilt, inadequacy, depression, and suicide, due to real or perceived flaws. **Objective:** to identify the manifestations, in the face of the occurrence of an adverse event, of nursing professionals in a hospital and their relationship with the phenomenon of the second victim. **Method:** A cross-sectional and explanatory study was carried out, using quantitative methods. The instrument used was the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire (HSOPSC). Questions to define the population profile and to characterize adverse events based on the Notivisa adverse event notification system of Anvisa (National Health Surveillance Agency) were added. The population consisted of 203 nursing professionals involved in direct assistance to patients at a general, public hospital, of high relevance for the care of the population of the northwest region of Minas Gerais. **Results:** The sample was predominantly female (85%), with an average age of 40.7 years, with 74% nursing technicians, 25% nurses and 1% nursing assistants. 60% (n. 119) of the professionals reported to have been involved in at least 1 adverse event in the last 2 years. Of these, the majority were with slight damage (47%) and without damage (24%). They also reported that 75% of the events were notified to the Risk Center. Most professionals (55%) who were involved in an adverse event presented at least one type of physical and/or psychological manifestation. Anxiety was the most reported manifestation (24%). If we consider the cases in which the adverse event caused moderate, severe or death damage (n. 36), only 22% of the professionals were indifferent; other professionals showed anxiety (33%), irritation (25%), insomnia (5%), loss of appetite (5%), difficulty in returning to routine (5%) and other experiences (28%), worry, frustration, fear, indignation and greater attention at work. Three professionals (3%) reported that they needed to seek specialized emotional assistance. **Conclusions:** The results of this study, in accordance with what the literature on this issue presents, demonstrate how harmful and impactful for a health professional can be the experience of the phenomenon of the second victim. These effects can be aggravated if a culture of punishment and reprimand for failures prevails in the health Institution.

KEYWORDS: Adverse Event; Occupational Safety; Nursing

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde pode resultar em eventos adversos (EA) que atingem diretamente a saúde do paciente e a sua experiência no cuidado à saúde, podendo causar mortes, sequelas definitivas e temporárias, sofrimento psíquico aos pacientes, a seus familiares e aos profissionais de saúde, além de elevar o custo assistencial¹.

Com base nas definições da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o EA é um incidente que resultou em dano à saúde, sendo que se pode considerar dano quando há comprometimento da estrutura, função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico².

A literatura aborda a repercussão dos EA tanto para o paciente quanto para o profissional envolvido na ocorrência, denomina como “primeira vítima” o paciente que sofre o EA e como “segunda vítima” os profissionais que experimentam efeitos psicológicos profundos, como: raiva, culpa, inadequação, depressão e suicídio, desencadeados pela ocorrência do EA. A ameaça de ações disciplinares pode acentuar esses sentimentos de segunda vítima, além de poder levar a uma perda de confiança na sua capacidade laboral³.

No ano 2000, no editorial do *British Medical Journal*, o termo “segunda vítima” surgiu pela primeira vez em um artigo sobre o impacto dos erros sobre os profissionais envolvidos. O termo foi usado por Albert Wu para se referir ao profissional de saúde envolvido em um EA inevitável que é traumatizado por essa experiência ou que não é capaz de lidar emocionalmente com a situação⁴.

Mais tarde, em 2009, uma definição formal para a expressão “segunda vítima” foi dada por Scott et al.⁵ e sendo esta adotada para esta pesquisa:

A second victim is a health care provider involved in an unanticipated adverse patient event, medical error and/or a patient-related injury who become victimized in the sense that the provider is traumatized by the event. Frequently, second victims feel personally responsible for the unexpected patient outcomes and feel as though they have failed their patients, second-guessing their clinical skills and knowledge base⁵.

Uma segunda vítima é um prestador de serviços de saúde envolvido em um evento adverso inesperado com o paciente, erro médico ou uma lesão relacionada ao paciente, que em função do trauma sofrido se torna uma vítima. Frequentemente, as segundas vítimas sentem-se pessoalmente responsáveis pelos resultados inesperados dos pacientes e sentem que falharam, duvidando de suas habilidades clínicas e sua base de conhecimento (tradução livre).

Costa et al.⁶ asseguraram que é predominante nas instituições de saúde a prática de responsabilizar o profissional pela ocorrência de um EA, consolidando assim uma cultura punitiva. Esse clima organizacional propicia para a equipe de trabalho desconhecimento sobre a segurança do paciente e descarta possíveis aprendizados gerados a partir da identificação de um EA. Além do mais, esses indivíduos manifestam sentimentos negativos por medo de sofrerem punição e ainda sentem vergonha, frustração e culpa.



Uma cultura punitiva pode contribuir para a autopercepção de sofrimento psicológico, físico e profissional relacionada com os profissionais envolvidos em EA graves, ou seja, segundas vítimas, o que pode demonstrar a ausência de apoio organizacional⁷. O medo da punição leva os profissionais de saúde a relatar em relatar a ocorrência de EA⁸.

As manifestações apresentadas pelas segundas vítimas podem divergir de indivíduo para indivíduo, no entanto é comum observar: confusão, redução da capacidade de concentração, sonolência, sentimento de culpa, ansiedade, baixa autoestima, dificuldade em desfrutar de um sono reparador, recordação frequente do evento, alterações de humor e insegurança na tomada de decisões clínicas. Tais reações podem perdurar por alguns dias ou semanas, todavia, em alguns casos elas podem persistir por meses ou até mesmo, por toda a vida do indivíduo⁹.

Quillivan et al.⁷ relataram que as experiências das segundas vítimas podem afetar não apenas o bem-estar dos profissionais da saúde, mas também podem comprometer a segurança do paciente. Vários fatores associados à capacidade de um profissional de lidar com o fato de ter estado envolvido em um evento de segurança do paciente também são componentes de uma forte cultura de segurança do paciente. Dessa forma, o apoio gerado pela cultura de segurança do paciente pode reduzir o trauma sofrido pelas segundas vítimas. Nessa pesquisa com 358 enfermeiros de um hospital pediátrico foi demonstrado que a resposta não punitiva aos erros esteve significativamente associada a reduções nas dimensões de sofrimento psicológico, físico e profissional. O estudo chama a atenção para a diferença entre a necessidade de suporte apresentado pela segunda vítima e o auxílio prestado pela instituição. Ela também ratifica a necessidade de uma maior transparência na investigação de EA.

Para Ullstrom et al.¹⁰, em estudo com 21 profissionais de saúde de um hospital universitário sueco que passaram por um EA, os autores demonstraram o sofrimento emocional como consequência direta dos EA e que o impacto desse sofrimento no profissional de saúde estava intimamente relacionado à resposta da instituição ao evento. A maior parte dos entrevistados não recebeu auxílio institucional ou, quando recebeu, este foi desestruturado e não sistematizado. Por sua vez, as tratativas institucionais raramente forneceram *feedback* adequado e oportuno às partes envolvidas. O suporte ineficaz e a falta de *feedback* tornaram ainda mais complexo processar emocionalmente o evento e dá-lo como encerrado.

A intensidade do impacto da experiência da segunda vítima pode estar relacionada à gravidade e ao desfecho do evento, bem como a traços de personalidade do próprio profissional de saúde, crenças e expectativas anteriores e estratégias de enfrentamento após o envolvimento no evento. O tipo de cultura predominante na instituição também pode intensificar ou proteger contra o trauma relacionado à segunda vítima⁷.

Em uma revisão sistemática com 41 estudos, Seys et al.¹¹ apresentaram uma prevalência de segundas vítimas de EA entre 10,4% e 43,3%, sendo as manifestações emocionais, cognitivas e

comportamentais os tipos de reações mais comuns. Na Espanha, cerca de 2% dos indivíduos que vivenciaram a experiência da segunda vítima de um EA, decidiram abandonar definitivamente a profissão⁹.

Assim como a cultura punitiva intensifica os danos da experiência da segunda vítima, percepções positivas da cultura de segurança do paciente de um hospital podem atenuar o sofrimento do profissional que teve envolvimento em um EA. Quillivan et al.⁷ sustentaram que o enfrentamento bem-sucedido do envolvimento em eventos de segurança aumenta à medida que há abertura para discussão dos eventos, sendo assim possível gerar mudanças construtivas nas práticas de prestação de cuidados de saúde. Defenderam também que receber apoio ou incentivo dos colegas de trabalho e supervisores pode contribuir com o afetado, para o enfrentamento emocional após um EA.

No Brasil, ainda são incipientes estudos sobre o fenômeno da segunda vítima de EA. A realização desta pesquisa idealiza contribuir para a construção do conhecimento acerca do tema da segunda vítima no contexto nacional, tendo em vista que a maior parte das publicações sobre esta temática são estrangeiras.

O objetivo da pesquisa foi compreender as manifestações dos profissionais de enfermagem de um hospital frente a ocorrência de EA e a sua relação com o fenômeno da segunda vítima de EA e identificar o perfil da população e os fatores relacionados à ocorrência dos EA. A escolha pela população da enfermagem como objeto de estudo, baseou-se no fato de ser este o maior contingente profissional dentro de um hospital, além de representar a categoria que mais desempenha atividades de assistência direta ao paciente e, por conseguinte, maior probabilidade de participar de um EA.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e explicativo, com métodos quantitativos. Para Hochman et al.¹², um estudo transversal é aquele em que “[...] a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado [...]”, e um estudo explicativo é aquele em que o pesquisador busca aprofundar o entendimento da realidade explicando os porquês dos fenômenos e suas causas¹³. Nesta perspectiva, este estudo teve como proposta conhecer e explicar com profundidade os impactos envolvidos no fenômeno da segunda vítima na população da enfermagem.

O cenário do estudo é um hospital geral, público, de alta relevância para o atendimento da população da Região Ampliada Noroeste de Minas Gerais. Localizado em Patos de Minas, é referência para o atendimento de média a alta complexidade para os 33 municípios, com 120 leitos operacionais e dispendo de 833 funcionários, sendo 350 profissionais da enfermagem diretamente ligados à assistência ao paciente, conforme informações do dimensionamento de pessoas da instituição.

Este hospital é administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que está vinculada à Secretaria de



Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG) e é prestadora de serviços de complexidade secundária e terciária exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A população escolhida para esta pesquisa foi composta por profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes do hospital referido acima. A amostra mínima era de 184 participantes, de acordo com o cálculo estatístico com 95% de confiabilidade e 5% de margem de erro.

A seleção da amostra ocorreu por conveniência durante o horário de trabalho e via digital. A partir da concordância em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou da sinalização de “sim, eu aceito” no TCLE digital, o questionário era disponibilizado na versão impressa ou formulário *online*. A coleta de dados ocorreu de janeiro a junho de 2020, com a participação de 203 profissionais, representando 58% da amostra elegível.

O referencial teórico foi obtido a partir do levantamento bibliográfico de artigos, teses e livros sobre o tema pesquisado, através do Portal de Periódicos da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores “evento adverso”, “cultura de segurança”, “segunda vítima” e “enfermagem” para a busca. O período de coorte da amostra bibliográfica foi definido com base na publicação do marco referencial em segurança do paciente: *To Err is Human: Building a Safer Health System* no ano 2000, onde os autores Kohn et al.¹⁴ trouxeram à tona o impressionante impacto causado pelos EA decorrentes de falhas na assistência à saúde.

Foram utilizados dois questionários para atender com plenitude os objetivos da pesquisa. Um deles foi elaborado pelos próprios pesquisadores com questões abertas e fechadas que abordavam a participação ou envolvimento com EA, a gravidade desse evento, a ocorrência de manifestações de segunda vítima, bem como a avaliação sobre os fatores que contribuíram para a ocorrência do EA com base na classificação de fatores contribuintes do formulário de notificação de EA do Notivisa, sistema de notificação de EA da Anvisa. O outro instrumento foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) que avalia como a cultura de segurança é percebida pelos participantes. O questionário HSOPSC é amplamente aplicado no seu país de origem, Estados Unidos, e em outros países onde foi adaptado e validado. No Brasil, foi adaptado e validado por Reis et al.¹⁵ e está disponível para domínio público. Esse instrumento de pesquisa que foi elaborado e validado pela *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) está estruturado em doze dimensões da cultura de segurança do paciente, onde sete abordam aspectos no âmbito do setor de trabalho, três no âmbito hospitalar e dois com variáveis de resultado¹⁶. A escolha desse instrumento baseou-se na sua livre disponibilidade, no uso extenso em diferentes contextos culturais e nas propriedades psicométricas desse questionário.

O estudo obteve a aprovação dos comitês de ética da instituição de ensino (CAAE: 22595219.3.0000.5152) e da FHEMIG (CAAE:

22595219.3.3002.5119). Todos os participantes da pesquisa tiveram o anonimato garantido.

Os dados obtidos a partir do questionário foram alocados em um banco de dados eletrônico no Microsoft Office Excel® 2016 e analisados em termos de números absolutos, porcentagens, médias e prevalência. Por meio do *software* Past 4.03 foram avaliadas as correlações entre as variáveis com a realização do Teste R de Pearson, onde um coeficiente de 0,8 a 1 indicaria uma forte relação entre as variáveis, como poderá ser visto nos resultados apresentados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como exposto na metodologia, dos 350 profissionais de enfermagem que foram convidados a participar da pesquisa, 203 (58%) responderam às questões, sendo que todos em seu cargo/função tinham interação ou contato direto com os pacientes. Observou-se que a extensão do instrumento da pesquisa, que demandava do participante um tempo considerável para respondê-lo, desencorajou alguns profissionais a participar do estudo. Em um estudo muito similar realizado por Burlison et al.¹⁷ com profissionais da saúde e com a aplicação do instrumento HSPSC da AHRQ e da Ferramenta de Apoio e Experiência da Segunda Vítima (SVEST), a taxa de resposta da pesquisa foi de apenas 305 (31%) profissionais, sendo consideravelmente inferior à obtida nesta pesquisa. A maior representatividade da amostra visa estabelecer um panorama mais fidedigno da situação pesquisada.

As características sociodemográficas dos participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1, em que, para o cálculo de porcentagem, apenas as respostas válidas de cada categoria foram consideradas e os campos não informados foram desconsiderados. Assim, é possível verificar que a amostra foi predominante feminina 171 (85%). Esse fato já era esperado, tendo em vista que a Enfermagem é uma profissão culturalmente exercida em sua maioria por mulheres¹⁸. Já em relação à idade, a mediana foi de 40 anos e a média de 40,8 anos. O participante mais jovem tinha 20 anos e o de maior idade, 66 anos. A maior parcela tinha de 31 a 40 anos, 91 (46%), demonstrando a predominância de uma população mais jovem.

Sobre a categoria profissional, 149 (74%) são técnicos de enfermagem, 51 (25%), enfermeiros e um (1%), auxiliar de enfermagem. Perfil idêntico foi encontrado por Costa et al.⁶ em um estudo com a enfermagem de um hospital público do estado do Paraná, Brasil.

Em relação à formação acadêmica, a maioria (75; 38%) possuía Ensino Médio completo, seguido de Ensino Superior, sendo 57 (29%) com pós-graduação *lato sensu* (Especialização). Apesar de 151 (75%) profissionais ocuparem cargos que exigem apenas Nível Médio de escolaridade, muitos apresentavam formação em Ensino Superior. Esse mesmo perfil acadêmico também foi encontrado por Costa et al.⁶ em uma pesquisa semelhante em um hospital público onde a maioria dos técnicos de enfermagem possuíam graduação.



Tabela 1. Patos de Minas (MG): características sociodemográficas dos respondentes, 2019.

Variável	Categoria	n.	%
Sexo	Feminino	171	85
	Masculino	31	15
Idade	20-30 anos	15	7
	31-40 anos	91	46
	41-50 anos	59	30
	> 51 anos	34	17
Categoria profissional	Auxiliar de enfermagem	2	1
	Técnico de enfermagem	149	74
	Enfermeiro	51	25
Formação acadêmica	Primeiro grau (Ensino Básico) incompleto	1	1
	Segundo grau (Ensino Médio) incompleto	1	1
	Segundo grau (Ensino Médio) completo	75	38
	Ensino superior incompleto	30	15
	Ensino superior completo	32	16
	Pós-graduação (Nível Especialização)	57	29
	Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	2	1
Tipo de contrato	Efetivo	163	81
	Contrato	38	19
Setor de lotação	Ambulatório	5	2
	Cirurgia	58	29
	Clínica (não cirúrgica)	18	89
	Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica	9	4
	Obstetrícia	35	17
	Pediatria	8	4
	Setor de emergência	18	9
	Unidade de terapia intensiva	52	26

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.
MG: Minas Gerais.

O tempo médio de atuação na função/especialidade atual foi de 14 anos, sendo o menor de 1 ano e o maior de 47 anos. Esse dado tende a demonstrar a experiência no exercício da profissão. Outro aspecto importante foi que a maioria dos profissionais, 163 (81%), dispunha de vínculo de trabalho efetivo e 149 (82%) trabalhavam exclusivamente nesta Instituição. Demonstrando ainda a perenidade nos vínculos de trabalho, a maioria dos profissionais trabalhava na Instituição de 6 a 10 anos (86; 43%) e atuava de 1 a 5 anos no setor em que estão lotados atualmente (75; 37%).

Essa característica diz respeito ao concurso público realizado, no qual houve renovação da maior parte dos recursos humanos de enfermagem em 2010. O caráter efetivo do regime de trabalho é um fator importante para a baixa rotatividade, estabilidade de rotinas e retenção do conhecimento institucional. O alto índice de profissionais que trabalhavam exclusivamente neste hospital pode representar maior senso de pertencimento e de identificação com aquele lugar e de conhecimento da realidade local¹⁸.

A respeito das horas trabalhadas semanalmente, 102 (51%) participantes executam neste hospital de 40 a 59 h, seguidos por 85 (42%) que executavam de 20 a 39 h. Na instituição são adotados,

para a enfermagem, contratos de 30 e 40 h. A literatura associa extensas jornadas de trabalho com maior incidência de EA, em decorrência da fadiga profissional¹⁹.

Com a intenção de retratar com precisão a percepção da enfermagem sobre o tema em questão, a aplicação da pesquisa buscou atingir o maior índice de participantes, no entanto alguns setores apresentaram menor adesão. Os setores de cirurgia representaram maior número absoluto de participação com 58 respondentes, tendo em vista possuir o maior contingente de profissionais. Nenhum setor ficou sem participação. Já em relação à representatividade, o setor de Terapia Intensiva Neonatal teve destaque, apresentando 99% de participação em comparação ao total de servidores do setor. A representatividade de cada setor pode estar associada ao grau de relevância que os profissionais creditam ao tema da pesquisa, sobrecarga de trabalho dificultando o indivíduo de pausar suas atividades para responder o questionário, extensão do instrumento utilizado, fatores individuais, dentre outros.

A maioria dos profissionais de enfermagem, 119 (60%), relatou ter se envolvido em pelo menos um EA nos últimos 2 anos. Sendo que



81 (68%) destes eventos foram sem dano ou com dano leve; 31 (26%) com dano moderado ou grave; três (2%) levaram ao óbito do paciente e quatro (3%) não informaram a gravidade do evento. De acordo com os resultados, 67 (56%) eventos foram notificados ao Núcleo de Risco, que é a instância responsável pela gestão das ações de segurança do paciente neste hospital e reporte à Anvisa, por meio do Notivisa, de todo EA ocorrido na instituição, 32 (27%) dos profissionais não se informaram se o evento havia sido notificado.

A alta incidência de profissionais envolvidos em EA já era esperada, tendo em vista o grande número de procedimentos realizados diretamente ao paciente. Para Quillivan et al.⁷, a enfermagem fornece a maioria dos cuidados diretos ao paciente em ambientes hospitalares, além de ter os membros mais prevalentes do corpo clínico de um hospital.

À luz da classificação dos fatores contribuintes apresentada no Notivisa, os participantes apontaram a sua avaliação sobre as causas envolvidas com a ocorrência do EA. O principal fator apontado foi o profissional, ou seja, a ocorrência do EA teve relação com as atitudes do profissional que realizou o procedimento, tais como: falta de habilidade técnica, omissão, distração, falha de execução e descumprimento de normas. Esse achado por estar associado a uma cultura de culpabilidade que a própria sociedade sustenta, em que a falha, na maioria das vezes, é associada ao indivíduo envolvido na ocorrência e não ao processo de trabalho. Tartaglia e Matos²¹ demonstraram em seu trabalho o costume tóxico de culpar os profissionais de saúde por erros e falhas identificados e de defender que a segurança do paciente depende de ferramentas e ambiente adequados para executar as tarefas necessárias.

As demais causas apontadas como condições determinantes para a ocorrência do EA foram os fatores envolvendo: o paciente (comportamento de risco, não observação das orientações dadas pela equipe, dificuldade linguística etc.), fatores cognitivos (falha de percepção e/ou compreensão) e fatores envolvendo a comunicação (método de comunicação, ausência ou falha de informação na passagem de plantão, ausência ou erro de registro em prontuário e informações ilegíveis).

É importante considerar que o fato de os “fatores envolvendo a comunicação” terem sido apontados como uma das principais causas para a ocorrência desses EA tem importante relação com a demonstração de fragilidade na dimensão “abertura da comunicação”, visto que essa dimensão da cultura de segurança alcançou apenas 51% de respostas positivas. Esta dimensão apresentou forte correlação positiva com as dimensões “apoio da gestão para a segurança do paciente” (0,99), “trabalho em equipe entre as unidades” (0,93), “resposta não punitiva aos erros” (0,83) e “frequência de relatos de eventos” (0,82), demonstrando assim a forte influência que o apoio da gestão, o trabalho entre os setores, atitudes não punitivas frente às falhas e à frequência das notificações de EA exercem sobre a comunicação da instituição.

A forma como a Instituição tratou o EA (Tabela 2) foi desconhecida para 55 (47%) dos profissionais. Este resultado corrobora

Tabela 2. Patos de Minas (MG): forma como a instituição tratou o evento adverso, 2019.

Ações	%	n.
Não soube informar	47	55
Elaborou ou revisou rotina/protocolo	19	22
Promoveu capacitação	17	20
Não houve ação	15	17
Outro	3	4
Instaurou processo disciplinar	1	1
Comunicou ao conselho de ética	1	1

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.
MG: Minas Gerais.

com o fato de apenas 54% dos profissionais responderem positivamente à dimensão da cultura de segurança “retorno da informação e comunicação sobre o erro”, enfatizando a percepção da equipe sobre as fragilidades da instituição em informar sobre a ocorrência de EA e as mudanças implementadas a partir dos relatórios de EA, bem como em promover discussões sobre medidas de mitigação dessas falhas. Em se tratando daqueles participantes que souberam como a instituição tratou o EA, 22 (19%) informaram que ocorreu a revisão/elaboração de rotina ou protocolo, 20 (17%), que houve realização de capacitação e 17 (15%), que não houve nenhuma ação.

Aprofundado a análise em relação aos 17 (15%) eventos que não geraram nenhuma ação por parte da Instituição, identificamos que em um evento que foi notificado ocorreu dano leve, em quatro não há a informação sobre a realização da notificação ao Núcleo de Risco e 12 eventos não foram notificados. É alto o número de eventos não notificados. Esse dado é ainda mais alarmante se considerarmos que quatro destes 12 eventos causaram danos graves, ou seja, o paciente apresentou sintomas com “[...] necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo”²⁰. O fato de eventos com desfecho grave não terem sido notificados evidencia a fragilidade na cultura de segurança da instituição e a necessidade de intervenção urgente para a mudança de cenário.

Em se tratando dos eventos com dano grave (n = 13) e óbito (n = 3), identificamos que em duas ocorrências não há a informação se houve notificação ao Núcleo de Risco. Dos nove eventos que foram notificados, quatro profissionais não sabiam informar se havia sido adotada alguma ação pela Instituição; dois desencadearam elaboração ou revisão de rotina/protocolo; em um houve comunicação ao Comitê de Ética; um houve instauração de processo administrativo disciplinar e um informou que participou por meio de entrevista na investigação de EA, mas não sabe se houve instauração de processo administrativo disciplinar.

Em um estudo realizado com a enfermagem comparando a cultura de segurança com a percepção do fenômeno da segunda vítima, foi identificado que as percepções de uma cultura de



segurança do paciente deficiente estão associadas ao aumento do sofrimento clínico, físico e profissional⁷.

Uma abordagem sobre a cultura punitiva no Brasil foi apresentada por meio de pesquisa documental, de 1995 a 2010, com dados coletados a partir de 13 processos ético-disciplinares recebidos pelo Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (Coren-BA), onde as organizações de saúde destacaram-se como denunciantes dos EA cometidos por profissionais de enfermagem²¹.

Dos 119 que tiveram envolvimento com EA nos últimos dois anos, a maioria (55%) apresentou pelo menos um tipo de manifestação física e/ou psicológica; 33% dos profissionais se mostraram indiferentes e 11% não responderam essa questão. Ansiedade foi a manifestação mais relatada (24%), como pode ser visto na Figura.

Na revisão sistemática realizada por Seys et al.¹¹, a prevalência de segundas vítimas após um EA variou de 10,4% a 43,3%. Já na pesquisa italiana realizada por Pieretti et al.²² com um grupo de 240 profissionais de saúde, a prevalência de segundas vítimas foi de 35,4%.

Em outra pesquisa semelhante a esta, realizada com 303 profissionais da saúde de um hospital pediátrico sobre os sintomas psicológicos e físicos relacionados à segunda vítima e à qualidade dos recursos de apoio, foi identificado que aproximadamente 30 (10,3%) entrevistados apresentaram manifestações físicas e 22 (7,4%), sintomas psicológicos após envolvimento em um EA¹⁷.

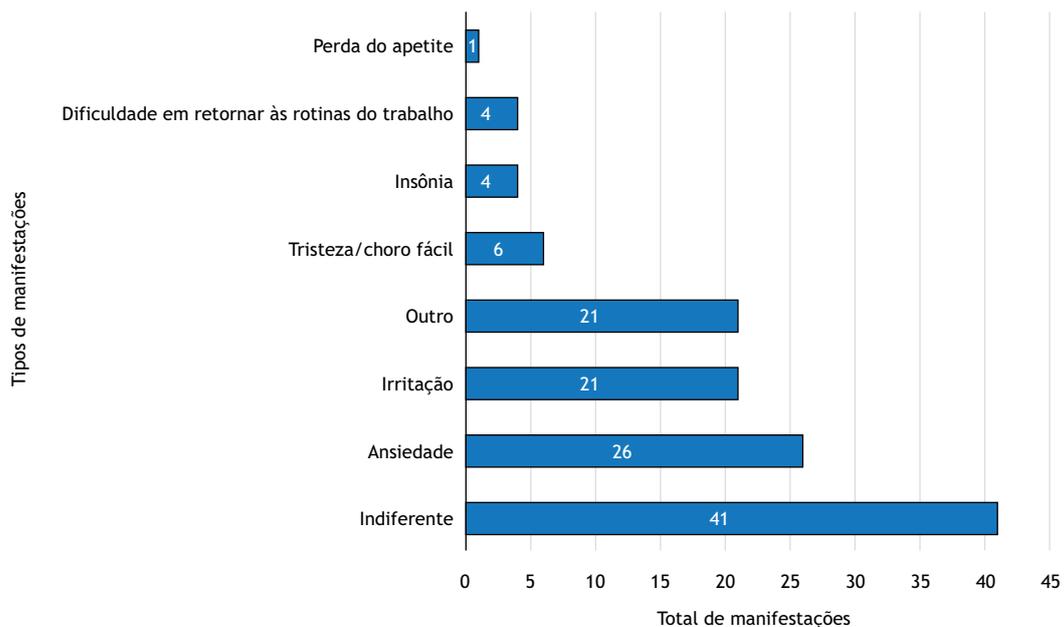
Não identificamos pesquisas nacionais para comparação dos resultados. Infelizmente, na literatura nacional ainda paira uma lacuna sobre a terminologia, a prevalência do fenômeno segunda

vítima nas organizações de saúde, assim como a identificação dos danos e o seu impacto na vida dos profissionais²³.

Analisando os casos em que o EA causou ao paciente dano moderado, grave ou óbito ($n = 36$), os dados demonstraram uma redução para 22% do número de profissionais indiferentes à ocorrência do EA, o que ainda é um índice expressivo e que requer uma investigação mais profunda. Os demais profissionais apresentaram ansiedade (33%), irritação (25%), insônia (5%), perda de apetite (5%), dificuldade em retornar a rotina (5%), dentre outras (28%), como preocupação, frustração, medo, indignação e maior atenção no trabalho. É importante destacar que três profissionais (3%) relataram ter sido necessário buscar assistência emocional especializada.

Em uma pesquisa realizada em 33 hospitais belgas com profissionais da saúde para avaliar os impactos psicológicos após envolvimento em um EA, foi demonstrado que o impacto psicológico é maior quando os danos sofridos pelo paciente são mais graves e quando os profissionais de saúde se sentem responsáveis pelo ocorrido²⁴.

Em se tratando do reporte dos EA ao Núcleo de Risco, a maioria dos participantes desta pesquisa, 99 (51%), informaram não ter feito nenhuma notificação de EA nos últimos 12 meses; 45 (23%) realizaram de uma a duas notificações. Dos 96 (49%) profissionais que realizaram pelo menos uma notificação de EA nos últimos 12 meses, 44 (46%) eram enfermeiros, 50 (52%), técnicos de enfermagem e dois (2%) eram auxiliares de enfermagem. Dos que não notificaram nenhum evento no último ano, sete (7%) eram enfermeiros (todos com mais de 6 anos de trabalho no hospital) e 92 (93%), técnicos de enfermagem.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.
MG: Minas Gerais.

Figura. Patos de Minas (MG): tipos de manifestações apresentadas nos profissionais de enfermagem, 2019.



Essa problemática da subnotificação de EA também foi analisada em uma revisão integrativa de publicações nacionais que retratou como principais causas para a ausência de comunicação: medo ou receio em notificar; notificação focada apenas em eventos mais graves; falta de conhecimento sobre o assunto ou como notificar; e centralização da notificação no profissional enfermeiro²⁵. Em nossos resultados foi identificada uma forte correlação positiva da dimensão “frequência de relatos de eventos” com as dimensões: “retorno da informação e comunicação sobre erro” (0,91), “adequação de profissionais” (0,85), “apoio da gestão para a segurança do paciente” (0,84) e “abertura para comunicação”, fortalecendo o entendimento de que, para uma prática da notificação adequada, o ambiente deve estar alicerçado no apoio da alta gestão, com espaços favoráveis para a escuta e a discussão de falhas e que o dimensionamento de pessoal esteja adequado às demandas de trabalho.

Os resultados de respostas positivas às dimensões da cultura de segurança demonstraram que apenas 22% dos participantes acreditam que seus erros, enganos ou falhas não serão usados contra eles e 27% que, quando ocorre um EA, o foco dado pela Instituição é no problema e não no indivíduo envolvido na ocorrência. Predomina a parcela dos profissionais que mantém a preocupação que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados nas suas fichas funcionais (74%). Vale ressaltar que condutas punitivas por parte das instituições de saúde, como resposta à ocorrência de um EA, geram nos profissionais, desconfiança e medo, além de favorecer a ocultação dos erros e falhas cometidas²⁶.

Segundo Quillivan et al.⁷, uma resposta não punitiva aos erros é capaz de mitigar os efeitos negativos do fenômeno da segunda vítima de EA. Intervenções de suporte para as segundas vítimas servem como fatores de proteção que podem aperfeiçoar as habilidades de enfrentamento e otimizar a recuperação dos profissionais de saúde que sofrem o impacto de um EA¹⁷.

Considerando as necessidades de apoio e suporte aos profissionais que se envolvem em EA, os respondentes definiram que a ação prioritária é a promoção de um ambiente seguro (equipamentos/estrutura física) (1). Em segundo lugar, melhorar a comunicação interna (2); em terceiro lugar, promover assistência psicológica/Estabelecer protocolos de segurança do paciente (3). Posteriormente, por prioridade: melhorar a tratativa dos EA (4); eliminar a cultura punitiva (5); disponibilizar atendimento psiquiátrico (6) e otimizar as ferramentas de notificação de EA (7). Foi sugerido também capacitar toda a equipe, estimular trabalho em equipe, incentivar a equipe a notificar eventos e manter escalas de trabalho completas.

Nesse contexto, a literatura internacional apresenta uma gama de programas de apoio para as segundas vítimas, tais como: os programas *forYOU*, desenvolvidos pela *University of Missouri*, o *Resilience in Stressful Events (RISE)* do *Johns Hopkins Hospital*, o *Center for Professional and Peer Support (CPPS)* do *Brigham and Women's Hospital* e o *Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)*, além de ações e intervenções individuais e coletivas. Essas estratégias têm em comum a finalidade de atender as necessidades dos profissionais de saúde de maneira sistematizada²³.

Uma pesquisa realizada em 2017 em que foram entrevistados profissionais ligados ao setor de segurança do paciente de hospitais de cuidados intensivos em Maryland, nos Estados Unidos, destacou inúmeras barreiras que impedem médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de buscar ajuda após a ocorrência de EA. As principais barreiras incluíam o medo de quebra de confidencialidade e o julgamento negativo por seus pares. Por isso, é importante que os programas de apoio às segundas vítimas sejam implementados, buscando transpor essas barreiras e agregar todos os profissionais de saúde²¹.

De acordo com a recente revisão sistemática de 64 artigos, realizada por Quadrado et al.²³, os achados na temática de segunda vítima demonstraram o interesse dos pesquisadores em promover evidências consistentes para esclarecer esse fenômeno. Entretanto, no cenário nacional, pesquisas envolvendo as estratégias de apoio para as segundas vítimas não foram identificadas, revelando um distanciamento importante entre o conhecimento produzido internacionalmente e no Brasil o que, provavelmente, se reflete na prática. Os autores enfatizaram que a escassez de estudos nacionais reflete a urgência no desenvolvimento de pesquisas para identificar a prevalência e a experiência dos profissionais de saúde na condição de segunda vítima, de modo a mapear a realidade do fenômeno nas instituições de saúde brasileiras e estruturar estratégias de apoio exequíveis para nosso contexto.

Embora o cerne desta pesquisa tenha sido apresentar os efeitos negativos vivenciados por profissionais de saúde que se envolvem em EA, evidenciamos que, em algumas situações, a experiência da segunda vítima causou aumento da vigilância para as rotinas de segurança do paciente, o que representa uma consequência positiva deste fenômeno.

Finalmente, os resultados encontrados nesta pesquisa enfatizaram a complexidade do fenômeno da segunda vítima de EA e colocam em pauta a urgente necessidade de ampliar o debate sobre esta temática. A enfermagem tem sofrido severamente os efeitos da falta de sistemática adequada para tratar das segundas vítimas de EA, enfrentando, na maioria das vezes sem o apoio institucional, prejuízos à saúde física e emocional como a ansiedade, irritação, insônia, perda de apetite e dificuldade em retornar a rotina.

Para provocar mudanças na realidade vivenciada pelos profissionais de enfermagem, entidades políticas e acadêmicas, gestores e líderes de instituições de saúde, conselhos de enfermagem e trabalhadores da saúde devem unir esforços a fim de estabelecer práticas e diretrizes de acolhimento e proteção para o profissional que se envolve em um EA.

CONCLUSÕES

Entender com profundidade o fenômeno da segunda vítima e os seus fatores contribuintes é imprescindível para uma mudança de paradigma e a adoção de estratégias efetivas para a transformação dos ambientes de trabalho em ambientes mais saudáveis.



Pesquisas nacionais sobre o fenômeno da segunda vítima ainda são incipientes e não há instrumentos validados no Brasil sobre este problema. A maior parte das produções acadêmicas são internacionais, o que inviabilizou a comparação dos resultados com dados nacionais.

A problemática da segunda vítima de EA é complexa e demanda efetivas medidas interventivas em caráter de urgência. O sofrimento enfrentado pelos profissionais de saúde, decorrente do envolvimento em um EA grave, que em sua maioria é fruto de processos

de trabalho desajustados, não pode mais ser desconsiderado pela sociedade em geral, instituições de saúde e governantes.

Deseja-se que, a partir deste estudo, novas pesquisas sejam realizadas e que líderes e gestores organizacionais possam compreender a necessidade de avaliar em suas organizações a presença de fatores contribuintes para o fenômeno da segunda vítima e a importância de se estabelecer uma cultura de segurança para reduzir e prevenir o adoecimento dos profissionais de saúde e a incidência de EA.

REFERÊNCIAS

1. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu AC, Leão ML. II Anuário da segurança assistencial no Brasil: propondo as prioridades nacionais. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2018[acesso 26 ago 2018]. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. 26 jul 2013.
3. Breves I. Proqualis chama atenção para a cultura de segurança do paciente em comemoração ao dia do hospital: conscientização de riscos pode diminuir a ocorrência de eventos adversos. Proqualis. 2 jul 2015[acesso 10 set 2018]. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/proqualis-chama-aten%C3%A7%C3%A3o-para-cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-comemora%C3%A7%C3%A3o-ao-dia-do>
4. Romero MP, González RB, Calvo MSR, Fachado AA. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. Rev Bioética. 2018;26(3):333-42. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>
5. 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. Joint Comm Res Qual Pat Safety. 2010;36(5):233-40. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7)
6. Costa TD, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Alves KYM, Tourinho FSV, Santos VEP. Percepção de profissionais de enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(3):1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61145>
7. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. Jt Comm J Qual Saf. 2016;42(8):377-86. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42053-2)
8. Rodziewicz TL, Hipskind JE. Medical error prevention. Treasure Island: StatPearls; 2018[acesso 1 jul 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
9. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Serv Res. 2015;15(151):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>
10. Ullstrom S, Sachs MA, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):325-31. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
11. Seys D, Wu AW, Van Gerver E, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof. 2013;36(2):135-62. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
12. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cir Bras. 2005;20(supl.2):2-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>
13. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
14. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academies; 2000[acesso 26 jan 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
15. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do hospital survey on patient safety culture: etapa inicial. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2199-210. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
16. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2013;22(4):1124-33.
17. Burlison, J. D. et al. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. J Patient Saf. 2017;13(2):90-102. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129>
18. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
19. Lima Neto AV, Silva FA, Brito GMOL, Elias TMN, Sena BAC, Oliveira RM. Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. Enferm Global. 2019;18(3):314-43. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>



20. World Health Organization - WHO. The conceptual framework for the international classification for patient safety v1.1: final technical report and technical annexes. Geneva: World Health Organization; 2009[acesso 26 ago 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.
21. Tartaglia A, Matos MAA. Segunda vítima: afinal, o que é isso? Einstein. 2020;18:1-3. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ed5619
22. Pieretti ARN, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P. Second victim experience and support tool: an assessment of psychometric properties of italian version. J Pat Saf. 2022;18(2):111-8. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000825>
23. Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: uma revisão de escopo. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:1-12. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019011803669>
24. Gerven EV, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. BMJ Open. 2016;6(8):1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011403>
25. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Cienc Saúde Coletiva. 2019;24(8):2895-908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
26. Gallotti RMD. Eventos adversos: o que são? Rev Assoc Med Bras. 2004;50(2):1-10. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>

Contribuição dos Autores

Almeida PP - Concepção, planejamento (desenho do estudo), aquisição, análise, interpretação dos dados e redação do trabalho.
Moura GG - Planejamento (desenho do estudo), análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho.

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Licença CC BY. Com essa licença os artigos são de acesso aberto que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.