

Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa

RESUMO | OBJETIVO: identificar e avaliar evidências científicas disponíveis na literatura sobre os programas de acolhimento e seus impactos em profissionais de saúde na condição de segunda vítima. **MÉTODO:** trata-se de uma revisão integrativa baseada na estratégia PICO, realizada com 8 artigos gerados através das bases de dados PubMed, Embase, Cochrane Library, LILACS, CINAHL e PsycINFO entre janeiro e junho de 2021. **RESULTADOS:** observando-se a existência de um suporte formal de acolhimento, as publicações abordam gestores de risco e segurança, profissionais acolhidos por programas de suporte, profissionais de assistência direta ao paciente e que poderiam ou não estar na condição de segunda vítima e seus impactos. **CONCLUSÃO:** apesar da presença de estudos que evidenciam a efetividade de alguns programas de suporte às segundas vítimas, ainda há uma lacuna acerca do tipo adequado de atendimento oferecido e os impactos dessas intervenções.

Descritores: Segunda vítima; Eventos adversos; Programas de apoio; Acolhimento; Angústia emocional.

ABSTRACT | OBJECTIVE: Identify and evaluate scientific evidence available in the literature about programs and their impacts on health professionals in the condition of the second victim. **METHOD:** is an integrative review based on the PICO strategy, carried out with 8 articles generated through the PubMed, Embase, Cochrane Library, LILACS, CINAHL and PsycINFO databases between January and June 2021. **RESULTS:** observing the existence of formal support, the publications address risk and safety managers, professionals assisted by support programs, direct patient care professionals and who may or may not be in the condition of a second victim and their impacts. **CONCLUSION:** despite the presence of studies that show the effectiveness of some support programs for second victims, there is still a gap regarding the appropriate type of care offered and the impacts of these interventions.

Keywords: Second victim; Adverse events; Support programs; Organisational support; Emotional Distress.

RESUMEN | OBJETIVO: Identificar y evaluar la evidencia científica disponible en la literatura sobre los programas y sus impactos en los profesionales de la salud en la condición de segunda víctima. **MÉTODO:** es una revisión integradora basada en la estrategia PICO, realizada con 8 artículos generados a través de las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane Library, LILACS, CINAHL y PsycINFO entre enero y junio de 2021. **RESULTADOS:** al observar la existencia de apoyo formal de recepción, el las publicaciones se dirigen a gestores de riesgos y seguridad, profesionales asistidos por programas de apoyo, profesionales de atención directa al paciente y que pueden o no estar en condición de segunda víctima y sus impactos. **CONCLUSIÓN:** a pesar de la presencia de estudios que muestran la efectividad de algunos programas de apoyo a las segundas víctimas, aún existe una brecha en cuanto al tipo de atención adecuada ofrecida y los impactos de estas intervenciones.

Palabras claves: Segunda víctima; Eventos adversos; Programas de apoyo; Apoyo organizacional; Estrés emocional.

Andresa Gomes de Paula

Disciplina Processos de Elaboração, Validação e Adaptação Transcultural de Instrumentos e Estudos de Implementação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.
ORCID: 0000-0001-5077-7908

gem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.
ORCID ID: 0000-0002-1679-877X

gem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.
ORCID ID: 0000-0002-7196-0266

Geisa Colebrusco de Souza Gonçalves

Escola Paulista de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.
ORCID ID: 0000-0003-4714-9462

Bárbara Peres Gama

Disciplina Processos de Elaboração, Validação e Adaptação Transcultural de Instrumentos e Estudos de Implementação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.
ORCID ID: 0000-0002-2076-5495

Regimar Carla Machado

Disciplina Processos de Elaboração, Validação e Adaptação Transcultural de Instrumentos e Estudos de Implementação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.
ORCID ID: 0000-0001-6126-7663

Zélia Fernanda da Freria

Disciplina Processos de Elaboração, Validação e Adaptação Transcultural de Instrumentos e Estudos de Implementação do Programa de Pós-Graduação em Enferma-

Elena Bohomol

Disciplina Processos de Elaboração, Validação e Adaptação Transcultural de Instrumentos e Estudos de Implementação do Programa de Pós-Graduação em Enferma-

Recebido em: 18/10/2020

Aprovado em: 08/11/2021

INTRODUÇÃO

Com publicação do *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, do Institute of Medicine dos Estados Unidos da América (EUA), em 2000, o mundo foi surpreendido com o fato de aproximadamente 45% dos óbitos ocorridos anualmente eram causados por erros evitáveis¹. Neste mesmo ano, James Reason publicou *Human error: Models and management*, que ressalta que esses erros não são determinados unicamente pela falha humana, mas por processos e/ ou condições inadequadas do sistema que precisam ser tratadas para prevenção através de adequações tecnológicas, treinamento dos profissionais e orientação dos usuários².

Os Eventos adversos (EA) são definidos por incidente não-intencional ou inesperado com danos temporários ou permanentes ao paciente. Podem ser desde erros de medicação a falhas de dispositivos médicos³.

O paciente que sofre o EA é identificado como primeira vítima e, tão logo o erro seja percebido, tudo deve ser feito para reverter ou minimizar possíveis sequelas decorrentes do incidente⁴. Enfermeiros e profissionais de saúde frequentemente testemunham ou estão envolvidos em EAs³.

O termo segunda vítima (SV) é uma definição que acomete todo profissional de saúde envolvido em um evento adverso imprevisto ao paciente, que sofre traumas pelo ocorrido, sentindo que falhou e se responsabiliza pelos resultados inesperados^{5,6}.

Estudos referem sintomas psicológicos e físicos que podem causar danos na vida pessoal da SV, sendo os mais comuns: ansiedade, raiva, depressão, hipertensão, cefaléia, insônia e desgaste físico. As consequências podem ser diversas, nos âmbitos emocional, comportamental e cognitivo, podendo resultar no adoecimento sistêmico, burnout e até mesmo levar ao suicídio^{4,6,7}.

O profissional pode sentir perda de



O paciente que sofre o EA é identificado como primeira vítima e, tão logo o erro seja percebido, tudo deve ser feito para reverter ou minimizar possíveis sequelas decorrentes do incidente⁴. Enfermeiros e profissionais de saúde frequentemente testemunham ou estão envolvidos em EAs



credibilidade e confiança em sua capacidade, medo de ser hostilizado pela equipe, da punição por seus gestores, receio de litígios impactando em sua performance, além da insegurança ao ter que interagir com pacientes e familiares. Independentemente do tempo de carreira ou cargo exercido, vivenciar essa condição pode deixar marcas profissionais e pessoais^{8,9}.

A ausência de suporte adequado e culturas punitivas dificultam o processo de enfrentamento, bem como a falta de apoio dos colegas e seus gestores, o que pode acarretar maior vulnerabilidade, no aumento da incidência de novos erros e riscos à segurança do paciente¹⁰.

É importante criar um ambiente seguro e saudável, para que o profissional se sinta acolhido pela equipe e gestores, através de canais abertos de comunicação, apoio psicológico e reconhecimento dos impactos causados na assistência de forma geral, para promover a reabilitação profissional^{11,12,13}.

A literatura demonstra a presença de programas organizacionais formais de acolhimento às segundas vítimas, como o Resilience in Stressful Events (RISE) do Hospital John Hopkins e forYou desenvolvido pela Universidade de Sistemas de Saúde de Missouri ambos EUA, e outros apoios informais, como apoios de pares ou colegas de trabalho, mas poucos avaliam os efeitos desses programas nos profissionais nesta condição^{14,15}.

Portanto, esse estudo tem como objetivo identificar e avaliar evidências científicas disponíveis na literatura sobre os programas de acolhimento e seus impactos em profissionais de saúde na condição de segunda vítima.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, cuja construção foi realizada em seis etapas: 1) Delimitação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Es-

Quadro 1 - Estratégia PICO (PCO). São Paulo, Brasil, 2021

Tabela PICO (PCO)		Palavras Chave
P - População	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde	Second Victim, Segunda Vítima, Adverse events; eventos adversos
C - Comparação ou Contraste	Define como uma intervenção padrão, a intenção mas utilizada ou nenhuma intervenção	Support program, programas de apoio. Organisational support, Acolhimento
O - Outcome ou Desfecho	Resultados esperados	Absentismo, Reorganização de recursos humanos, Emotional distress, Angústia emocional

Fonte: autoras do estudo, 2021

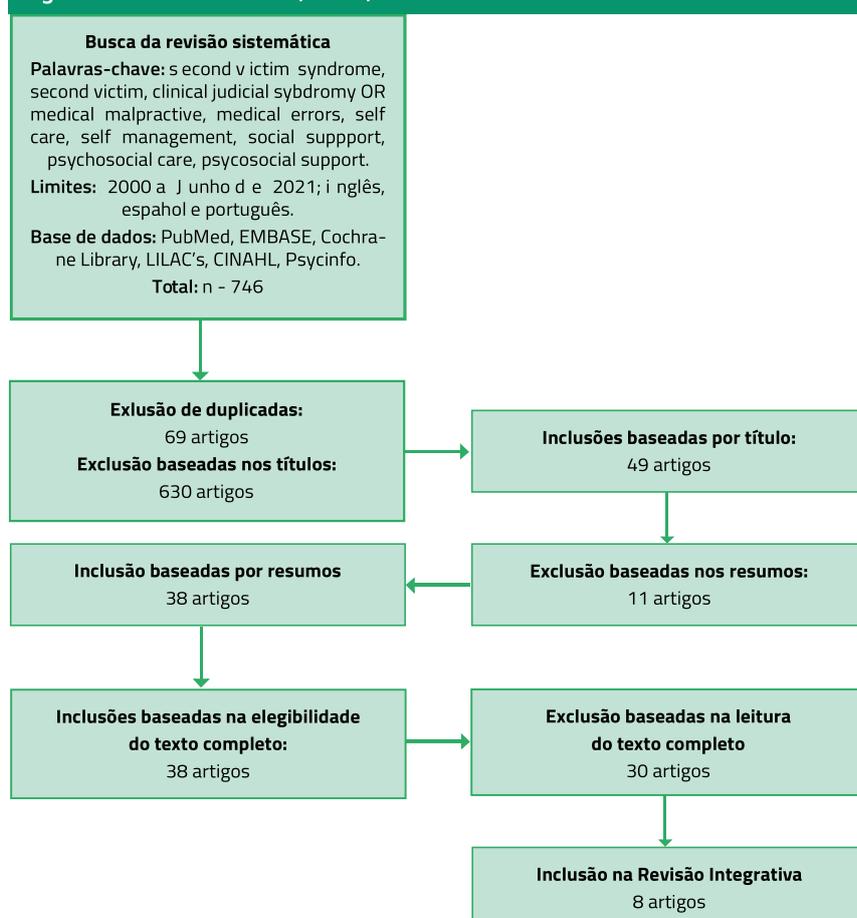
tabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Busca na literatura; 4) Categorização de dados; 5) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) Interpretação, discussão, síntese e apresentação dos resultados encontrados¹⁶.

Para a construção da pergunta norteadora e seleção dos descritores para busca de melhores evidências sobre a temática, utilizou-se a estratégia PCO (Population, Context e Outcome - respectivamente em português: População - Contexto - Resultado)(16) (Quadro 1).

A pesquisa foi realizada entre janeiro e junho de 2021 nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine(PubMed), Embase, Cochrane Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature(CINAHL) e PsycINFO. Esta revisão seguiu a recomendação do Preferred Reporting Items for Systematic Review - PRISMA-SCR (2018)¹⁷. Foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "OR" para se obter o maior número de artigos acerca da temática.

Foram adotados como critérios de inclusão, os artigos com textos primários disponíveis na íntegra, nos idiomas

Figura 1-PRISMA. São Paulo, Brasil, 2021.



Fonte: autoras do estudo, 2021.

português, inglês ou espanhol, que abrangesse profissionais da área da saúde na condição de segunda vítima, a existência de um suporte formal de acolhimento para esses profissionais e os impactos dos programas na instituição. O recorte temporal foi entre 2000 a junho de 2021, a partir da primeira definição de segunda vítima. Como critérios de exclusão, foram eliminados estudos que não abordassem programas formais de suporte às segundas vítimas, e estudos não encontrados na íntegra.

A busca foi realizada por dois pesquisadores independentes, sendo necessário um terceiro revisor para resolver as divergências acerca da inclusão dos estudos primários e estabelecer consenso em relação às produções selecionadas.

Com a definição da amostra, elaborou-se um banco de dados. Após a primeira seleção, realizou-se a leitura para avaliação crítica e interpretação dos resultados, que foram agrupados e categorizados. Os resultados foram analisados e interpretados de forma descritiva.

RESULTADOS

Com o processo de busca dos artigos, resultou em 748 publicações com 69 duplicadas. Destas 688 publicações (PubMed: 488; CINAHL: 82; EMBASE: 129; PsycINFO: 30; Cochrane Library: 15; LILACS: quatro), 630 artigos foram excluídos por não responder à pergunta de pesquisa. Foram pré-selecionados 38 artigos para leitura na íntegra, 28 foram excluídos por saírem do tema, quatro duplicados em mais de uma base, e três excluídos por se tratar de artigos não originais. Resultando no total de oito artigos selecionados, como demonstra o fluxograma PRISMA na figura 1.

Os artigos selecionados foram publicados de 2015 a 2021, apresentados na tabela abaixo (Quadro 2). Quanto às

Quadro 2. Classificação dos Artigos selecionados com base em Ano, Identificação e Título, Periódico, Origem e Autores. São Paulo, Brasil, 2021.

Ano	Título do estudo	Periódico	Origem	Autores
2015	A1 - Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events.	Journal of Healthcare Risk Management..	EUA	White, A et al.
2016	A2 -The experiences of risk managers in providing emotional support for health care workers after adverse events.	Journal of Healthcare Risk Management..	EUA	Edrees, H. et al.
2016	A3 -Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program.	Journal of Healthcare Risk Management..	EUA	Trent, M. et al.
2017	A4 - Do Hospitals Support Second Victims? Collective Insights From Patient Safety Leaders in Maryland.	The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety	EUA	Edrees, H et al.
2020	A5 - Second Victim Support: Nurses' Perspectives of Organizational Support After an Adverse Event.	JONA The Journal of Nursing Administration	EUA	Stone, M
2020	A6 - Design and Impact of a Novel Surgery-Specific Second Victim Peer Support Program.	Journal of the American College of Surgeons	EUA	El Hechi MW et al.
2021	A7 - Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey.	Journal of Nursing Management	EUA.	Finney, RE, et al.
2021	A8 - The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism.	Journal of Patient Safety	EUA	Burlison JD. et al.

Fonte: autoras do estudo, 2021.

metodologias observam-se os métodos qualitativos (75%) e mistos (25%). Em relação a população alvo, três (37,5%) abordam gestores de risco e segurança, três (37,5%) os profissionais que foram atendidos por programas de suporte e dois (25%) profissionais relacionados a cuidados diretos com pacientes e que poderiam ou não estar na condição de segunda vítima. Os artigos selecionados na fase final para a revisão estão evidenciados no quadro 3, conforme

identificação do Quadro 2.

DISCUSSÃO

A carga emocional do profissional que se encontra na condição de segunda vítima após eventos adversos pode trazer grandes prejuízos emocionais que podem se perpetuar por toda sua vida pessoal e profissional. Um dos estudos evidencia uma efetividade baixa do programa, possivelmente relaciona-

Quadro 3: Apresentação da caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa mediante: Nome, Ano, País, Objetivo, Público-Alvo, Abordagem, Programas, Resultados e Fragilidades. São Paulo, Brasil, 2021.

Identificação	Objetivo	Público alvo	Abordagem	Programa, ou intervenção	Principais resultados do programa
A1	Descrever as percepções dos gerentes de risco sobre as características de programas de suporte à SV.	575 Gerentes de Risco membros da American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM).	O questionário foi elaborado com base nas informações de entrevistas semiestruturadas com cinco especialistas e administrado no REDCAP.	Programa de Assistência ao Empregado (EAP); Gestores de risco; Equipe de assistência pastoral; Setor de Recursos humanos; Provedores de suporte clínico; Assistentes sociais; Pares de suporte; Grupos de apoio;	A maioria percebeu que seu programa era um pouco eficaz na identificação de profissionais em sofrimento emocional após envolvimento em um EA. E foi pouco eficaz no fornecimento de suporte e em ajudar a equipe a retornar ao trabalho.
A2	Examinar as relações entre a SV e o papel do suporte organizacional, considerando a aflição relacionada às intenções de rotatividade e absenteísmo.	579 Gerentes de risco, membros da ASHRM.	Levantamento transversal através de uma pesquisa confidencial na web enviada e administrada no REDCAP.	EAP, seguido pelo suporte do departamento de gestão de risco.	A maioria relatou que o programa foi muito eficaz no apoio aos profissionais, e que forneceram pessoalmente apoio emocional aos profissionais envolvidos em EA.
A3	Avaliar experiências traumáticas de SV, adversidade, o impacto dessas experiências, os modelos de suporte.	20 médicos (equipe e residentes) que utilizaram o programa.	Estudo qualitativo com entrevistas em grupos focais.	A maioria dos hospitais respondentes, ofereciam serviços de EAP aos seus funcionários, mas havia lacunas nos serviços fornecidos.	Identificaram a necessidade de apoio de pares, ambos para a SV e potencialmente para os indivíduos que fornecem esse apoio.
A4	Descrever até que ponto o apoio organizacional à SV é percebido como desejável pelos representantes de segurança do paciente, e identificar e descrever os programas existentes.	46 supervisores da segurança do paciente dos hospitais de cuidados intensivos em Maryland.	Entrevistas semiestruturadas com análise qualitativa via e-mail e telefone.	Equipe Debriefing Imediato CISM - Equipe de suporte Crítico Incidência de Estresse/ COPE - (Gestão de Incidente de Estresse Crítico) RISE - Resiliência em Eventos Estressantes) Equipe de suporte do Ambulatório de Psiquiatria	A comunicação do EA precisa ser de maneira confidencial e oportuna, de preferência com um colega; a educação preventiva em relação à gestão de riscos e o processo legal são úteis, e necessidade de apoio adicional à experiência específica de uma reclamação da diretoria. É recomendável incorporar educação proativa para, particularmente em processos legais, e o papel programa de apoio é importante para o impacto positivo e comunicação.

A5	Descrever experiências de enfermeiras com suporte organizacional após um EA.	12 enfermeiros	Estudo de desenho descritivo qualitativo. Amostragem de bola de neve foi incorporada no final de cada entrevista.	EAP, código de lavanda, serviços de capelação, aconselhamento e coaching, apoios informais como: o apoio dos pares, discussões e debriefings.	Os participantes queriam o apoio de liderança e a organização geral mais cedo porque isso teria sido extremamente benéfico em "ultrapassar o EA".
A6	Criar e avaliar um programa de atendimento aos pares aos cirurgiões e residentes na condição de SV.	47 atendentes cirurgiões e estagiários;	Participação no programa como apoiadores ou profissionais assistidos. O impacto foi avaliado após 1 ano através do número de intervenções realizadas e feedback anônimo recebido dos participantes.	O projeto foi realizado em 5 etapas: criação de uma estrutura conceitual, escolha de apoiadores de pares, treinamento, identificação sistemática de EA importantes e desenho de um plano de intervenção sistemático.	A maioria expressou satisfação com a confidencialidade, o ambiente seguro / de confiança que o programa fornece, e a oportunidade da intervenção. E um impacto positivo na cultura do departamento, com aumento da consciência da necessidade de apoiar os colegas que passam por situações difíceis.
A7	Determinar a prevalência e tipos de experiência como SV; explorar os tipos de suporte usado ou mais desejado; e identificar fatores de risco.	115 enfermeiras	Aplicação da Ferramenta de Apoio e Experiência de Segunda Vítima para avaliar sintomas relacionados e recursos de apoio atuais e desejados na instituição.	Conversas com pares ou com supervisores / gerentes, a família, religioso ou terapeuta particular Revisão de sistemas. Membros do comitê de segurança/qualidade do paciente.	As SV experimentaram: sofrimento psicológico, intenções de rotatividade, diminuíram a auto eficácia e consideraram que o apoio institucional era fraco. O suporte dos pares foi a forma de suporte mais desejada.
A8	Examinar as relações entre a segunda vítima - aflição relacionada, intenções de rotatividade e absenteísmo enquanto considerando o papel do suporte organizacional.	155 enfermeiras diretamente envolvidas no atendimento ao paciente	Pesquisa transversal de autorrelato utilizada a Ferramenta de Apoio e Experiência da Segunda Vítima – SVEST	O suporte organizacional foi avaliado pelo nível percebido de apoio recebido dos colegas, supervisores e da instituição em geral.	O suporte pode melhorar o sofrimento, reduzir o desejo de parar de trabalhar ou tirar uma folga do trabalho. Para a relação de intenções de rotatividade de angústia, o apoio organizacional e o apoio do colega contribuíram igualmente; para a relação angústia-absenteísmo, o colega de trabalho foi o contribuidor mais forte.

Fonte: autoras do estudo, 2021.

do a forma estrutural, pois há uma deficiência em identificar os profissionais nessa condição¹⁸.

Outros demonstram bons resultados, muitas instituições de saúde têm

investido em apoio aos serviços, porém há uma percepção dos gestores de subutilização. Há evidência de queda na incidência de profissionais que desejam parar de trabalhar e/ ou absenteísmo em um trabalho utilizando a Ferramenta de Apoio e Experiência da Segunda Vítima – SVEST^{18, 19,25}. Esse instrumento pode auxiliar no diagnóstico das características das SV de uma

teísmo em um trabalho utilizando a Ferramenta de Apoio e Experiência da Segunda Vítima – SVEST^{18, 19,25}. Esse instrumento pode auxiliar no diagnóstico das características das SV de uma

instituição e auxiliar na implantação de um programa que atenda de maneira adequada os profissionais de todas as categorias e nortear os gestores a como lidar com esses indivíduos²⁵.

Essa divergência de percepções possivelmente está relacionada ao medo de exposição do profissional perante seus gestores e colegas, baixa confidencialidade dos programas, de serem julgados negativamente; afastamento do trabalho; a crença de que o apoio não será eficaz; e preocupação que o suporte seria colocado no histórico, além do receio em lidar com o paciente e seus familiares e de possíveis litígios.¹⁸⁻²².

O custo e o tempo fora do horário de trabalho que necessitaria ser dispensado para a intervenção foram citados como um fator que pudesse dificultar a procura e permanência do profissional no programa^{21,22}.

Ainda há ausência de avaliação da eficácia dos serviços. Falta relacionadas à oportunidade, capacidade da equipe de se relacionar com provedores clínicos e acessibilidade física.²⁰ A intervenção aos pares demonstra ser a mais efetiva na recuperação do profissional e nos estudos envolvendo profissionais que estiveram na condição de SV. O treinamento permanente e a disponibilização de profissionais para assistência imediata à segunda vítima pode ser um fator importante para que esse recorra ao atendimento, além de demonstrar uma melhor eficácia da intervenção²³.

Os programas demonstram o déficit existente em identificar os profissionais em condição de SV e fornecer o suporte adequado, seja ele por falta de programa que atendam todas as demandas, ou ainda a falta de manejo e a necessidade de aperfeiçoamento nos existentes. Ainda, há ausência de resultados que indicam quais as melhores formas de suporte e como podemos efetivamente desenvolver suas atuações no âmbito profissional. Faz-se im-



Ainda há ausência de avaliação da eficácia dos serviços. Falta relacionadas à oportunidade, capacidade da equipe de se relacionar com provedores clínicos e acessibilidade física.²⁰ A intervenção aos pares demonstra ser a mais efetiva na recuperação do profissional e nos estudos envolvendo profissionais que estiveram na condição de SV



perativo aplicar um suporte que atenda às necessidades dos profissionais em condições de SV e o acompanhamento de seus resultados a curto e longo prazo nos indicadores de satisfação e desempenho profissional.

Levando em consideração que a SV é o profissional que passa por sofrimento físico e ou psíquico, e no impacto que a pandemia causada pela COVID-19 trouxe para os profissionais de saúde no Brasil devido ao seu adoecimento, seja ele pelas inadequadas condições de trabalho pré existentes e agravadas pela pandemia, ou pelo aumento do número de óbitos intra hospitalar^{26,27}, observa-se a falta de estudos nacionais acerca do tema abordado e a fragilidade presente nos suportes apresentados pelos estudos acima.

CONCLUSÃO

Apesar da presença de estudos que evidenciam a efetividade de alguns programas de suporte às segundas vítimas, ainda há uma lacuna para elucidar quais os tipos seriam mais adequados. Um apropriado diagnóstico de como os profissionais da instituição reagem perante a um evento adverso, além da divulgação clara e permanente dos programas, que estimula a busca pelos serviços de apoio, assim estudos posteriores poderiam evidenciar os impactos dessas intervenções. O uso de ferramentas validadas são de extrema importância para auxiliar nesse processo. As limitações do presente estudo foram a dificuldade em encontrar artigos nacionais que sobre o tema e estudos que descrevessem o impacto dos suportes oferecidos aos profissionais nas instituições, como por exemplo o absenteísmo, realização de processos assistenciais e eventos adversos, que impactam diretamente no ambiente de trabalho, na qualidade e segurança destes serviços. 🐦

Referências

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of HealthCare in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. [Washington]. Edited by Linda T. Kohn et. al., National Academies Press (US), 2000. doi:10.17226/9728.
2. Reason, J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; mar; 320:768. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768.
3. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, Turunen H, Tella S. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 30;17(13):4717. doi: 10.3390/ijerph17134717. PMID: 32630041; PMCID: PMC7369881.
4. Ullström S, Andreen SM, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014 Apr;23(4):325-31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035. Epub 2013 Nov 15. PMID: 24239992; PMCID: PMC3963543
5. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320:726-727. 2.
6. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Scott SD, Conway J, Sermeus W, Vanhaecht K. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013 Jun;36(2):135-62. doi: 10.1177/0163278712458918. Epub 2012 Sep 12. PMID: 22976126.
7. Tartaglia, Alexandro e Matos, Marcos Antonio Almeida Second victim: after all, what is this?. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2020, v. 18 [Acessoado 14 Setembro 2021], eED5619. Disponível em: <https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5619>. Epub 15 Maio 2020. ISSN 2317-6385. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5619.
8. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009 Jun;18:325-30.
9. Chan ST, Khong BPC, Pei Lin Tan L, He H-G, Wang W. Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2017 Jul;20(2):165-72.
10. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016 Aug;42(8):377-86. doi: 10.1016/s1553-7250(16)42053-2. PMID: 27456420; PMCID: PMC5333492.
11. Denham, C. R. (2007). TRUST: the 5 rights of the second victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 107-119.
12. Hall, L. W., & Scott, S. D. (2012). The second victim of adverse health care events. *Nursing Clinics*, 47(3), 383-393.
13. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Communication of Critical Test Results*. 2010
14. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016 Set;6(9):e011708. [cited: 24 ago 2021]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27694486>.
15. Scott SD, McCoig MM. Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience. *J of Healthcare Risk Mgmt*. 2016
16. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 9th ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al.. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation [online]. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467-473. [cited: 14 ago 2021] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/> doi: 10.7326/M18-0850. Epub 2018 A 4. PMID: 30178033.
18. White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW, Shannon S, Gallagher TH. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Health Risk Manag*. 2015;34(4):30-40. doi: 10.1002/jhrm.21169. PMID: 25891288; PMCID: PMC4659700.
19. Edrees H, Brock DM, Wu AW, McCotter PI, Hofeldt R, Shannon SE, Gallagher TH, White AA. The experiences of risk managers in providing emotional support for health care workers after adverse events. *J Health Risk Manag*. 2016 Apr;35(4):14-21. doi: 10.1002/jhrm.21219. PMID: 27088771.
20. Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegefeld W, Havens L. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. *J Health Risk Manag*. 2016 Aug;36(2):27-34. doi: 10.1002/jhrm.21239. PMID: 27547876.
21. Edrees HH, Morlock L, Wu AW. Do Hospitals Support Second Victims? Collective Insights From Patient Safety Leaders in Maryland. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2017 Sep;43(9):471-483. doi: 10.1016/j.jcjq.2017.01.008. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28844233.
22. Stone M. Second Victim Support: Nurses' Perspectives of Organizational Support After an Adverse Event. *J Nurs Adm*. 2020 Oct;50(10):521-525. doi: 10.1097/NNA.0000000000000928. PMID: 32925663.
23. El Hechi MW, Bohnen JD, Westfal M, Han K, Cauley C, Wright C, Schulz J, Mort E, Ferris T, Lillemoe KD, Kaafarani HM. Design and Impact of a Novel Surgery-Specific Second Victim Peer Support Program. *J Am Coll Surg*. 2020 Jun;230(6):926-933. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2019.10.015. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31857209.
24. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Allyse MA, Rivera-Chiauzzi EY. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: A Second Victim Experience and Support Tool Survey. *J Nurs Manag*. 2021 May;29(4):642-652. doi: 10.1111/jonm.13198. Epub 2020 Nov 18. PMID: 33113207; PMCID: PMC8079544.
25. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism. *J Patient Saf*. 2021 Apr 1;17(3):195-199. doi: 10.1097/PTS.0000000000000301. PMID: 27811593; PMCID: PMC5413437.
26. Bohomol E, Silva LMG, Siqueira LD, Velhote MCP, Fogliano RRF. Profissional de saúde: Segunda vítima da pandemia COVID-19. *Enferm. Foco* 2020; 11 (1) Especial: 84-91. Doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3632
27. Neto FRGX, Machado MH, Freire NP, Silva MCN, Santos BMP, Wermelinger MCMW. Denúncias da enfermagem brasileira sobre a exposição a riscos laborais durante a pandemia de COVID-19. *Revista Nursing*, 2021; 24 (280): 6191-6194. Doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i280p6191-6198>