

Artigo de Revisão de Literatura

Profissionais de saúde como segundas vítimas após eventos adversos: revisão da literatura

Healthcare professionals as second victims after adverse events: a literature review

Ana Melo^{1*}, Ana Santos², Cláudia Dias³, Elizabete Simões⁴, Marta Canais⁵, Isabel Lucas⁶, Leila Sales⁶

¹ Hospital Garcia de Orta, Almada. apaula.melop@gmail.com

² Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa. anasantos9279@esscvp.eu

³ Malliá Clinic, Lisboa. claudiadidas9285@esscvp.eu

⁴ Centro Hospitalar do Oeste, Torres Vedras. elizabetesimoes9298@esscvp.eu

⁵ Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Barreiro. martacanais9272@esscvp.eu

⁶ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. ilucas@esscvp.eu, lsales@esscvp.eu

Os profissionais de saúde podem vivenciar sofrimento e culpa após um evento adverso, tornando-se segundas vítimas. Para promover uma recuperação saudável é essencial assegurar um suporte adequado e eficaz. Este estudo tem como objetivo identificar os facilitadores e barreiras na implementação de intervenções de apoio a profissionais de saúde na condição de segunda vítima. Trata-se de uma revisão da literatura baseada na estratégia PCC, realizada com 28 artigos pesquisados nas bases de dados PubMed, MEDLINE e CINAHL no mês de janeiro de 2025. Os resultados evidenciam que os principais facilitadores no suporte à segunda vítima incluem uma forte cultura de segurança organizacional, sistemas de notificação anónimos, programas de apoio estruturados, suporte entre equipas de trabalho e educação contínua em resiliência e comunicação. No entanto, várias barreiras prejudicam a implementação dessas intervenções, como uma cultura predominante de punição, medo de ações legais e insuficiente conhecimento sobre os programas disponíveis. Apesar da existência de estudos que apontam os benefícios no apoio a segundas vítimas, existem ainda organizações que apresentam dificuldade em reconhecer que é essencial promover ambientes de trabalho que priorizem o suporte psicológico e a formação contínua das equipas de suporte.

Healthcare professionals can experience suffering and guilt after an adverse event, becoming second victims. Ensuring adequate and effective support is essential to promoting a healthy recovery. This study aims to identify the facilitators

and barriers to implementing interventions to support healthcare professionals in second victim situations. This is a literature review based on the PCC strategy, conducted with 28 articles searched in the PubMed, MEDLINE, and CINAHL databases in January 2025. The results show that the main facilitators in supporting second victims include a strong organizational safety culture, anonymous reporting systems, structured support programs, peer support, and ongoing education in resilience and communication. However, several barriers hinder the implementation of these interventions, such as a prevailing culture of punishment, fear of legal action, and insufficient knowledge about available programs. Despite studies highlighting the benefits of supporting second victims, some organizations still struggle to recognize the importance of fostering work environments that prioritize psychological support and ongoing training for support teams.

PALAVRAS-CHAVE: *Segundas vítimas; eventos adversos; impacto emocional; sofrimento psicológico; intervenções de apoio; cultura de segurança; profissionais de saúde.*

KEY WORDS: *Second victims; adverse events; emotional impact; psychological suffering; support interventions; safety culture; health professionals.*

Submetido em 24.04.2025; Aceite em 21.07.2025; Publicado em 26.11.2025.

* **Correspondência:** Ana Melo
Email: apaula.melop@gmail.com

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde são contextos complexos e desafiantes para os profissionais que as integram. Devido a esta complexidade a probabilidade de ocorrência de falhas, designadas por eventos adversos, podem resultar em consequências para o doente¹. Um evento adverso é definido como um incidente inesperado e não intencional que pode resultar em danos para o doente, com possibilidade de incapacidade temporária ou permanente².

Apesar de se desejar que os cuidados de saúde sejam completamente isentos de risco, a realidade é que isso não acontece³. Estima-se que aproximadamente 1 em cada 10 doentes sofra lesões evitáveis durante o internamento¹.

Quando o doente é acidentalmente prejudicado, podem ocorrer consequências traumáticas não só

para o doente, como também para os profissionais de saúde envolvidos, podendo não recuperar totalmente⁴. Alguns estudos revelam que, muitas vezes, profissionais experientes envolvidos em eventos adversos, se defrontam perante condições clínicas complexas, gestão inadequada de processos e padrões de comunicação deficientes⁵. Outros estudos apontam que os erros de medicação ocorrem independentemente da experiência do profissional e afetam tanto recém-formados, como profissionais mais experientes³. Com frequência, os eventos adversos são abordados com o foco no profissional envolvido, em vez de ser analisado o processo que deu origem à falha⁶.

Dado o impacto negativo dos eventos adversos no bem-estar dos profissionais de saúde, o fácil acesso ao apoio psicológico é crucial. Neste sentido, surge a necessidade de as instituições de saúde apoiarem estes profissionais, propondo a formalização dos

direitos das segundas vítimas, de modo a garantir uma resposta institucional imediata e a criação de programas de apoio específicos⁵.

Este contexto enfatiza a necessidade de implementar medidas de apoio aos profissionais de saúde afetados por eventos adversos, destacando que, para serem eficazes, essas intervenções devem ser adequadas e disponibilizadas pelas organizações. Neste sentido, torna-se essencial analisar os facilitadores e as barreiras envolvidos na sua implementação, garantindo que as estratégias adotadas realmente contribuam para superar os desafios enfrentados por esses profissionais.

Assim, o objetivo desta revisão é identificar os facilitadores e barreiras na implementação de intervenções de apoio a profissionais de saúde na condição de segunda vítima. Por conseguinte, foi definida a questão de partida: Quais os facilitadores e as barreiras para as intervenções de apoio a profissionais de saúde na condição de segunda vítima na prestação de cuidados?

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL Complete (via EBSCOhost), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - MEDLINE Complete (via EBSCOhost) e PubMed, durante o mês de janeiro de 2025. Foi também realizada pesquisa em sites relevantes e nas listas de referências dos estudos, para identificar outros artigos. A estratégia de pesquisa utilizada incluiu termos do *Medical Subject Headings* e palavras-chave de texto livre que podem ser consultadas na Tabela 1.

Os critérios de inclusão e exclusão definidos na estrutura População, Conceito, Contexto (PCC) foram os seguintes:

População: profissionais de saúde. Excluídos estudantes, estagiários e residentes. Conceito:

fatores facilitadores e barreiras para a implementação de intervenções em organizações de saúde, quer de forma individual, quer integradas em programas específicos. Contexto: diversos contextos de prestação de cuidados de saúde (por exemplo, cuidados de saúde primários, serviços de urgência, internamento, serviços de ambulatório, instituições de longa duração) em países de alta, média e baixa renda.

Considerados estudos em português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos 10 anos (para maior relevância). Excluídos editoriais, comentários, resumos e apresentações orais.

A estratégia de pesquisa compreendeu duas etapas. Uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE e Google Scholar, seguida de uma análise das palavras mais utilizadas nos títulos e resumos, e os descritores utilizados nas publicações identificadas. Com base nesta análise, as palavras-chave e os termos em inglês foram resumidos num quadro, respeitando-se a estratégia PCC. Na segunda etapa, foram realizadas pesquisas limitadas a três bases de dados, utilizando as palavras-chave identificadas na etapa anterior. A pesquisa foi realizada por dois investigadores de forma independente.

Após a pesquisa com base na estratégia apresentada, todos os resultados foram agrupados e carregados no *software* Mendeley Reference Manager 2.129.0 e removidos os duplicados. Foi construída uma tabela em Excel para validação dos critérios de inclusão previamente definidos pelos revisores. Excluíram-se os registos não disponíveis em acesso livre e em formato de apresentação oral, em idioma não elegível e com população inelegível. Procedeu-se depois à leitura na íntegra dos estudos elegíveis, para validação completa dos critérios pré-estabelecidos.

No total, foram recuperados 39 registos das três bases de dados e 6 estudos adicionais, obtidos a

partir das listas de referências dos artigos incluídos e de sites. Após a triagem, excluíram-se 17 estudos. Os restantes 28 responderam aos critérios de elegibilidade. Detalhes sobre o processo de recolha, triagem e motivos de exclusão estão apresentados no fluxograma adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) conforme se apresenta na Figura 1.

Os artigos foram publicados entre 2013 e 2024 em quinze países e 57% são muito recentes (2022 a 2024), conforme se observa na Figura 2.

FENÓMENO DA SEGUNDA VÍTIMA

Os profissionais de saúde são frequentemente expostos a eventos adversos que podem desencadear emoções negativas como culpa, fadiga, ansiedade e insegurança. A maioria expressa sentimentos de ser uma segunda vítima¹⁹.

Em meados da década de 1980, surgiram estudos que relatam como os profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos vivenciavam experiências traumáticas. Estas foram marcadas por sofrimento, sentimentos de culpa e incerteza relacionados com a competência clínica, face às vítimas diretas dos seus erros⁵.

Posteriormente, no ano 2000, Albert Wu⁷ utilizou pela primeira vez o termo “Segunda Vítima”. O termo consensual foi definido como ‘qualquer profissional de saúde que esteja direta ou indiretamente envolvido num evento adverso, ou num incidente imprevisto não intencional, ou numa situação em que um doente sofreu dano, e que se torna uma vítima na medida em que sofre um impacto negativo decorrente dessa experiência’^{8(p.6)}.

Estudos sugerem que entre 60% a 92% dos profissionais de saúde tornam-se segundas vítimas

ao longo da sua carreira¹. Os profissionais geralmente passam por um processo de recuperação, que pode ser dividido em seis fases: 1ª - Caos e identificação de erros (confusão e pensamentos desorganizados, necessitando da intervenção de colegas para gerir o incidente); 2ª - Reflexões intrusivas/auto reflexão (revive o evento repetidamente, com sentimentos de culpa e isolamento); 3ª - Restauração da integridade pessoal (procura apoio em familiares, amigos ou colegas, dependendo da cultura organizacional e do suporte recebido); 4ª - Inquirição (preocupa-se com as repercussões legais, como o impacto na licença profissional ou possíveis litígios); 5ª - Procura emocional (recorre ao núcleo familiar ou amigos para apoio emocional); 6ª - Resultado do processo (opta por abandonar a profissão, continuar na prática com traumas ou usar a experiência para ajudar outros e crescer profissionalmente)³⁻⁵.

As evidências indicam que nem todos os profissionais de saúde que lidam com eventos adversos se vão sentir segundas vítimas e que não são exclusivamente os eventos adversos que levam à sintomatologia de segunda vítima, podendo estar também em causa ações de acusação de colegas, reclamações e litígio^{17,23}. Esta condição não só compromete o bem-estar dos profissionais afetados, como também tem um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos doentes, podendo resultar em omissões ou atraso nos cuidados⁹.

As consequências das experiências vividas pelas segundas vítimas não se limitam apenas às ações desses profissionais de saúde. Estas podem desencadear uma reação em cadeia que pode afetar toda a organização, conduzindo a situações como absentismo, *turnover* e abandono da profissão²⁹. Tal situação pode comprometer a satisfação dos doentes, afetando a reputação da instituição, aumentando as más práticas e, em última análise,

conduzindo ao desperdício de recursos económicos^{10,27}.

Após a análise dos artigos, pode verificar-se uma diversidade de fatores facilitadores e barreiras que estão diretamente relacionados com as estratégias de apoio a profissionais como segundas vítimas.

FACILITADORES PARA AS INTERVENÇÕES

Os principais facilitadores identificados abordam várias áreas e são essenciais tanto para mitigar os efeitos dos eventos adversos, como para promover o bem-estar dos profissionais de saúde (Tabela 2).

Um dos facilitadores mais destacado na literatura está relacionado com o apoio social e estratégias de *coping* em que o suporte dos pares, gestores e familiares é fundamental para ajudar os profissionais a lidar com o trauma e promover o crescimento pós-traumático^{3,9-13}. Este apoio deve ser imediato, dado que intervenções precoces podem ajudar a reduzir a duração dos sintomas e a prevenir o desenvolvimento de condições mais graves, como a perturbação de *stress* pós-traumático^{14,15}.

A implementação de programas de apoio como o *forYOU* e o *RISE* demonstra uma preocupação com o bem-estar dos profissionais de saúde, proporcionando suporte psicológico. Estes programas podem mitigar os efeitos negativos dos eventos adversos nos profissionais^{3,11,15,16}.

As estratégias de *coping* positivas, como a resolução de problemas, a reflexão proativa sobre o incidente e a resiliência, facilitam o processo de lidar com o trauma e ajudam os profissionais a reinterpretar a experiência de forma construtiva^{10,11,16-18}.

As práticas de *mindfulness* e meditação podem ajudar a manter a estabilidade emocional e a

concentração, reduzindo o impacto do *stress* após eventos adversos¹⁸. O acesso a apoio psicológico, formal e informal, por parte de elementos da equipa ajudam no processo de recuperação do profissional auxiliando os profissionais a enfrentar os efeitos emocionais dos eventos adversos^{9,14-17,19-21}. Quase metade dos participantes relatou receber apoio da equipa após um evento. A empatia e apoio mútuo podem ajudar a normalizar as respostas emocionais às complicações e a reduzir o estigma associado ao erro, sendo uma mudança cultural¹⁸.

Outro facilitador identificado foi a necessidade de existir formação adequada, sendo que a capacitação pode melhorar a comunicação assertiva e reduzir o medo de consequências legais. A maioria dos profissionais expressou o desejo de receber formação sobre como enfrentar as consequências dos eventos adversos^{12-14,18,19,22-24}.

A existência de uma rede de apoio institucional é fundamental para que o profissional se sinta protegido dentro da sua instituição^{14,18,21-24}. O desenvolvimento de discussões abertas sobre a temática, envolvimento e complicações, evidenciam benefícios. Na mesma lógica, as organizações devem assim promover uma cultura organizacional de aprendizagem em que o que é valorizado são as aprendizagens retiradas do pós-incidente, ao invés de culpabilizar os profissionais envolvidos. A transparência e a comunicação aberta sobre os eventos adversos ajudam profissionais e organizações a aprender com o erro^{3,11,25}.

Outro facilitador referido diz respeito às práticas de comunicação transparente. A comunicação aberta e honesta com os doentes e famílias sobre os erros e as suas complicações, pode ter um efeito terapêutico para ambos. A formação em comunicação nestas situações é muito importante, assim como o protocolo de atuação nestes casos^{3,9,11,14,19,21,26}.

A atmosfera que se vive nas organizações tem um papel preponderante no processo de recuperação das segundas vítimas, uma vez que organizações com culturas de qualidade e segurança do doente têm uma discussão ativa e sistemas de notificação relacionados com eventos adversos^{11,17,24}.

A criação de sistemas de notificação anónimos, complementados com uma cultura de abertura, podem encorajar os profissionais a relatar incidentes sem medo de represálias, facilitando a aprendizagem e a prevenção de recorrências^{3,19,21,27,28}. Uma cultura de não punição pode encorajar os profissionais a discutir os incidentes abertamente, facilitando a recuperação emocional e quebrando o ciclo vicioso do erro^{14,21,29}. Como tal, é fundamental criar ambientes de trabalho que promovam o apoio social, estratégias de *coping* positivas e uma cultura organizacional que valorize a aprendizagem com os erros¹¹.

As estratégias de apoio a profissionais envolvidos em eventos adversos podem ser classificadas como proativas ou reativas. O apoio proativo (antes do evento) tem um propósito preventivo e inclui seminários, ações de sensibilização, formação, kits de ferramentas e estratégias de *coping*. O apoio reativo (após o evento) geralmente ocorre através de programas de suporte entre pares, em que indivíduos ou equipas são mobilizados em resposta a uma situação específica ou a um pedido de ajuda^{24,27}.

Vanhaecht et al., destacam a necessidade de uma abordagem mais proativa por parte das organizações para apoiar os profissionais de saúde que sofrem o impacto dos incidentes de segurança do doente¹⁴.

Guerra et al., definiram cinco domínios chave para a implementação destes programas, baseados no acrónimo inglês OPERA - fatores organizacionais, pessoas, ambiente, recomendações e atributos,

referindo o apoio da liderança, a divulgação por toda a instituição e a existência de reuniões regulares como cruciais para a implementação e sustentabilidade dos mesmos²⁸.

Em 2006, nos Estados Unidos da América, foi implementado o primeiro programa de apoio a profissionais de saúde após eventos adversos e, desde então, tem havido um crescimento gradual na criação de iniciativas semelhantes.

No entanto, este fenómeno continua a ser um problema que carece de maior atenção e formação específica por parte das organizações. Falta ainda formação direcionada em ações preventivas e investigação que identifique os elementos essenciais para a implementação de programas de sucesso^{28,33}. Perante isto, torna-se premente promover aspetos facilitadores como uma cultura que valorize a aprendizagem e comunicação aberta, bem como a formação em estratégias de *coping* e a capacitação dos gestores.

Entre os programas descritos na literatura destaca-se o "*Buddy Study*", desenvolvido na Dinamarca, que se distingue pelas suas particularidades inovadoras. Este programa permite que cada profissional escolha o seu próprio "amigo" dentro da equipa, o que fortalece os laços de confiança e promove uma colaboração mais eficaz. Os "amigos" são remunerados quando o programa é ativado, enfatizando que a responsabilidade pelo suporte cabe à organização e não aos profissionais individualmente. Os encontros entre profissionais ocorrem fora do horário de trabalho, para garantir um ambiente adequado, assegurar a privacidade e espaço para a troca de experiências. Todos os profissionais passam por um seminário de duas horas sobre o fenómeno da segunda vítima, sensibilizando-os para a importância do apoio mútuo.

A implementação deste programa tem promovido um ambiente mais acolhedor e solidário entre os profissionais após a ocorrência de eventos adversos³⁰.

Em Espanha, a experiência de dois anos de estratégia de intervenção, baseada no modelo “forYOU”, de suporte à segunda vítima, revelou que esta abordagem melhorou o número de profissionais apoiados pela equipa treinada e ajudou a fomentar a cultura de segurança no ambiente hospitalar²².

Pela análise dos estudos, constatou-se que nos últimos dez anos o interesse e preocupação sobre esta problemática tornou-se exponencial, especialmente após a pandemia Covid-19. Apesar do crescente interesse internacional, em Portugal, a investigação é escassa, o que revela uma lacuna com impacto na prática clínica, e reforça a necessidade de aprofundar o conhecimento e a adaptação de programas ao contexto nacional.

BARREIRAS PARA AS INTERVENÇÕES

Embora existam intervenções para mitigar o impacto nos profissionais, após a ocorrência de um evento adverso, a implementação de programas de suporte enfrenta várias barreiras que podem ser de ordem organizacional, cultural e individual (Tabela 2).

Como principal barreira destaca-se a cultura de culpa ou punitiva, onde a responsabilização é focada no profissional em detrimento da análise sistémica dos eventos. Isto ocasiona o medo e o estigma que dificultam o reporte e o acesso ao apoio em saúde mental por parte destes profissionais. Além disso, muitas instituições não oferecem suporte adequado, pois não têm programas estruturados para apoiar os afetados^{3,10–20,25,31–33}.

O receio das repercussões legais e do estigma também orienta contra a adesão aos programas de apoio. Os profissionais têm receio de que o relato de um evento adverso resulte em litígio, danos à sua carreira ou reputação^{3,16,18,19,24,27}. Em decorrência, muitos envolvidos adotam estratégias de *coping* disfuncionais, como negação e evitação, o que pode culminar no aumento a nível do sofrimento emocional^{11,12}.

A falta de consciencialização e formação está na origem de muitos profissionais de saúde desconhecerem a importância do fenómeno da segunda vítima, bem como da existência de programas de apoio ou o seu conteúdo completo, o que limita a sua utilização e eficácia^{3,14,16,18,22}.

A sobrecarga de trabalho e a escassez de tempo e de recursos constituem barreiras relevantes^{9–16,18,27,34}. A carga assistencial elevada, associada à dificuldade de acesso a apoio psicológico, dificulta a implementação de programas efetivos. Para além disso, existe uma lacuna na formação em competências não técnicas, como habilidades de comunicação ou emocionais, necessárias para enfrentar os desafios relacionados com os eventos adversos¹⁸.

Ao lidar adequadamente com o fenómeno da segunda vítima, as organizações podem desenvolver estratégias que facilitem a aprendizagem. A literatura demonstra que a aprendizagem organizacional pode ser impulsionada por erros graves, quando se discute e se aprende com o erro, enquanto se favorece o apoio e a recuperação dos profissionais. Ao apoiar estes profissionais de saúde a organização cuida do seu recurso mais valioso, o seu capital humano, contribuindo para uma cultura de segurança¹⁶.

Assim, é essencial a implementação de programas de apoio para mitigar os impactos psicológicos sobre os profissionais de saúde, reduzindo os riscos de

burnout, abandono da profissão e comprometimento na prestação de cuidados⁴. Por sua vez, o *burnout* e a perda de empatia que a segunda vítima pode desenvolver são fatores que estão associados ao aumento do risco de ocorrência de futuros eventos adversos¹⁰.

A falta de suporte institucional e recursos limitados origina a que muitos profissionais percebam que o apoio psicológico e emocional oferecido pela instituição é insuficiente ou inadequado, o que desmotiva a procura por ajuda^{3,9-14,16,18-20,26,27,32,34}.

O estigma e as barreiras culturais representam fatores de relevância^{17,27}. Muitos profissionais receiam procurar ajuda por temerem mostrar vulnerabilidade. Este problema é exacerbado pela dificuldade em comunicar com os doentes e com os seus familiares após os eventos adversos, devido a falta de formação e medo de represálias^{3,16,18}.

A ausência de *guidelines* prejudica a eficácia das intervenções, pois, sem estrutura, os programas de suporte tornam-se inconsistentes e pouco avaliáveis^{21,27,33,34}. Além disso, a falta de segurança psicológica no hospital e no seu ambiente, impede os profissionais de exporem o seu problema e aprenderem com os seus erros, sem o medo da punição^{11,17,34}.

Por fim, a resistência organizacional à mudança e a limitação de recursos dificultam a implementação das intervenções. Muitas instituições não respeitam a importância do bem-estar dos profissionais e não destinam financiamento suficiente para as equipas e programas especializados^{11-16,18,27,34}.

Em muitas organizações, ainda prevalece uma cultura de culpabilização, na qual os danos inesperados sofridos pelos doentes são atribuídos a falhas individuais dos profissionais¹⁷. No entanto, atualmente reconhece-se que os incidentes relacionados com os cuidados de saúde e os danos

causados aos doentes, resultam de múltiplos fatores sistémicos e não apenas de ações isoladas dos profissionais. Estes profissionais estão igualmente vulneráveis a serem afetados pelas mesmas causas que comprometem a segurança dos doentes¹⁶.

O propósito de um programa de apoio é assegurar que os prestadores de cuidados recuperem do incidente de forma rápida e eficaz, sendo que um dos princípios essenciais da segurança do doente é evitar a repetição de erros¹⁶. Por outro lado, a existência de programas direcionados para a segunda vítima, por si só, não é sinónimo de adesão por parte dos profissionais^{10,27}. Em alguns casos, as segundas vítimas adotam práticas defensivas, na tentativa de evitar situações semelhantes no futuro. Estas podem incluir, por exemplo, a recusa em realizar determinado exame, mesmo quando clinicamente indicado, por receio de provocar um evento adverso^{11,12,17,18,19,22}.

Embora estas estratégias possam ser compreendidas no contexto do trauma vivido, têm implicações negativas, tanto para a qualidade assistencial – ao comprometerem a tomada de decisão clínica – como para o próprio profissional, perpetuando sentimentos de insegurança, ansiedade e perda de confiança na sua competência^{7,18}.

É necessário priorizar o tema, informar todos os profissionais sobre a existência de apoio e criar um ambiente onde impera uma cultura de justiça. As lideranças das organizações devem comunicar de forma a encorajar a notificação do erro²⁷. A associação entre cultura não punitiva e respostas sem julgamentos a incidentes de segurança do doente é evidente. Este fator é identificado como uma condição essencial para uma comunicação aberta e para a procura de apoio²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão da literatura permitiu destacar a relevância do fenómeno da segunda vítima e os desafios enfrentados para a implementação de estratégias eficazes de apoio aos profissionais afetados. Apesar do reconhecimento crescente da importância desta problemática, ainda persistem barreiras significativas, como a cultura de culpa, a falta de formação específica e o estigma associado à procura de ajuda. Entender corretamente este fenómeno pode ajudar as instituições de saúde a transformar adversidades em aprendizagem e crescimento organizacional.

Em conclusão, é fundamental que as instituições aloquem recursos para fomentar uma cultura de segurança, o que inclui a criação de canais seguros para a notificação de incidentes, a capacitação dos gestores, a formação direcionada e o apoio psicológico aos profissionais envolvidos em eventos adversos. Adicionalmente, destaca-se a necessidade de desenvolver investigação no contexto português, com o objetivo de aprofundar o conhecimento e adaptar programas que considerem as especificidades culturais e organizacionais do país.

É através de um esforço sustentado e ativo que se torna possível promover um ambiente de trabalho mais seguro e favorável para profissionais de saúde e doentes.

REFERÊNCIAS

- Guerra-Paiva S, Mira JJ, Strametz R, et al Application and evaluation of a multimodal training on the second victim phenomenon at the European Researchers' Network Working on Second Victims Training School: mixed methods study. *JMIR Form Res*. 2024;8:e58727.
- Liukka M, Steven A, Moreno MFV, et al. Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4717.
- Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2021;68(4):471–81.
- Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):325–31.
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325–30.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768–70.
- Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 2000;320(7237):726–7.
- Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, et al. An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16869.
- Potura E, Roesner H, Trifunovic-Koenig M, Tsikala P, Klemm V, Strametz R. Second victims among Austrian nurses (SeViD-A2 study). *Healthcare*. 2024;12(20):2061.
- Sedile R, Zizza A, Bastiani L, et al. Understanding the second victim phenomenon among healthcare workers in an Italian hospital. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2024;14(12):3073–86.
- Huang H, Liu T, Peng Y, et al. “Learn from errors”: post-traumatic growth among second victims. *BMC Public Health*. 2024;24(1).
- Li X, Chong MC, Che CC, et al. Barriers and facilitators to coping with second victim experiences: insights from nurses and nurse managers. *J Nurs Manag*. 2024;2024:5523579.
- Marung H, Strametz R, Roesner H, et al. Second victims among German emergency medical services physicians (SeViD-III study). *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):4267.
- Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9(7):e029923.
- White AA, Brock DM, McCotter PI, et al. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthc Risk Manag*. 2015;34(4):30–40.
- Busch IM, Moretti F, Campagna I, et al. Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5080.
- Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):100.

18. Le HD, Wolinska JM, Baertschiger RM, Himidan SA. Complication is inevitable, but suffering is optional: psychological aspects of dealing with complications in surgery. *Eur J Pediatr Surg.* 2023;33:181–90.
19. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims. *Biomedica.* 2022;42(1):184–95.
20. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, et al. Health care professionals as second victims after adverse events. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135–62.
21. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):341.
22. Cobos-Vargas A, Pérez-Pérez P, Núñez-Núñez M, Casado-Fernández E, Bueno-Cavanillas A. Second victim support at the core of severe adverse event investigation. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(24):16850.
23. Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, et al. Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: a second victim experience and support tool survey. *J Nurs Manag.* 2021;29(4):642–652.
24. Wade L, Fitzpatrick E, Williams N, Parker R, Hurley KF. Organizational interventions to support second victims in acute care settings: a scoping study. *J Patient Saf.* 2022;18(1):61–72.
25. Nzaumvila DK, Bongongo T, Govender I, Okeke SO. An evaluation of support to the second victims in Tshwane district health services, South Africa. *South Afr Fam Pract.* 2024;66(1):e1–e5.
26. Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R. Second victims in intensive care—emotional stress and traumatization of intensive care nurses in western Austria after adverse events during the treatment of patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(6):3611.
27. Edrees HH, Wu AW. Does one size fit all? Assessing the need for organizational second victim support programs. *J Patient Saf.* 2021;17(3):e247–e254.
28. Guerra-Paiva S, Lobão MJ, Simões DG, et al. Key factors for effective implementation of healthcare workers support interventions after patient safety incidents in health organisations: a scoping review. *BMJ Open.* 2023;13(12):e076637.
29. Mahat S, Lehmusto H, Rafferty AM, Vehviläinen-Julkunen K, Mikkonen S, Härkänen M. Impact of second victim distress on healthcare professionals’ intent to leave, absenteeism and resilience: a mediation model of organizational support. *J Adv Nurs.* 2024;80(2):123–135.
30. Schrøder K, Bovil T, Jørgensen JS, Abrahamsen C. Evaluation of ‘the Buddy Study’, a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):566.
31. Strametz R, Fendel JC, Koch P, et al. Prevalence of second victims, risk factors, and support strategies among German nurses (SeViD-II survey). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10768.
32. Schrøder K, Janssens A, Hvidt EA. Adverse events as transitional markers—using liminality to understand experiences of second victims. *Soc Sci Med.* 2021;268:113598.
33. Mira J, Carillo I, Tella S, et al. The European Researchers’ Network Working on Second Victim (ERNST) policy statement on the second victim phenomenon for increasing patient safety. *Public Health Rev.* 2024;45:1–15.
34. Guerra-Paiva S, Carrillo I, Mira J, et al. Developing core indicators for evaluating second victim programs: an international consensus approach. *Int J Public Health.* 2024;69:1606275.
35. Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a “second victim” in health care: pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist.* 2016;31:11–19.
36. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n160.

Tabela 1 – Equação de pesquisa aplicada nas diferentes bases de dados

Base de dados	Equação de pesquisa
PubMed	((("Second Victim*" AND ("Support Programs" OR "Coping Skills" OR "Interventions" OR "Assistance") AND ("Health Personnel" OR "Healthcare Workers" OR "Medical Staff" OR "Nurses" OR "Physicians") AND ("Psychological Distress" OR "Psychosocial Impact" OR "Adverse Events" OR "Medical Errors"))
MEDLINE	((healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers OR Health personnel)) AND ((second victim OR second victim phenomenon OR second victim syndrome OR second victims)) AND ((emotional suffering OR emotional distress OR psychological distress)) AND ((adverse events OR medical errors OR patient safety)) AND ((support programs OR coping strategies)) AND ((healthcare OR health care))
CINHAL	((health personnel) OR (healthcare professionals) OR (healthcare workers)) AND ((Emotional distress) OR (Second victim) OR (Patient safety)) AND ((Coping strategies) OR (Support programs)) AND ((Occupational health) OR (Health services) OR (Health facilities)) AND (second victims)

Tabela 2 – Principais facilitadores e barreiras referidos nos estudos da revisão

Autor / Ano / País	Estudo	Facilitadores	Barreiras
Huang H, Liu T, Peng Y, et al / 2024 / China ¹¹	“Learn from errors”: post-traumatic growth among second victims	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio emocional e instrumental de colegas, supervisores e familiares; - Estratégias de <i>coping</i> positivas (resolução de problemas e reflexão proativa sobre o incidente); - Cultura organizacional de aprendizagem com os erros, transparência e comunicação aberta sobre os incidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura punitiva e de culpabilização; - Ausência de apoio organizacional e de programas estruturados de suporte; - Clima de insegurança psicológica, com medo de represálias, perda do emprego ou dano à reputação; - Estratégias de <i>coping</i> inadequadas, como evitação e negação.
Le HD, Wolinska JM, Baertschiger RM, Himidan SA / 2023 / Canada ¹⁸	Complication is inevitable, but suffering is optional: psychological aspects of dealing with complications in surgery	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de apoio institucional com discussões abertas, mentoria e fóruns confidenciais; - Comunicação transparente e aberta com doentes e famílias sobre complicações; - Formação em comunicação de más notícias; - Práticas de <i>mindfulness</i> e meditação; - Cultura de empatia e apoio mútuo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura punitiva e ambiente de medo de admitir falhas ou procurar ajuda; - Falta de tempo e recursos; - Falta de confidencialidade e receio de consequências legais ou institucionais; - Falta de formação em competências não técnicas (emocionais e de comunicação).
Flórez F, López L, Bernal C. / 2022 / Colômbia ¹⁹	Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims	<ul style="list-style-type: none"> - Formação sobre as consequências dos eventos adversos e capacitação em comunicação assertiva; - Apoio psicológico e reconhecimento do impacto emocional dos eventos adversos; - Apoio dos colegas de trabalho; - Sistemas de notificação anónimos para relatos sem medo de represálias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medo de processos legais ou danos à reputação profissional; - Apoio institucional inexistente ou inadequado; - Falta de preparação para comunicar eventos adversos a doentes e famílias; - Comunicação ineficaz; - Cultura de culpa.
Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al / 2019 / Holanda ¹⁴	Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de apoio institucional, programas de apoio entre pares, suporte emocional e prático por colegas com experiências semelhantes; - Cultura de abertura e não punição; - Apoio imediato e intervenções precoces; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de protocolos ou estratégias bem definidas de suporte; - Cultura organizacional punitiva; - Sentimento de culpa e vergonha; - Falta de consciencialização da gestão e liderança sobre o impacto emocional dos

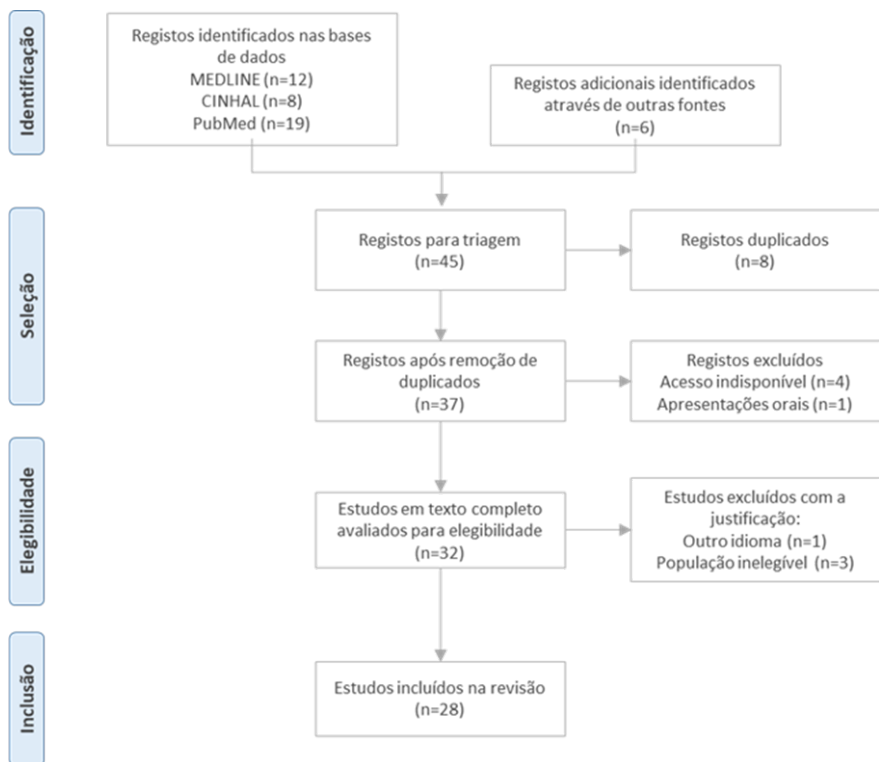
	level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands	- Formação e consciencialização sobre comunicação e gestão de crises.	incidentes; - Inexistência de questionários validados para a avaliação dos sintomas.
Li X, Chong MC, Che CC, et al / 2024 / China ¹²	Barriers and facilitators to coping with second victim experiences: insights from nurses and nurse managers	- Rede de colegas para apoio emocional e prático; - Formação sobre eventos adversos e saúde mental; - Recursos de saúde mental e tempo para gerir emoções; - Apoio familiar e comunitário; - Gestão eficaz de recursos, orientação e ambiente de trabalho seguro.	- Pensamento negativo, ansiedade, medo e dúvidas sobre as competências profissionais; - Sentimento de culpa; - Excessiva carga de trabalho; - Gestão ineficaz; - Cultura organizacional punitiva e falta de suporte; - Hostilidade ou falta de cooperação dos familiares.
Cobos-Vargas A, Pérez-Pérez P, Núñez-Núñez M, Casado-Fernández E, Bueno-Cavanillas A / 2022 / Espanha ²²	Second victim support at the core of severe adverse event investigation	- Integração do apoio na gestão dos eventos adversos; - Formação e treino da equipa de apoio em gestão de eventos adversos e apoio emocional; - Autonomia da equipa de crise; - Empatia e respeito pelos profissionais afetados; - Apoio institucional e da administração; - Programa de apoio às segundas vítimas.	- Falta de consciencialização e desconhecimento de apoio; - Insuficiente apoio de primeiro nível ou imediato; - Estigma, barreiras culturais, relutância em procurar ajuda e insegurança para relatar eventos adversos; - Falta de pessoal disponível, atrasos na ativação do comité de crise, especialmente durante os fins de semana.
Rinaldi C, Leigheb F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M / 2016 / Itália ³⁵	Becoming a “second victim” in health care: pathway of recovery after adverse event	- Liderança assertiva e conhecimento sobre o fenómeno da segunda vítima.	- Desconhecimento da possibilidade de pedir ajuda, onde ou a quem a pedir.
Nzaumvila DK, Bongongo T, Govender I, Okeke SO / 2024 / África do Sul ²⁵	An evaluation of support to the second victims in Tshwane district health services, South Africa	- Experiência em programas de apoio (validar sentimentos, providenciar espaço seguro, partilhar experiências); - Liderança transformacional e cultura de aprendizagem; - Suporte psicológico profissional da organização.	- Cultura de culpa.
Marung H, Strametz R, Roesner H, et al / 2023 / Alemanha ¹³	Second victims among German emergency medical services physicians (SeViD-III study)	- Apoio psicólogos a profissional; - Apoio emocional dos pares (formal e informal); - Informação sobre como proceder, acesso a aconselhamento legal; - Formação para comunicar eventos adversos a doentes e familiares; - Liderança com formação sobre EA.	- Cultura de culpa; - Conhecimento limitado de programas de apoio; - Falta de recursos financeiros.
Finney RE, Torbenson VE, Riggan KA, et al / 2021 / EUA ²³	Second victim experiences of nurses in obstetrics and gynaecology: a second victim experience and support tool survey	- Apoio emocional ao nível institucional; - Liderança com formação sobre preparação para eventos adversos.	Não aborda.

White AA, Brock DM, McCotter PI, et al / 2015 / EUA ¹⁵	Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events	<ul style="list-style-type: none"> - Afastamento da atividade para recuperação; - Apoio emocional estruturado; - Programas internos de apoio organizacional; - Programas externos de suporte especializado; - Capacitação das equipas de apoio; - Monitorização ativa de pares; - Acompanhamento imediato pelas equipas de apoio após o evento adverso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamento insuficiente; - Líderes sem preparação ou adesão a programas de apoio; - Programas de apoio ineficazes ou mal organizados; - Medo da falta de confidencialidade e impacto na progressão da carreira; - Cultura de culpa; - Profissional afetado não procura ajuda.
Strametz R, Fendel JC, Koch P, et al / 2021 / Alemanha ³¹	Prevalence of second victims, risk factors, and support strategies among German nurses (SeViD-II survey)	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de apoio adaptados; - Apoio emocional; - Contacto imediato pelas equipas de apoio após o evento adverso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura de culpa; - Medo de discriminação.
Guerra-Paiva S, Lobão MJ, Simões DG, et al / 2023 / Portugal ²⁸	Key factors for effective implementation of healthcare workers support interventions after patient safety incidents in health organisations: a scoping review	<ul style="list-style-type: none"> - Abertura à inovação; - Cultura organizacional proativa, segura, de confidencialidade e apoio; - Liderança comprometida com o bem-estar dos profissionais; - Divulgação de programas de apoio; - Apoio emocional de pares e apoio legal; - Financiamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento dos líderes e profissionais dos programas de apoio; - Cultura organizacional que não prioriza a segurança do doente e não divulga problemas de bem-estar.
Edrees HH, Wu AW / 2021 / EUA ²⁷	Does one size fit all? Assessing the need for organizational second victim support programs	<ul style="list-style-type: none"> - Participação do profissional afetado na mudança de prática clínica ou revisão de políticas organizacionais; - Programas que incluem confidencialidade; - Utilização de guia de implementação do programa; - Discussão entre pares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos escassos; - Estigma social e vergonha por procurar apoio; - Falta de interesse das equipas em receber apoio; - Incerteza sobre as melhores práticas na gestão da segunda vítima; - Ações disciplinares após um evento adverso.
Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M / 2019 / Coreia Oriental ¹⁷	Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte mútuo entre profissionais envolvidos no evento adverso; - Cultura de segurança organizacional; - Programas de suporte e consciencialização para as segundas vítimas; - <i>Coaching</i>, aconselhamento e suporte emocional/administrativo adequados; - Compreensão dos passos de resolução da segunda vítima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crença de que quem está envolvido em incidentes é um profissional com pouca experiência, não havendo muita discussão sobre este tema - Preconceito face aos profissionais envolvidos; - Cultura punitiva e de procura pelo culpado; - Profissional questionado e estigmatizado; - Adoção de posição mais defensiva e realização de mais verificações que o habitual.
Sedile R, Zizza A, Bastiani L, et al / 2024 / Itália ¹⁰	Understanding the second victim phenomenon among healthcare workers in an Italian hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Conversas/troca de ideias entre colegas e ajudam a desenvolver estratégias de coping; - Apoio de familiares; - Consciencialização sobre o fenómeno da segunda vítima quebra o silêncio e o isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não procura de ajuda por falta de tempo, falta de confidencialidade dos programas, medo de ação legal e julgamento negativo pelos colegas, e receio do impacto na carreira; - Cultura punitiva.
Schrøder K, Bovil T, Jørgensen JS, Abrahamsen C / 2022 /	Evaluation of 'the Buddy Study', a peer support program for second victims in	Projeto "Buddy Study": os profissionais escolhem o seu "amigo" dentro da equipa; os "amigos" são remunerados quando o suporte é ativado; os encontros ocorrem fora do	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de confidencialidade das informações relacionadas com o profissional envolvido; - Inexistência de métodos para medir a performance dos programas direcionados para a

Dinamarca ³⁰	healthcare: a survey in two Danish hospital departments	horário de trabalho; todos participam de um seminário de 2h sobre a segunda vítima.	segunda vítima; - Crença de procura de ajuda como sinal de fraqueza.
Wade L, Fitzpatrick E, Williams N, Parker R, Hurley KF / 2022 / Canada ²⁴	Organizational interventions to support second victims in acute care settings: a scoping study	- Programas de apoio por pares e formação das equipas; - Utilização dos sistemas de informação para divulgação do apoio à segunda vítima.	- Consequências legais.
Mahat S, Lehmusto H, Rafferty AM, Vehviläinen-Julkunen K, Mikkonen S, Härkänen M / 2024 / Finlândia ²⁹	Impact of second victim distress on healthcare professionals' intent to leave, absenteeism and resilience: a mediation model of organizational support	- Programas de apoio entre pares. - Redução do medo de punição e incentivo da aprendizagem com os erros.	- Ausência de uma cultura organizacional de suporte; - Elevado impacto emocional e abandono da profissão; - Falta de mecanismos institucionais para retenção de profissionais afetados.
Guerra-Paiva S, Carrillo I, Mira J, et al / 2024 / Portugal ³⁴	Developing core indicators for evaluating second victim programs: an international consensus approach	- Avaliação da eficácia das intervenções; - Alinhamento com normas internacionais de segurança do doente; - Benefícios económicos e retenção de profissionais. - Uso de tecnologia para otimizar recolha de dados; - Capacitação de gestores e profissionais.	- Falta de padronização na recolha de dados e aperfeiçoamento dos programas; - Resistência organizacional à avaliação e transparência; - Ausência de cultura de segurança psicológica; - Recursos financeiros e humanos limitados.
Mira J, Carillo I, Tella S, et al / 2024 / Espanha ³³	The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) policy statement on the second victim phenomenon for increasing patient safety	- Cultura justa e de aprendizagem com os erros; - Programas formais de apoio entre pares e suporte psicológico; - Desenvolvimento de infraestrutura e financiamento para suporte emocional; - Integração do suporte às segundas vítimas nas diretrizes institucionais e regulatórias.	- Cultura punitiva e medo de represálias; - Falta de diretrizes institucionais e baixa adesão a programas de suporte; - Estigma em relação à saúde mental e ausência de serviços psicológicos especializados.
Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R / 2022 / Áustria ²⁶	Second victims in intensive care— emotional stress and traumatization of intensive care nurses in western Austria after adverse events during the treatment of patients	- Valorização do bem-estar dos profissionais; - Programas estruturados de suporte emocional; - Investimento em estratégias de resiliência; - Cultura de segurança; - Comunicação clara e de apoio nas equipas para reforçar a autoestima dos afetados.	- Elevada carga emocional e exposição frequente a situações traumáticas; - Repressão emocional e falta de reconhecimento institucional; - Dificuldade no acesso a suporte psicológico e falta de programas estruturados; - Diferentes sistemas de gestão de risco e contextos de cultura de segurança.
Schrøder K, Janssens A, Hvidt EA / 2021 / Dinamarca ³²	Adverse events as transitional markers - using liminality to understand experiences of second victims	- Apoio de profissionais mais experientes; - Campanhas de sensibilização sobre as fases da transição profissional; - Identificação e apoio dos profissionais em crise pelos gestores.	- Carga emocional elevada e exposição frequente a situações traumáticas; - Cultura de culpa, repressão emocional e falta de reconhecimento institucional; - Dificuldade de acesso a suporte psicológico; - Falta de apoio emocional após um evento

			adverso.
Seys D, Wu AW, Gerven E Van, et al / 2013 / Bélgica ²⁰	Health care professionals as second victims after adverse events	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura de segurança e aprendizagem; - Programas de apoio entre pares; - Acesso facilitado a apoio psicológico; - Estratégias para resolução de problemas e suporte emocional formal/informal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de suporte institucional; - Poucos programas estruturados de apoio aos profissionais; - Medo da perda de reputação;
Potura E, Roesner H, Trifunovic-Koenig M, Tsikala P, Klemm V, Strametz R / 2024 / Áustria ⁹	Second victims among Austrian nurses (SeViD-A2 study)	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio na comunicação com doentes e familiares; - Diretrizes para atuação em eventos graves; - Afastamento imediato da atividade para reflexão e aconselhamento jurídico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados omissos devido a fatores que incluem: realização de múltiplas tarefas, falta de recursos humanos e exaustão.
Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P / 2021 / Espanha ³	Coping strategies in health care providers as second victims: a systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio de pares; - Comunicação do evento ao doente e família; - Comunicação não punitiva de eventos adversos; - Canais formais de atendimento às segundas vítimas; - Programas de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilidade de serviços de apoio; - Informações insuficientes sobre serviços de apoio; - Falta de ajuda no hospital; - Medo de relatar por falta de confidencialidade, constrangimento ou represálias.
Busch IM, Moretti F, Campagna I, et al / 2021 / Itália ¹⁶	Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de apoio a segundas vítimas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco conhecimento sobre a segunda vítima; - Acesso limitado aos programas de apoio; - Cultura de culpa; - Relutância em mostrar vulnerabilidade e pedir ajuda; - Dúvidas sobre confidencialidade e riscos legais; - Escassez de recursos financeiros.
Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al / 2015 / Espanha ²¹	Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims	<ul style="list-style-type: none"> - Cultura de segurança; - Apoio às segundas vítimas por profissionais e pares; - Plano de comunicação para preservar a reputação e a confiança na organização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de análise sistemática dos eventos adversos; - Falha na notificação; - Falta de comunicação aberta; - Falta de programas de crise para resposta a eventos adversos.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA



Adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) ³⁶

Figura 2 – Número de publicações por ano e país

