

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

APOIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: A
EXPOSIÇÃO A INCIDENTES DE SEGURANÇA DO
DOENTE E A EXISTÊNCIA DE ESTRUTURAS DE
SUPORTE

Inês Ribeiro Pimenta

Orientadora: Doutora Margarida Eiras, ESTeSL/IPL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

APOIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: A
EXPOSIÇÃO A INCIDENTES DE SEGURANÇA DO
DOENTE E A EXISTÊNCIA DE ESTRUTURAS DE
SUPORTE

Inês Ribeiro Pimenta

Orientadora: Doutora Margarida Eiras, ESTeSL/IPL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2021



ESCOLA
SUPERIOR
DE TECNOLOGIA
DA SAÚDE
DE LISBOA



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE LISBOA

Mestrado
em Gestão
e Avaliação
de
Tecnologias
em Saúde

Apoio aos
profissionais
de saúde: a
exposição a
incidentes
de
segurança
do doente e
a existência
de
estruturas
de suporte

Inês Ribeiro
Pimenta

2021

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a Escola Superior de Saúde do Algarve têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com os objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito à autora e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Eiras, minha orientadora, pela disponibilidade, espírito crítico, assertividade e conhecimento enriquecedor num tema que é e é tão especial. À Professora Doutora Carina Silva, que integrou este trabalho, partilhando o seu conhecimento, de forma dedicada e disponível.

Aos meus colegas do Mestrado GATS, obrigada pelo espírito de ajuda, pela camaradagem, pela partilha de conhecimento, de vivências e de experiências que nos permitiram a todos crescer. Em especial ao Pedro, com quem tanto aprendi, à Mané com quem tanto aprendo dentro e fora do GATS e à Joana por estar sempre presente nos melhores e piores momentos.

Aos meus amigos de sempre e para sempre, aqueles que nem a distância nem o tempo afasta, vocês sabem quem são. Obrigada pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Aos meus pais, às minhas tias e aos meus avós, que sempre me apoiaram nas mais diversas decisões, nunca me deixando desistir, dando-me sempre a maior força possível. A vocês, os pilares da minha vida, nunca terei forma suficiente de agradecer. Esta é mais uma conquista que é tanto minha como vossa.

Ao Rúben, meu namorado, companheiro e melhor amigo. Obrigada pelo suporte, pelo apoio incondicional, por acreditares em mim mesmo nos momentos em que eu não acredito. Obrigada pela coragem, pela resistência e pela paciência. Obrigada por seres quem és, por fazeres de mim melhor pessoa e por continuares a meu lado.

A todos, muito obrigada.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

Resumo

Introdução: A segurança do doente é considerada uma temática de extrema importância para a qualidade dos sistemas de saúde, tendo o fenómeno da Segunda Vítima ganho destaques nos últimos anos. Em Portugal, o seu estudo é insuficiente tornando-se, por isso, fundamental o desenvolvimento deste tema para a realidade dos profissionais de saúde portugueses.

Objetivo: Conhecer o efeito dos Incidentes de Segurança do Doentes nos profissionais de saúde e identificar a existência de estruturas de suporte.

Metodologia: Foram elaborados três artigos científicos com base em duas abordagens metodológicas distintas. O primeiro artigo é uma revisão sistemática da Literatura, sendo o segundo e o terceiro artigos estudos descritivos, transversais e observacionais.

Resultados: Verificou-se que os profissionais de saúde portugueses são afetados com o efeito dos incidentes de segurança do doente. A investigação comprovou que os efeitos dos incidentes de segurança do doente que afetam os profissionais de saúde portugueses são semelhantes aos descritos por profissionais de outros países. O estudo permitiu também conhecer as formas de apoio usadas pelos profissionais de saúde portugueses e o tipo de apoio de gostariam de receber por parte das instituições.

Conclusão: Os incidentes de segurança do doente têm um efeito negativo nos profissionais de saúde portugueses, sendo por isso, de extrema importância desenvolver programas de apoio à Segunda Vítima. Estes programas devem apoiar os profissionais de saúde, garantindo assim o seu bem-estar, de forma a permitir que continuem a prestar cuidados ao doente de qualidade.

Palavras-chave: Segunda Vítima, Incidentes, Segurança do doente

Abstract

Introduction: Patient safety is considered a critical issue for the quality of health systems, with the phenomenon of the Second Victim gaining prominence in recent years. In Portugal, its study is insufficient, making it essential to develop this theme for the reality of Portuguese health professionals.

Objective: To know the effect of Patient Safety Incidents on Health Professionals and identify the existence of support structures.

Methodology: Three scientific articles were prepared based on two distinct methodological approaches. The first article is a systematic review of Literature, the second and third articles being descriptive, transversal, and observational studies.

Results: The researchers found that Portuguese health professionals are affected by the effect of patient safety incidents. The investigation proved that the impact of patient incidents involving Portuguese healthcare professionals are like those described by professionals in other countries. The study also allowed us to know the forms of support used by Portuguese health professionals and the type of support they would like to receive from the institutions.

Conclusion: Patient safety incidents harm Portuguese healthcare professionals, and it is, therefore, essential to develop programs to support the Second Victim. These programs should support health professionals, thus ensuring their well-being, to allow them to continue to provide quality patient care.

Keywords: Second Victim, Incidents, Patient Safety

Índice Geral

ÍNDICE DE TABELAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
LISTA DE ABREVIATURAS	XII
INTRODUÇÃO.....	1
SECÇÃO I.....	5
O EFEITO DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA DO DOENTE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO.....	8
MÉTODOS.....	11
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA	18
SECÇÃO II.....	19
TRANSLATION AND PSYCHOMETRIC VALIDATION OF THE PORTUGUESE VERSION OF THE “SECOND VICTIM EXPERIENCE AND SUPPORT TOOL” (P-SVEST).....	20
ABSTRACT	20
KEYWORDS	20
INTRODUCTION.....	20
METHODOLOGY.....	21
RESULTS.....	23
DISCUSSION	25
ANNEX I - AUTHORIZATION TO TRANSLATE SVEST TO PORTUGUESE.....	27
ANNEX II – P-SVEST	28
SECÇÃO III.....	32
THE EXPOSURE OF PORTUGUESE HEALTH PROFESSIONALS TO PATIENT SAFETY INCIDENTS: APPLICATION OF P-SVEST.....	33
ABSTRACT	33
METHODS	34
RESULTS.....	35
DISCUSSION.....	37
ANNEX I – P-SVEST	40
CONCLUSÃO.....	47
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXO I.....	50
ANEXO II.....	51

Índice de tabelas

Secção I - O efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde: uma revisão sistemática

Quadro 1 - Resumo dos artigos que avaliam o efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde.....	14
--	----

Secção II - Translation and Psychometric Validation of the portuguese version of the “Second Victim Experience and Support Tool” (P-SVEST)

Table 1 - Cronbach's α for each dimension and entirety of the questionnaire	26
Table 2 – Burlison model.....	27
Table 3 - Correlation matrix between dimensions.....	27

Secção III - The exposure of portuguese health professionals to patient safety incidents: application of P-SVEST

Table 1 - Sociodemographic characteristics	36
Table 2 - Agreement of the 7 dimensions and the outcome variables	36
Table 3 - Quantification of the desirability of support options	37

Índice de figuras

Secção I - O efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde: uma revisão sistemática

Figura 1 - Sistematização de pesquisa 11

Secção II - Translation and Psychometric Validation of the Portuguese version of the “Second Victim Experience and Support Tool” (P-SVEST)

Figure 1 - Path diagram proposed by the ACF. Rectangles represent items, circles represent factors (dimensions), and the values on the arrows are the standardized factor weights (eigenvalues or eigenvalues - λ_{ij}) 28

Lista de abreviaturas

CFA	<i>Confirmatory Factor Analysis</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CISD	Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
DWLS	<i>Diagonal Weighted Least Square</i>
EUA	Estados Unidos da América
GFI	<i>Goodness-of-fit Index</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
P-SVEST	<i>Portuguese Second Victim Experience and Support Survey</i>
PGFI	<i>Parsimony GFI</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation Index</i>
SD	Segurança do doente
SEM	<i>Structural Equation Modeling</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SV	Segunda Vítima
SVEST	<i>Second Victim Experience and Support Survey</i>
SVS	Síndrome da Segunda Vítima
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>

Introdução

Atualmente, a Segurança do Doente (SD) é considerada uma das dimensões com maior importância para a qualidade dos sistemas de saúde, sendo mesmo considerada um *continuum* da qualidade por muitos autores, mostrando a relação de complementaridade que claramente existe entre os dois conceitos ⁽¹⁾.

Os Estados Unidos da América (EUA) foram pioneiros nesta temática através da publicação de um relatório denominado *To err is human: Building a safer health system*. Este relatório publicado em 1999 pelo *Institute of Medicine*, alertava a comunidade científica para o impacto das perdas humanas, decorrentes de erros previsíveis relacionados com a prestação de cuidados de saúde ⁽²⁾.

Desde então, a SD tornou-se uma preocupação em todo o mundo, pois os erros ocorrem e nos sistemas de saúde os danos que são evitáveis, originam custos elevados para o sistema e para os utentes. Em 2002, a *World Alliance for Patient Safety*, que reúne todos os países da Organização Mundial de Saúde (OMS), assumiu a liderança desta problemática a nível mundial ⁽¹⁾, definido a SD como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.” ⁽³⁾

Em 2009, a OMS publicou um relatório que fornece um resumo detalhado da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), com o objetivo de categorizar a informação sobre a SD usando conceitos padronizados com definições aceites, terminologia própria e as relações entre eles. ⁽³⁾

A Estrutura Concetual da CISD é um sistema complexo que pretende fornecer uma compreensão global do domínio da Segurança do Doente, tendo como principal objetivo retratar um “ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação do risco, a prevenção, a deteção, a redução do risco, a recuperação do incidente e a resiliência do sistema” ⁽³⁾. As organizações estão dentro de um ambiente, interagindo com ele, recebendo influências e influenciando-o ⁽¹⁾, sendo possível salientar facilmente alguns fatores que contribuem para este fenómeno, tais como as características do doente e do incidente, as consequências para o doente e as consequências organizacionais. Contudo, um fator que não é evidenciado, é a influência dos e para os profissionais de saúde em todo este sistema.

A problemática da SD é um tema importante, principalmente pelas consequências negativas que os incidentes de Segurança do Doente podem originar, pois, o expectável das sociedades modernas é que os cuidados de saúde melhorem a qualidade de vida do doente e não o oposto. ⁽²⁾ Devemos considerar um Incidente de Segurança do Doente, como um

“evento¹ ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano² desnecessário³ para o doente”⁽³⁾, sendo neste contexto, apenas considerado como Incidente. Este pode ser então dividido em ocorrência comunicável, quase evento, incidente sem danos ou evento adverso⁽³⁾. Uma ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano no doente, mas em que não ocorreu; um quase evento é um incidente que não alcançou o doente; um evento sem danos é um incidente que um evento atingiu o doente mas não resultou em danos discerníveis; por fim, o evento adverso é um incidente que resulta em danos para o doente⁽³⁾.

Um erro⁴ nos cuidados de saúde origina danos para o doente, sendo por isso, o doente denominado por primeira vítima^(4,5). Contudo, não nos podemos esquecer que o compromisso dos profissionais de saúde é centrado no cuidado do doente⁽⁶⁾ e , apesar de ser expectável, testemunhar um dano ao doente não é uma experiência fácil⁽⁷⁾, podendo afetar emocionalmente os profissionais envolvidos^(4,5). Desta forma, é possível considerar que os profissionais de saúde sejam a Segundas Vítima (SV)^(4,5,8). Este termo que foi utilizado pela primeira vez por Albert Wu em 2000^(4,8-10), para se referir aos médicos que sofrem com os seus próprios erros, sofrendo em 2007 a sua primeira alteração por Denham⁽¹¹⁾, passando então a referir-se a todos os profissionais de saúde que cometem erros. Actualmente é usada a definição dada por Scott⁽⁹⁾, em 2009, referindo-se às SV como todos os profissionais de saúde que estejam envolvidos num evento adverso, erro ou lesão relacionada com doentes, ficando traumatizadas pelo sucedido.

De forma a compreender melhor as experiências e a recuperação das SV, Scott desenvolveu um estudo exploratório chegando à conclusão de que independentemente do sexo, tipo ou anos de profissão, o evento foi “uma experiência de mudança de vida que deixou uma marca permanente no indivíduo”⁽⁹⁾ sendo mesmo possível admitir que estamos perante a Síndrome da Segunda Vítima (SVS)⁽¹³⁾. Esta síndrome consiste nos profissionais de saúde que cometem um erro e ficam traumatizados pelo acontecimento, seguindo-se de manifestações psicológicas, cognitivas e/ou físicas que têm impacto negativo a nível pessoal, social, cultural e espiritual.⁽⁴⁾

Como já foi referido, as organizações recebem influências e influenciam, assim como os indivíduos que as constituem são elementos de intercambio constante, e os seus valores

¹ Evento - algo que acontece a ou implica um doente

² Dano - prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante (incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte), podendo ser físico, social ou psicológico⁽³⁾

³ Desnecessário refere-se ao reconhecimento que os erros, transgressões, abuso de doente e atos deliberadamente perigosos ocorrerem nos cuidados de saúde.⁽³⁾

⁴ Erro – falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano

levam à formação da cultura da organização⁽¹⁾. Desta forma, à medida que as organizações de saúde procuram uma melhoria contínua, reconhece-se cada vez mais a importância de estabelecer uma cultura de segurança⁽¹²⁾. Assim, as organizações devem procurar que os profissionais tenham consciência ativa e constante das situações que podem originar falhas, devendo ser uma cultura aberta e justa, estimulando os profissionais a falar sobre os seus próprios erros⁽¹⁾.

Por o tema da SV ser relativamente recente na comunidade científica e como impacto significativo não só nos profissionais de saúde, mas influenciando também a cultura de segurança que os rodeia, e também por não existirem pesquisas sobre ele na comunidade científica portuguesa, fez com que fosse o tema escolhido para a presente dissertação de mestrado. Esta dissertação tem como objetivo geral conhecer o efeito dos incidentes de Segurança do Doentes nos Profissionais de Saúde e a existência de estruturas de suporte. Como objetivos específicos temos a tradução, adaptação e validação de um instrumento de pesquisa e também conhecer a exposição dos profissionais de saúde portugueses.

A presente dissertação de mestrado encontra-se organizada num único documento, o qual contém três artigos distintos, mas que estão relacionados entre si. A escolha deste formato prende-se com a vontade de promover a criação de evidências nesta temática, incentivando ao estudo e publicação de artigos relacionados com o tema. Pretende-se ainda contribuir com informação atualizada para futuras investigações que possam ser realizadas.

O primeiro artigo é uma Revisão Sistemática da Literatura que reúne evidência científica relativamente ao fenómeno da SV, mais concretamente o efeito que os incidentes têm sobre os profissionais de saúde. Este primeiro artigo é apresentado segundo as regras e cumprindo os requisitos de formatação da Revista Ciência & Saúde Coletiva, à qual foi submetido (anexo I).

O segundo artigo é um artigo que aborda a tradução da ferramenta escolhida para o desenvolvimento deste trabalho da sua língua original (inglês) para português. Neste artigo são também apresentados os cálculos e resultados que permitiram validar a tradução, de forma a esta nova ferramenta ser aplicada na população portuguesa. Este segundo artigo é apresentado segundo as regras e cumprindo os requisitos de formatação da *Patient Safety*, à qual será submetido (anexo II).

O terceiro artigo é um estudo-piloto, que tem como objetivo conhecer os efeitos dos Incidentes de SD nos profissionais de saúde portugueses, assim como as estratégias por eles usadas e quais as preferências de formas de apoio pelas organizações. Este terceiro artigo é apresentado segundo as regras e cumprindo os requisitos de formatação da *Patient Safety*, à qual será submetido (anexo II).

O formato escolhido é considerado o mais adequado para contribuir para a produção científica em Portugal, relativamente a esta temática, cooperando assim para a disseminação do conhecimento.

Secção I

(artigo apresentado segundo as regras e cumprindo os requisitos de formatação da Revista
Ciência & Saúde Coletiva)

O EFEITO DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA DO DOENTE NOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA
THE EFFECT OF PATIENT SAFETY INCIDENTS ON HEALTH PROFESSIONALS: A
LITERATURE REVIEW

Inês Ribeiro Pimenta (<https://orcid.org/0000-0001-9943-130X>)

Margarida Eiras (<https://orcid.org/0000-0001-5759-7336>)

RESUMO

Todos os dias, os profissionais de saúde exercem as suas funções num complexo sistema de cuidados de saúde, ficando expostos a doentes e situações inesperadas. Evitar incidentes é um dos principais objetivos dos profissionais, mas estas nem sempre são passíveis de contornar, ocorrendo incidentes de segurança do doente. Considerando os doentes e os seus familiares as primeiras vítimas, os profissionais de saúde quando envolvidos passam as ser as Segundas Vítimas, sendo para eles “uma experiência de mudança de vida que deixou uma marca permanente no indivíduo”. De maneira a procurar compreender melhor tudo aquilo que a envolve, pretende-se com este artigo, partindo de uma revisão sistemática da literatura, perceber qual o efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde. Foram definidos como critérios de inclusão artigos que analisem o efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde e que fossem redigidos nos idiomas inglês, português ou espanhol, publicados entre 2015 e 2020 e que se encontrassem disponíveis em *free full text*. Foi-nos então possível concluir que tais acontecimentos deixam sequelas psicológicas, físicas e profissionais.

PALAVRAS-CHAVE

Professional de saúde; Segurança do paciente; Cultura de Segurança; Incidentes

ABSTRACT

Every day, health professionals perform their duties in a complex health care system, exposed to patients and unexpected situations. Avoiding incidents is one of the main objectives of professionals, but these are not always possible to circumvent patient safety incidents. Considering patients and their families as the first victims, health professionals, when involved, become Second Victims, being for them “a life-changing experience that left a permanent mark on the individual.” To better understand everything that affects it, this article intends to start from a systematic review of the literature, to understand the effect of patient safety incidents on health professionals. Were defined inclusion criteria as articles that analyze the effect of patient safety incidents on health professionals written in English, Portuguese, or Spanish, published between 2015 and 2020, and available in free full text. It was then possible to conclude that such events leave psychological, physical, and professional consequences.

KEY WORDS

Health Personnel; Patient Safety; Safety culture; Incidents;

INTRODUÇÃO

Todos os dias, os profissionais de saúde exercem as suas funções num complexo sistema de cuidados de saúde, ficando expostos a doentes e situações inesperadas. Evitar incidentes é um dos principais objetivos dos profissionais, contudo estes farão sempre parte do seu quotidiano devido à natureza universal da fiabilidade humana. Infelizmente, estas complicações nem sempre são passíveis de contornar, ocorrendo incidentes de segurança do doente. Incidentes estes que, por provocarem sequelas aos doentes, fazem deles aquilo que se designa como as suas “primeiras vítimas”, sabendo-se, no entanto, que os efeitos dos incidentes ultrapassam largamente a esfera do doente.

Quando um erro se sucede, podem existir efeitos indiretos em quatro grupos: o doente e os seus familiares (primeiras vítimas), os profissionais de saúde envolvidos (segundas vítimas), a reputação do hospital (terceiras vítimas) e, por fim, os doentes que são prejudicados posteriormente (quartas vítimas).⁽¹⁾ Posto isto, se zelar pelos doentes e seus familiares é indiscutivelmente de extrema importância, cuidar dos profissionais de saúde que ao procurarem desempenhar bem as suas missões se veem envolvidos em situações emocionalmente complexas não deve ser relegado para um plano secundário.⁽¹⁾

Foi em 2000 que Albert Wu, no seu editorial, recorreu pela primeira vez ao termo Segunda Vítima (SV), onde considerava os médicos como vítimas dos seus próprios erros.⁽²⁾ Atualmente, a definição de SV compreende os profissionais de saúde que estejam envolvidos num evento adverso, erro ou lesão relacionada com doentes, ficando traumatizadas pelo sucedido.⁽⁵⁾ Contudo, o uso do termo “vítima” tende a originar preocupações relacionadas com a passividade ou o estigma em que os profissionais se podem ver envolvidos.⁽¹⁾ Por esse motivo, há autores que recomendam o abandono do termo SV, acrescentando ainda alguns que o mesmo pode ser visto como insensível para o doente e, simultaneamente, dissipar a identidade profissional do profissional de saúde.⁽¹⁾ Não obstante, este termo tem merecido reconhecimento

a nível internacional, tanto pela relativa facilidade de memorização como também por sublinhar o impacto causado nos profissionais de saúde sem que com isso sejam descartadas responsabilidades, mas salientado tratar-se de uma matéria que carece igualmente de especial atenção.⁽¹⁾

Vários estudos indicam que quase metade dos profissionais de saúde experienciaram o efeito de ser uma SV, pelo menos uma vez ao longo da sua carreira profissional.^(1,4) Dependendo da natureza do evento e da gravidade com que atingiu o doente, o impacto emocional destes eventos pode durar algumas semanas como até vários anos, existindo uma tendência para reviver repetidamente essas situações negativas ao ponto de se poderem tornar mesmo impossíveis de esquecer e originando assim cicatrizes permanentes.⁽¹⁾

Em 2009, Scott desenvolveu um estudo exploratório das experiências e do processo de recuperação de antigas SV, tendo chegado à conclusão de que independentemente do género, tipo ou anos de profissão, o evento foi “uma experiência de mudança de vida que deixou uma marca permanente no indivíduo”.⁽⁵⁾ Assim sendo, é possível admitir que estamos perante a Síndrome da Segunda Vítima (SVS)⁽⁶⁾. A SVS consiste nos profissionais de saúde que cometem um erro e ficam traumatizados pelo acontecimento, seguindo-se de manifestações psicológicas, cognitivas e/ou físicas que têm impacto negativo a nível pessoal, social, cultural e espiritual.⁽¹⁾

Nesse mesmo estudo, concluíram ainda que apesar de cada participante desenvolver uma forma única de lidar com o acontecimento, estes apresentavam a mesma trajetória de recuperação. Nessa trajetória foram identificados seis estágios dinâmicos, nomeadamente a resposta ao caos e ao acidente, reflexões intrusivas, restauração da integridade pessoal, responder a questões, obtenção de primeiros socorros emocionais e a mudança.⁽⁶⁾ Os três primeiros estágios ocorrem depois do “impacto”, sendo que a vítima pode passar por mais que um em simultâneo.⁽⁵⁾

No primeiro estágio, as SV começam a perceber a magnitude do sucedido e a experienciar conflitos internos. No segundo estágio, as SV começam a reviver o episódio e podem começar a sentirem-se incapazes. No terceiro estágio, iniciam a procura de suporte através de um mentor, colega, familiar ou amigo. Contudo, quando este apoio positivo não existe é difícil para os profissionais de saúde seguirem em frente. No quarto estágio, as SV começam a pensar nas possíveis repercussões que podem afetar a segurança no emprego, a cédula e os futuros litígios. Enquanto esperam pela investigação, são muitas vezes atormentados por receios de serem apelidados de incompetente ou de descuidados por parte de colegas, de familiares seus e de familiares do doente, de se verem envolvidos em processos judiciais, de perderem os empregos ou inclusivamente a cédula profissional. No quinto estágio, as vítimas procuram apoio emocional em quem possam confiar. No sexto e último estágio, três resultados podem acontecer, nomeadamente, alguns profissionais podem “desistir” e mudarem de cargo ou de emprego, outros “sobrevivem”, mas continuam a carregar o peso emocional do acontecimento que pode levar ao suicídio e outros “prosperam” ao conseguirem retirar algo de positivo da experiência vivenciada. ^(1,5,6)

Como sabemos, existe uma grande exigência na perfeição da área da saúde, pelo que os erros são muitas vezes encarados como falhas dos profissionais de saúde envolvidos. Ainda que alguns casos o possam ser, é preciso ter em linha de conta que os sistemas de saúde são altamente complexos e que os atos inseguros raramente são isolados. Assim, para que as generalidades dos atos decorram com sucesso é necessário criar uma serie de condições para que nada corra mal e o apoio aos profissionais de saúde é uma delas. Após passarem por um incidente podem ser influenciados pelas reações emocionais desenvolvidas consoante o tipo de evento e a responsabilidade pessoal percebida, tornando-se essencial assegurar um suporte organizacional adequado.

Desta forma, e de maneira a procurar compreender melhor tudo aquilo que envolve a SVS, pretende-se com este artigo, partindo de uma revisão sistemática da literatura, perceber qual o efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Pesquisa De Dados

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas, *Scopus*, *PubMed* e *B-On*, entre 1 de novembro e 30 de novembro de 2020, tendo sido previamente definidos os termos “*Patient safety*” e “*Second victim*” como conceitos chave. Verificou-se se tais conceitos constavam na base de dados *MeSH*, o que se verificou apenas com o primeiro. No entanto, devido à importância de utilizar ambos para melhor definir a pesquisa, foi decidido recorrer aos dois.

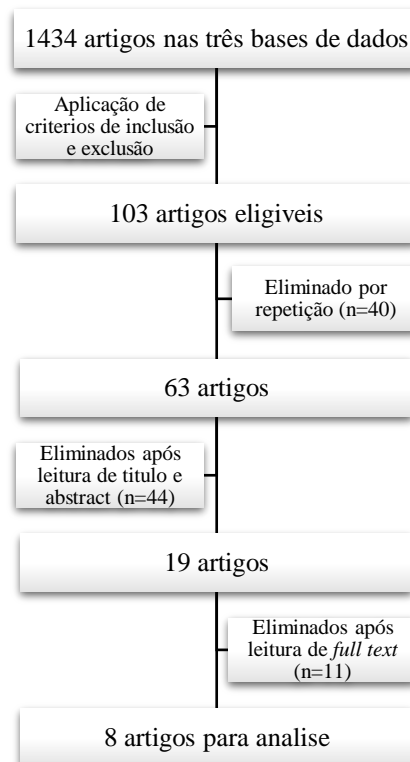


Figura 1 - Sistematização de pesquisa

Com o propósito de reduzir e especificar, recorreu-se ao sinal ortográfico de “aspas” para recuperar todos os termos que se encontravam entre eles, bem como o operador booleano “AND” para restringir a busca e recuperar todos os documentos existentes na base que mostrassem ambos os termos escolhidos.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos como critérios de inclusão artigos redigidos nos idiomas inglês, português ou espanhol, publicados entre 2015 e 2020 e que se encontrassem disponíveis em

free full text. Como critério de inclusão os artigos tinham que analisar o efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde.

Face a estes fatores de inclusão, os critérios de exclusão passaram por artigos que não fossem redigidos nos idiomas anteriormente mencionados, todos aqueles que foram publicados antes de 2015, tal como qualquer artigo que não abordasse o tema em questão. Foram também excluídos, após leitura do título, *abstract* e *full text*, os artigos cujos resultados não estivessem relacionados com a matéria em apreço, cuja população estudada não fosse de profissionais de saúde ou que se tratasse de artigos de revisão sistemática.

RESULTADOS

Na pesquisa inicial foram identificados 1434 artigos nas três bases de dados, dos quais após terem sido aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obtendo assim 103 artigos. Depois de excluídos os artigos repetidos e analisados os títulos e *abstracts*, obtiveram-se 19 artigos para análise do *full text*. Por fim, identificaram-se 8 artigos que se cumpriam os critérios de inclusão, e que desse modo foram selecionados para a presente revisão de literatura (figura 1).

Esses 8 artigos avaliam o efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde, conforme se pode ler nas sínteses elaboradas aos mesmos que são apresentadas na Quadro I.

Com base nos estudos apresentados, é possível concluir que a maioria dos profissionais de saúde já esteve envolvido em pelo menos um incidente de segurança do doente ao longo da sua vida profissional.⁽⁷⁻⁹⁾ É possível ainda verificar que desse conjunto alargado de profissionais mais de metade esteve envolvido em incidentes sem danos para o doente, enquanto que o restantes em incidentes com dano permanente ou morte.⁽⁸⁾

A análise pormenorizada desses estudos permitiu-nos igualmente concluir que o envolvimento num incidente de segurança do doente tem um impacto substancial nas SV⁽¹⁰⁾,

que vai desde as consequências emocionais, físicas, comportamentais até às profissionais. Esse impacto é independente do tipo de incidente de segurança do doente e da especialidade do profissional de saúde, assim como do seu nível de experiência.^(7,11,12)

As consequências emocionais são as que mais afetam os profissionais de saúde^(12,13), sendo praticamente imediatas ao incidente e prevalecendo durante mais de 6 meses em muitos dos envolvidos.⁽⁸⁾ As principais emoções sentidas são hipervigilância⁽¹³⁾, culpa^(7,9-14), perda de confiança^(7,10), vergonha^(7,8,12), tristeza^(7,10,12), *stress*^(8,10), medo⁽¹¹⁾, preocupação⁽¹²⁾, confusão⁽⁹⁾, arrependimento⁽¹²⁾, infelicidade⁽⁸⁾, ansiedade^(9,11-13), constrangimento⁽¹⁴⁾, depressão^(12,14), angústia⁽¹⁰⁾, frustração⁽¹²⁾, remorsos⁽¹²⁾, baixa autoestima⁽¹⁰⁾, desamparo⁽¹²⁾, luto⁽¹²⁾, raiva⁽¹²⁾, cansaço^(8,9,13) e pessimismo com a vida⁽¹³⁾.

As reações físicas e comportamentais mais relatadas pelos profissionais passam por tensão muscular⁽¹²⁾, tremores das mãos⁽¹⁴⁾, fadiga extrema^(11,12), dores de cabeça^(11,12,14), transtorno alimentar⁽¹¹⁾ e distúrbio do sono⁽⁸⁻¹⁴⁾. Em casos extremos os envolvidos nos incidentes adotam comportamentos desviantes como beber e fumar.⁽¹¹⁾

Muitos dos profissionais inquiridos salientam que estas dificuldades psicológicas e físicas ficam marcadas na sua memória, tendo muitas vezes *flashbacks* dos acontecimentos^(8,12) ou chegando mesmo a reviver as situações ao falarem sobre elas. Perante tais situações, as SV demonstram constrangimento, angústia, remorso, culpa e vergonha por terem cometido erros e medo de voltarem a errar.^(10,14)

Todas essas reações acima referidas acabam por ter um impacto a nível profissional nos indivíduos que face a todas as preocupações que os rodeiam acabam por perder a capacidade de concentração^(9,10,12,13), sentindo que não conseguem oferecer cuidados com qualidade e duvidando mesmo dos seus conhecimentos, capacidades e competências profissionais⁽⁸⁻¹⁰⁾. Isto faz com que exista uma tendência das SV em adotarem uma postura defensiva de trabalho, chegando inclusivamente a afastarem-se, a reduzirem as suas funções clínicas ou mesmo a

cessá-las e ponderando muitas vezes a transferência do local de trabalho ou até o abandono da profissão.^(7,8,11-14) Alguns profissionais chegam mesmo a temer repercussões relacionadas com as suas carreiras, ao nível quer de despedimento, atraso na progressão de carreira quer, em última instância responsabilização criminal. ^(9,10)

Para além da relação com eles próprios, a relação dos profissionais envolvidos num incidente com os seus pares também sofre alterações com esse tipo de acontecimentos. As SVs sentem remorsos por prejudicarem a confiança e reputação de toda a classe profissional bem como das instituições de saúde, sentindo-se também vítimas de uma discriminação social por parte de colegas que criam uma relação tensa em vez de apoio mútuo.^(10,14)

Alguns estudos permitiram avaliar os efeitos dos incidentes nas SV ao longo do tempo e graças a isso foi possível concluir que os mesmos não se resolvem simplesmente com o passar do tempo⁽¹¹⁾, apesar de se registarem melhorias⁽¹⁴⁾.

Quadro 1 - Resumo dos artigos que avaliam o efeito dos incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde

Referência	Amostra	Principais conclusões
Gupta et al., 2020 ⁽⁷⁾	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Quase 50% dos indivíduos do estudo relataram o seu envolvimento num erro sendo que, 97% dos médicos envolvidos relataram pelo menos um resultado adverso para si próprios, tendo a maioria relatado dois ou mais. • Os sentimentos mais experienciados após o acontecimento foram culpa, perda de confiança, vergonha e tristeza; alguns indivíduos relataram ainda a necessidade de se afastarem do trabalho ou de reduzirem formalmente as suas funções clínicas, tendo uma minoria relatado a cessação completa do seu trabalho clínico. Estes resultados são comuns entre todos os entrevistados que relataram o seu envolvimento num erro médico, independentemente da sua especialidade ou nível de experiência. • Os entrevistados que já haviam cometido um erro eram mais propícios a sofrer de burnout do que aqueles que não o fizeram, sugerindo-se assim que o envolvimento num evento adverso pode aumentar o risco de burnout.
Vanhaecht et al., 2019 ⁽⁸⁾	Médicos e enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Quase 86% dos indivíduos do estudo afirmaram terem estado envolvidos, pelo menos uma vez, num incidente de segurança do doente ao longo da sua carreira, sendo que mais de metade dos inquiridos relataram ter-se tratado de incidentes sem danos, enquanto 45% estiveram envolvidos em incidentes com dano permanente ou morte. • O sintoma mais relatado foi a hipervigilância, que afetou 53% dos entrevistados por mais de um mês. Na frequência de ocorrência, seguiu-se dúvidas sobre o conhecimento e habilidade, stress, vergonha, flashbacks, medo, incapaz de oferecer cuidados com qualidade, sentir-se incomodado com a equipa, evitar riscos, sentir-se infeliz e abatido e dificuldade em dormir. • As prevalências de sintomas com duração superior a 6 meses, foram, respetivamente, hipervigilância, flashbacks, vergonha, duvidas sobre conhecimento e habilidades, stress, medo, incapaz de oferecer cuidados com qualidade, evitar riscos, sentir-se incomodado com a equipa, dificuldade em dormir e sentir-se infeliz e abatido.

		<ul style="list-style-type: none"> • Quando comparados os resultados relativos a 1 mês após o envolvimento num incidente com o após 6 meses, verificou-se que a razão de prevalência para todos os sintomas aumentou com o aumento do grau de dano ao paciente.
Jiménez Yazmin, Alayola Sansores, Mancebo Hernández, & Campos Castolo, 2018 ⁽¹³⁾	Médicos e enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Conclui-se que as consequências após um evento adverso que mais afetam os profissionais de saúde são emocionais (dificuldade de concentração, sentimento de culpa, pessimismo com a vida, fadiga, ansiedade e distúrbios do sono) em comparação com as comportamentais (baixa, transferência do local de trabalho e abandono de profissão). • Em relação à síndrome de Burnout, os médicos são os que apresentam maior pontuação, em relação aos enfermeiros e dentistas, não só na pontuação geral, mas também nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização. No entanto, nem todos os profissionais de saúde apresentam síndrome de Burnout.
Lee, Pyo, Jang, Choi, & Ock, 2019 ⁽¹⁴⁾	Médicos e enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes vivenciaram várias reações emocionais aos seus incidentes de segurança do doente, como constrangimento, culpa e depressão, bem como mudanças comportamentais, como insónia, evitação e consideração de uma mudança de carreira. Estes referiram que se sentiram constrangidos e com medo em relação aos incidentes ocorridos, tendo demonstrado também remorso e culpa pelos pacientes e seus cuidadores. Além disso, relataram reações emocionais complexas, como uma sensação de vergonha por cometido um erro e remorsos por prejudicar a confiança e reputação de outros profissionais de saúde e instituições. • Após um PSI, quando os participantes eram solicitados a realizar o mesmo trabalho ou um semelhante, estes experienciavam tremores nas mãos e dores de cabeça, e, conseqüentemente, tinham dificuldade em executar o seu trabalho, levando a insónias e dor, e eventualmente chegavam a considerar uma demissão ou mudança de carreira. • O relacionamento com os seus pares por parte dos profissionais envolvidos num incidente tornou-se tenso, em vez de este ser uma fonte de apoio mútuo. • As dificuldades psicológicas e os sintomas físicos que ocorreram imediatamente após o PSI melhoraram com o tempo, contudo permaneceram gravados na memória dos participantes, o que fez com que alguns deles ao falarem desse episódio, chorassem e se sentissem angustiados e/ou ressentidos. Alguns profissionais mencionaram que tiveram flashbacks do incidente caso uma situação semelhante surgisse, e as reações vivenciadas, como agressões verbais, ainda eram memórias dolorosas. A juntar a isso, sentiram dificuldades em realizar atos médicos ou adotaram uma postura de trabalho defensiva quando se depararam com situações de alguma forma relacionadas com o incidente.
Chan, Khong, Pei Lin Tan, He, & Wang, 2018 ⁽¹⁰⁾	Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Concluiu-se que o envolvimento num evento adverso teve impacto substancial nas SV, sendo os efeitos psicológicos generalizados. • Os participantes expressaram dificuldade ao dormir após o ocorrido, por causa de pensamentos recorrentes sobre o incidente, o doente e a reavaliação sobre a sua competência clínica. • Os inquiridos desenvolveram sentimentos negativos em resposta ao acontecimento, como tristeza profunda, stress, culpa, baixa autoestima, perda de confiança e dúvidas sobre a sua competência. Estes sentimentos vivenciados pareciam ser avassaladores e causavam angústia aos envolvidos. Contudo, quando o profissional envolvido percebia que o impacto prejudicial para o doente era mínimo, este experienciava uma sensação de alívio, reduzindo assim a sensação inicial de angústia, fazendo-os sentirem-se gratos. • Na sequência de um evento adverso, as SV sentem-se como vítimas de discriminação social por parte dos seus colegas mais próximos e, por vezes, essa percepção estende-se para além do ambiente de trabalho onde ocorreu o acontecimento. • Os inquiridos relataram pensamentos desagradáveis, desde desânimo, medo de repetirem o erro, imaginar como é que poderiam ter cometido tal erro e preocupação com o futuro. Muitos participantes expressaram também o medo de repetirem o mesmo erro, o que era provocado ao se depararem com uma situação clínica semelhante ao ocorrido.

		<ul style="list-style-type: none"> • As preocupações persistentes dos inquiridos giravam em torno das possibilidades de deterioração do paciente, repercussões relacionadas com as suas carreias, como despedimento ou atrasos nas progressões de carreira, ou ainda do possível processo criminal.
Pyo et al., 2020 ⁽¹¹⁾	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Como resultado de um incidente de segurança do doente, os participantes apresentaram transtornos do sono, transtornos alimentares, tornaram-se excessivamente cautelosos quando se deparavam com situações semelhantes, chegando alguns a considerar mudarem de carreira ou de trabalho, podendo-se assim concluir que após um incidente os profissionais nele envolvido encontram dificuldades psicológicas substanciais. • Os inquiridos referiram também terem sentido dificuldades psicológicas como culpa, medo e ansiedade; dificuldades físicas como fadiga, insónia, redução do apetite e dores de cabeça; e adotando comportamentos desviantes como beber e fumar. • Concluiu-se que as dificuldades relacionadas ao incidente vivenciado não são simplesmente resolvidas com o passar do tempo, também não se deve presumir que médicos com carreiras mais longas tem menos dificuldades e que as dificuldades dos médicos podem diferir dependendo tipo de incidente que experienciaram.
Mira et al., 2015 ⁽⁹⁾	Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Nos profissionais de saúde que participaram neste estudo as respostas emocionais mais comuns foram o sentimento de culpa, ansiedade, reviver repetidamente o evento, cansaço, as insónias, as dúvidas persistentes sobre o que fazer em cada caso e se as decisões clínicas estão corretas, a sensação de atordoamento, a confusão e as dificuldades de concentração no trabalho. • As consequências profissionais mais relatadas pelos para os profissionais inquiridos foram as preocupações com as consequências jurídicas, o potencial dano à sua postura profissional, o precisarem de pedir desculpas aos doentes e terem que informar os coordenadores e colegas. Pode-se assim relacionar a experiência das SV com o transtorno de stress pós-traumático, ainda que com alguns fatores extra. • Demonstrou-se que 8 em cada 10 profissionais de saúde que trabalham em cuidados primários e quase todos os que trabalham em hospitais já testemunharam um incidente de segurança do doente em algum momento das suas carreias. Demonstrou também que 6 em cada 10 profissionais de saúde têm vivenciado dificuldades emocionais e profissionais, sejam deles próprios ou de colegas próximos após um evento adverso.
Kobe, Blouin, Moltzan, & Koul, 2019 ⁽¹²⁾	Técnicos de radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Este estudo revelou que as reações psicossociais pós-incidente experienciadas por radioterapeutas assemelha-se às vivenciadas por outros profissionais de saúde. • Quando ordenadas por ordem de prevalência, as reações emocionais relatadas foram preocupação, culpa, ansiedade, seguindo-se de dúvida ou perda de confiança no local de trabalho, sentimento de inadequação profissional, vergonha, arrependimento, frustração, medo de dano à reputação profissional, flashbacks, remorso, desamparo, luto, diminuição da satisfação no trabalho, dificuldade de concentração, raiva, ansiedade associada ao regresso ao trabalho, tristeza extrema e depressão. • As reações físicas relatadas foram distúrbios do sono, tensão muscular, fadiga extrema e faltar ao trabalho. • As reações físicas foram relatadas em menor grau do que as reações psicossociais, com pouco menos de um em cada cinco profissionais sofrendo de tensão muscular e distúrbios do sono.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito os incidentes de segurança do doente nos profissionais de saúde, sendo que para isso foi elaborada uma revisão sistemática da literatura que culminou na seleção de 8 estudos primários. Estes estudos foram aplicados a alguns grupos de profissionais de saúde, em diversos países com diferentes culturas, o que nos permitiu assim tirar conclusões gerais e independentes do meio e da cultura envolventes dos profissionais de saúde.

Foi-nos então possível concluir que a maioria dos profissionais de saúde já esteve envolvido em incidentes de segurança do doente e que os efeitos de tais acontecimentos deixam sequelas psicológicas, físicas e profissionais. Efeitos esses que são, muitas vezes, independentes quer da categoria, da experiência e da especialidade dos profissionais quer do tipo de incidente de segurança do doente.

As sequelas psicológicas são as mais relatadas, principalmente a culpa, ansiedade, tristeza, vergonha, cansaço, depressão e *stress*. Muitos profissionais mencionam uma perda na capacidade de se concentrarem e a existência de *flashbacks* quando estão perante situações semelhantes às que originaram os incidentes. Esses efeitos tendem a trazer também consequências para a vida profissional dos indivíduos, predispondo-os a duvidarem dos seus conhecimentos, capacidades e competência profissional ao ponto de não raras vezes considerarem em abandonar a profissão que exercem.

A incapacidade dos profissionais em se sentirem confortáveis com eles próprios e com os seus locais de trabalho gera frequentemente relações tensas com os seus pares e com as instituições para as quais trabalham, quando estas deveriam ser relações de apoio mútuo.

Podemos ainda concluir que existe uma relação entre os efeitos dos incidentes de segurança do doente nas SV e o Síndrome de *Burnout*, ou inclusivamente com o Transtorno de *Stress* pós-traumático, como é sugerido por alguns autores. ⁽⁷⁻⁹⁾

Através desta revisão sistemática da literatura conseguimos ver respondida a nossa questão de investigação respondida, contudo várias outras questões foram surgindo com a leitura dos diversos artigos analisados ao longo da pesquisa. Essas questões prendem-se essencialmente com as estratégias que os próprios profissionais encontram para lidar com os efeitos dos incidentes e com as estratégias que as instituições criam para ajudar os profissionais envolvidos.

CONCLUSÃO

O nosso estudo reúne resultados de vários grupos de profissionais de saúde de todo o mundo, o que nos permite avaliar os efeitos dos incidentes de segurança do doente independentemente da cultura onde os profissionais se inserem. Verificamos igualmente que os incidentes têm vastíssimos impactos nos profissionais de saúde envolvidos, afetando tanto as suas vidas pessoais como profissionais.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

1. Coskun O. Second victims in health care : current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2019;
2. Wu AW. Medical error: The second victim. Vol. 172, *Western Journal of Medicine.* 2000. p. 358–9.
3. DGS. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico Final. 2011;142.
4. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):325–31.
5. 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 Heal Care.* 2009;18(5):325–30.
6. Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg.* 2015;24(6).

7. Gupta K, Francisco S, States U, Lisker S, Francisco S, States U, et al. Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM). 2020;28(7):564–73.
8. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, 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):1–9.
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(1).
10. Chan ST, Khong BPC, Pei Lin Tan L, He HG, Wang W. Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Nurs Heal Sci*. 2018;20(2):165–72.
11. Pyo J, Choi EY, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, et al. Physicians' difficulties due to patient safety incidents in Korea: A cross-sectional study. *J Korean Med Sci*. 2020;35(17):1–11.
12. Kobe C, Blouin S, Moltzan C, Koul R. The Second Victim Phenomenon: Perspective of Canadian Radiation Therapists. *J Med Imaging Radiat Sci [Internet]*. 2019;50(1):87–97. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2018.07.004>
13. Jiménez Yazmin E, Alayola Sansores A, Mancebo Hernández A, Campos Castolo M. Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria [Internet]. Vol. 23, *Revista CONAMED*, ISSN-e 1405-6704, Vol. 23, N°. 2, 2018, págs. 66-72. 2018. p. 66–72. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6508623&info=resumen&idioma=ENG%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6508623&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6508623>
14. 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):1–12.

Secção II

(artigo apresentado segundo as regras e cumprindo os requisitos de formação da *Patient Safety*)

Translation and Psychometric Validation of the Portuguese version of the “Second Victim Experience and Support Tool” (P-SVEST)

Inês R. Pimenta, BSc*, Margarida Eiras, PhD**, Carina Silva, PhD***

* Biomedical scientist in quality department at Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa Student at the Master's in Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL)

**Professor at Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IPL)

*** Professor at Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IPL); Centro de Estatística e Aplicações, Universidade de Lisboa

Abstract

To identify the symptoms of an SV and how they want to support, most of the research carried out structured interviews, group discussions, and questionnaires which tools were not validated to assess the experiences of the SV and the adequacy of support resources. Burlison developed and validated the Second Victim Support and Experience Tool (SVEST) based on these premises. As there is no valid instrument available in Portugal, the development of this work is related to translating, adapting, and validating the SVEST for the Portuguese language and culture, thus obtaining a validated research instrument to help Portuguese health organizations. The research was carried out in Portuguese health professionals between December 3rd, 2019, and June 2nd, 2020, through internet distribution. Researchers use IBM SPSS (version 26.0) and the R software for conducting the statistical analysis. Observing the obtained results, we can point out the Cronbach's α for the entirety of the questionnaire that indicates that the consistency is good (0,84). We can also verify that the correlations between the dimensions are weakly to moderately correlated. The CFA analysis indicated that the proposed model presents a good overall adjustment to the sample under study ($\chi^2/df=1,65$; CFI=0,901; GFI=0,9; TLI=0,882; PGFI=0,67; RMSEA=0,057; $p = 0,085$; IC a 90% RMSEA]0,049;0,065]). After analyzing the results obtained from the validation of the translation and the cross-cultural adaptation of the SVEST tool, it is possible to conclude that satisfactory results were obtained. Thus, it is possible to conclude that this study provides preliminary support for the P-SVEST as a reliable and valid instrument to obtain accurate information to understand the SVS.

Keywords

Patient Safety; Second Victim; SVEST; Safety culture; Health Personnel; Validation

Introduction

Patient safety is an issue with worldwide prominence; however, as medicine and science advance and become more and more modern and, consequently, more complex, patient safety incidents also increase, not being possible to avoid them altogether.

When the incident happens, the patient is considered the first victim. However, the effect that these incidents have or can have on the health professionals involved has always been neglected, and they can be traumatized physically or mentally. Therefore, since 2000, these professionals have taken the name of Second Victim (SV). Albert Wu inserted this term to emphasize doctors who make mistakes⁽¹⁾, starting in 2007 to refer to all health professionals who make mistakes⁽²⁾. However, in 2009, it obtained its final definition, referring to all health professionals involved in an adverse event, error, or injury related to patients⁽³⁾.

Several studies indicate that about half of healthcare professionals have been involved in a patient safety incident⁽²⁾. However, little attention is given to these professionals, and there is currently a punitive culture for those who find themselves involved in such events. At the same time, it is increasingly necessary to change the stigma within medical fields to create a safety net for the needs of health professionals involved in patient safety incidents.⁽⁴⁾

There must be an investment in resources and support programs to reduce or prevent the consequences of the SV experiences on health organizations. However, as the implementation and maintenance of support interventions for SV are costly and time-consuming, they must be developed

with the organization's unique needs and culture in mind. However, it is essential to emphasize that effective measurement of results related to the SV experiences and the quality of organizational support resources can recognize areas of opportunity and growth.⁽⁴⁾

Most of the research to identify the symptoms of an SV and how they want to be supported was carried out through structured interviews, group discussions, and questionnaires. However, these survey tools were not validated to assess the experiences of the SV and the adequacy of support resources.⁽⁴⁾

Based on these premises, Burlison, in 2017, developed and validated the Second Victim Support and Experience Tool (SVEST)⁽⁴⁾, which is a research instrument that can help health organizations in the implementation and monitoring of the performance of SV support resources. It also developed the first study to report the results of a survey that was validated through evaluations of content validity, construction, and internal consistency.⁽⁴⁾ Thus, it is possible to state that the SVEST was the first validated tool used to measure the impact of patient safety incidents on staff and testing the effectiveness of support activities.

Due to the importance and usefulness of this tool, it has already been translated, adapted, and validated in some countries; namely, Correia does Sul⁽⁵⁾, Argentina⁽⁶⁾, China⁽⁷⁾, Singapore⁽⁸⁾, Italy⁽⁹⁾ and Spain⁽¹⁰⁾.

Although the healthcare system in Portugal is entirely different from that of the United States of America, we can consider that the environment and patient safety culture are similar. Thus, and as there is no validity tool available in Portugal, the development of this work is related to translating, adapting, and validating the SVEST for Portuguese language and culture, thus obtaining a validated research instrument for help Portuguese health organizations.

Methodology

The instrument

Burlison initially developed SVEST through literature reviews, group discussions, questionnaire research.⁽⁴⁾ This tool consists of seven dimensions that assess psychological and physical distress, the colleagues, supervisor, institutional and non-work-related support and professional self-efficacy, and two work-related outcomes that evaluate the turnover intentions and absenteeism, thus making 29 items. All these items are answered using the 5-point Likert scale with values ranging from 1 ("strongly disagree") to 5 ("strongly agree"). It also includes a set of questions that assess the most preferred forms of support provided by the institution. These items were also answered using the 5-point Likert scale ranging from 1 ("strongly do not desire") to 5 ("strongly desire").⁽⁴⁾

Translation

To adapt SVEST to Portuguese, we contacted the author by e-mail requesting authorization to use the original version of SVEST, and the answer can be found in annex I.

Once the tool is available in the article published by the author, we proceeded with the process of translating and adapting it to Portuguese. To this end, the Translate – translate back method was used, which is widely used in these processes and is performed in three steps. In the first step, the questionnaire was translated into Portuguese by two people, a Portuguese person who knows the English language and an English person who knows Portuguese. Later, both versions were compared so that there was only one version of the translation from English to Portuguese. In the second step, the questionnaire obtained in Portuguese was translated into English by an English person who knew Portuguese well. Finally, in the third step, comparing the two previous versions with the original version was made. The team revised some words to be aligned with Portuguese culture and more easily answered, thus obtaining a preliminary version of the P-SVEST scale.⁽¹¹⁾ The bilingual translators are trained by two health professionals, one of whom has lived in England and is studying in English, and by a British paramedic.

After this translation process, the questionnaire was delivered to 10 health professionals from different areas who were invited to test the P-SVEST scale. Participants were asked to take notes when filling out the scale if they did not perceive any issue or thought any modification was necessary. According to the feedback, no review was carried out, so this version was used to analyze the tool's reliability and validity. The version of P-SVEST can be found in Annex II.

Study characteristics and data collection

The research was carried out in Portuguese health professionals between December 3rd, 2019, and June 2nd, 2020 through internet distribution, more precisely by sending the link both by email and through social networks and informal contacts, and contacts are also requested to be disseminated the form. The questionnaire was also distributed to Facebook groups targeted at health professionals. In

addition, contact was made with Orders and Professional Associations, with some of them showing availability to send the link to their members.

The construction of the questionnaire was done using the *Google Forms* software, being, as mentioned above, answered online, anonymously, with no question that can identify the individual, thus keeping the participants' privacy strictly confidential. However, in the introduction of the questionnaire, there is a question related to informed consent that only allows the continuation of the same case if the respondent accepts participating in the study.

The inclusion criteria for the study were a health professional, performing direct care, performing functions in Portugal, working in the professional area when answering the questionnaire, and having been involved in something in professional life in a patient safety incident.

Data analysis

Statistical analysis was performed using the IBM SPSS (version 2.0) and the R software (version 4.0.3), and the lavaan and "semPlot" libraries.

To analyze the internal consistency of the questionnaire, Cronbach's α coefficient was used, which indicates the extent to which the research items can be treated as a single latent construct. Cronbach's α coefficient measures the correlation between the responses of a questionnaire through the analysis of the answers given by the participants, showing an average correlation between the questions.⁽¹¹⁾ In general, alpha values indicate good internal consistency when $>0,80$, substantial between $[0,60;0,80[$, moderate between $[0,41;0,60[$, reasonable between $[0,21;0,4[$ and small $<0,21$.⁽¹²⁾

The model quality assessment phase (e.g., a theoretical model associated with a questionnaire) aims to assess how well the theoretical model (in this case, the model presented by Burlison⁽⁴⁾) can reproduce the correlational structure of the observed variables (items) in the study sample. Confirmatory Factor Analysis (CFA), in the context of Structural Equation Modeling (SEM), is generally used to assess the quality of the fit of a theoretical measurement model to the correlational structure observed between manifest variables (items).

In this context, the CFA can be used in the factorial validation of an instrument, or it can be the first step in evaluating a structural equation model. In this work, the CFA will assess the goodness of fit of the model associated with the questionnaire developed by Burlison⁽⁴⁾. Since the data are ordinal, a polychoric correlation matrix was used for CFA analysis and a Varimax Rotation. In addition, the Diagonal Weighted Least Square (DWLS) method was used to estimate the model parameters. Within the scope of the AFC, it is usual to assess, in addition to the overall quality of the adjustment, the reliability and validity of measurement instruments.^(13,14)

There are currently several statistics that can be used to assess the quality of the adjustment. The assessment of the quality of the fit is usually done with (i) fit tests; (ii) quality of adjustment indices, or (iii) with the analysis of residuals and the significance of parameters.⁽¹⁵⁾

The fit coefficients, namely χ^2 Test (chi-square), idealistically test whether the fit is perfect. Although this test is used frequently, its use is not valid in most applications, mainly when sample sizes are substantial (>200). Several indices that, with an empirical basis that is not always free from criticism, can be used as an alternative. Those employed in this work are listed, whose selection was based on the indices that most authors report, usually in SEM applications, $\chi^2/g.l.$ (chi-square divided by the number of degrees of freedom), in general, the adjustment is considered good if the value of this quotient is less than 2, acceptable if less than 5 and unacceptable for values greater than 5⁽¹⁶⁾; Goodness-of-fit Index (GFI), this index explains the proportion of covariance observed between the manifest variables (items), described by the adjusted model (a concept similar to R^2 (coefficient of determination of linear regression)). In general, it is considered that GFI values $<0,90$ indicate models with poor fit to the data, between $[0,9;0,95[$ indicate a good fit and GFI values $>0,95$ are indicators of a perfect fit. The Comparative Fit Index (CFI) was proposed by Bentler⁽¹⁷⁾ to correct the underestimation that can occur when samples are small, and this index is therefore independent of the sample size. Values $<0,90$ indicate a bad fit, values between $[0,9;0,90[$ indicate a good fit, and values $\geq 0,95$ indicate a perfect fit; Tucker-Lewis Index (TLI) ranges between 0 and 1 but is not limited to this range. Values close to 1 show an ideal fit. Parsimony GFI (PGFI) is obtained to compensate for the "artificial" improvement of the model that is achieved simply by including more parameters; that is, a more complex model may have a better fit than a simpler (parsimonious) model. The reference values indicating good fit generally values $<0,6$ indicate a bad fit, values in the range $[0,6;0,8]$ indicate an oper fit, and values $>0,8$ indicate a good fit. The Root Mean Square Error of Approximation Index (RMSEA) was proposed by Steiger⁽¹⁸⁾ to compensate for the potential improvement of the model's adjustment by the simple addition of more parameters. Empirical studies have suggested that the model adjustment is inappropriate when the point estimate of the RMSEA is $>0,10$; it is considered mediocre for RMSEA values in the range $[0,08;0,10]$, suitable $[0,05;0,08]$, and very good when it presents values below 0,05.

Results

Demographics and missing values

The present questionnaire has a sample size of 200 participants. This sample was submitted to an analysis of missing values, and it did not present any missing values.

In this study, 80% of the participants are female, and 20% male and the profession more representative is nursing with 46%, followed by Technical or Support HealthCare with 34% and doctors with 10%.

Reliability Analysis

Reliability analysis using Cronbach's α was performed on the 7 dimensions to ensure that individuals consistently responded to the items (Table 1).

With the analysis of Cronbach's α obtained for each dimension, it was possible to verify that most dimensions have substantial internal consistency, emphasizing non-work-related support and turnover intentions whose internal consistency is good. However, it is possible to observe that colleagues' support and institutional support have less internal consistency, more concretely reasonable and moderate, respectively.

Observing the value of Cronbach's α for the entirety of the questionnaire, it is possible to verify that its internal consistency is good (α 0,84)

Table 1 - Cronbach's α for each dimension and entirety of the questionnaire

		Cronbach's α	N of items
D1	Psychological Distress	0,74	4
D2	Physical Distress	0,78	4
D3	Colleague Support	0,34	4
D4	Supervisor Support	0,75	4
D5	Institutional Support	0,64	3
D6	Non-Work-Related Support	0,83	2
D7	Professional Self-efficacy	0,72	4
D8	Turnover Intentions	0,92	2
D9	Absenteeism	0,78	2
TOTAL		0,83	29

AFC Analysis

In the first phase, the theoretical model of Burlison was implemented (Table 2).

Table 2 – Burlison model

D1	Psychological Distress	I have experienced embarrassment from these instances.
		My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences.
		My experiences have made me feel miserable.
		I feel deep remorse for my past involvements in these types of events.
D2	Physical Distress	The mental weight of my experience is exhausting.
		My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly.
		The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous.
		Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.
D3	Colleague Support	I appreciate my coworkers' attempts to console me, but their efforts can come at the wrong time.
		Discussing what happened with my colleagues provides me with a sense of relief.

		My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me.
		My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made
D4	Supervisor Support	I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions.
		My supervisor's responses are fair.
		My supervisor blames individuals.
		I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices.
D5	Institutional Support	My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers
		My organization offers a variety of resources to help me get over the effects of involvement with these instances.
		The concept of concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization.
D6	Non-Work-Related Support	I look to close friends and family for emotional support after one of these situations happens.
		The love from my closest friends and family helps me get over these occurrences
D7	Professional Self-efficacy	Following my involvement, I experienced feelings of inadequacy regarding my patient care abilities.
		My experience makes me wonder if I am not a good healthcare provider.
		After my experience, I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures.
		These situations do not make me question my professional abilities.
D8	Turnover Intentions	My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care.
		Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job.
D9	Absenteeism	My experience with an adverse patient event or a medical error has resulted in me taking a mental health day.
		I have taken time off after one of these instances occurs.

Table 3 shows the correlations between the dimensions. It is observed that most dimensions are weakly to moderately correlated. As there is no correlation greater than 0,85, it is possible to conclude that there is no information redundancy.

Table 3 - Correlation matrix between dimensions

	DI1	DI2	DI3	DI4	DI5	DI6	DI7	DI8	DI9
DI1	1,000	0,659	-0,078	-0,005	0,001	-0,090	0,0443	0,376	0,165
DI2	0,659	1,000	0,101	0,089	0,053	-0,007	0,344	0,480	0,411
DI3	-0,078	0,101	1,000	0,486	0,297	0,478	-0,163	0,115	0,214
DI4	-0,005	0,089	0,486	1,000	0,518	0,243	0,115	0,217	0,170
DI5	0,001	0,053	0,297	0,518	1,000	0,114	0,113	0,220	0,119
DI6	-0,090	-0,007	0,478	0,243	0,114	1,000	-0,267	-0,046	0,020
DI7	0,0443	0,344	-0,163	0,115	0,113	-0,267	1,000	0,577	0,087
DI8	0,376	0,480	0,115	0,217	0,220	-0,046	0,577	1,000	0,380
DI9	0,165	0,411	0,214	0,170	0,119	0,020	0,087	0,380	1,000

To examine whether a different structure would fit better to the data, CFA was performed to determine how many dimensions should be retained. Figure 1 presents the path diagram for this model, which shows the relationship of individual items with dimensions, arrows show the relationship between dimensions and items, and the standardized coefficients show the strength of these relationships. A coefficient less than 0,1 indicates a low effect; coefficients around 0,3 indicate a medium effect, while significant effects are suggested by coefficients greater than or equal to 0,5. In this model, only item P3.1 shows a value below 0,1, which may indicate that this item can be removed from the model.

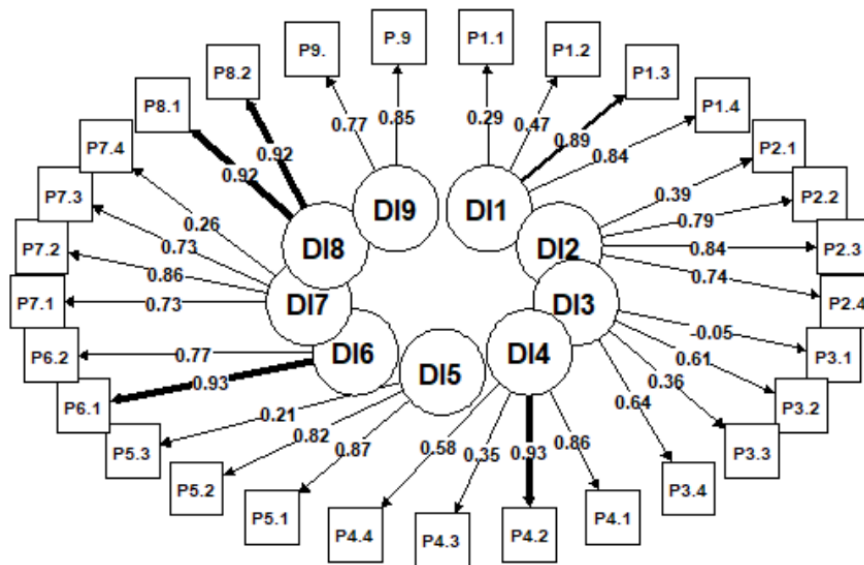


Figure 1 - Path diagram proposed by the ACF. Rectangles represent items, circles represent factors (dimensions), and the values on the arrows are the standardized factor weights (eigenvalues or eigenvalues) $-\lambda_{ij}$

The analysis indicated that the proposed model (ref) presents a good overall adjustment to the sample under study ($\chi^2/df=1,65$; CFI=0,901; GFI=0,9; TLI=0,882; PGFI=0,67; RMSEA=0,057; $p = 0,085$; IC a 90% RMSEA [0,049;0,065]).

Discussion

SVEST is the only tool that currently exists to measure the SV phenomenon⁽⁴⁾, previously validated, and used in different countries, except Portugal. As this is a broader work on the SV phenomenon in our country, a complete translation and cross-cultural adaptation were carried out based on the original questionnaire⁽⁴⁾.

Concerning the internal consistency of the questionnaire, it is possible to verify that the Cronbach's α obtained for each of the dimensions and the value obtained for the complete tool allows us to conclude that there is a correlation between the responses to the questionnaire. Moreover, as such, the research items can be treated with a single latent construct.⁽¹¹⁾ When comparing the value of Cronbach's α with other studies^(4-6,8,9), we can verify that these are like each other. By analyzing each dimension individually, we can observe that the dimensions D3-"Support from co-workers" and D5-"Support from the institution" are also lower than the other dimensions, as in the study by Burlison⁽⁴⁾.

Regarding the correlation between dimensions, it is possible to conclude that most dimensions are weakly to moderately correlated. It is also possible to observe that there is no correlation greater than 0.85, which translates into non-redundancy of information, and as such, it is not possible to remove dimensions or add dimensions and remove items.

When performing the AFC, it was possible to determine how many dimensions should be removed, verifying that the item that could be removed in this model was item P3.1. "I appreciate my coworkers' attempts to console me, but their efforts can come at the wrong time." This observation coincides with the value Cronbach's α obtained for D3 since the value of α 0,34 is unsatisfactory for the questionnaire, so it can be concluded that the elimination of P3.1 will increase the value of the internal consistency of the dimension. By removing this question, we can verify that Cronbach's α rises to 0,514, thus obtaining a moderate result for dimension.

The global adjustment of the study sample is like those carried out in the study by Burlison⁽⁴⁾ and Korean⁽⁵⁾, Chinese⁽⁷⁾, and Italian⁽⁹⁾.

Despite the promising results obtained, the study has some limitations. One limitation is related to "snowball" sampling since this technique does not guarantee representativeness or degree of precision, being also sensitive to sampling bias. This makes participants share characteristics, which can result in a poorly diversified sample.⁽¹⁹⁾ For future study, we recommend that recruitment for the validity assessment exercise be done so that the sample comprises an equal number of different health professionals, thus strengthening the instrument design.

Another limitation is Cronbach's α scores below the acceptable reliability coefficient of 0,70 in peer support and institutional support dimensions. Thus, similarly to what is presented by Burlison, we recommend that in future studies, these items should be modified to increase their scores.

After analyzing the results obtained from the validation of the translation and the cross-cultural adaptation of the SVEST tool, it is possible to conclude that satisfactory results were obtained. Thus, it is possible to conclude that this study provides preliminary support for the P-SVEST as a reliable and valid instrument to get accurate information to understand the SVS. Furthermore, P-SVEST can be used to advise on the implementation of new features, assess the quality of existing support resources, and track the performance of SV programs over time.

Conflict of interests

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

1. Wu AW. Medical error: the second victim The doctor who makes the mistake needs help too. 2000;320(March):726–7.
2. Denham CR. TRUST: The 5 rights of the second victim. *J Patient Saf.* 2007;3(2):107–19.
3. 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 Heal Care.* 2009;18(5):325–30.
4. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. 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):93–102.
5. Kim E-M, Kim S-A, Lee J-R, Burlison JD, Oh EG. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf.* 2018;00(00):1.
6. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf.* 2018;00(00):1.
7. Chen J, Yang Q, Zhao Q, Zheng S, Xiao M. Psychometric validation of the Chinese version of the Second Victim Experience and Support Tool (C-SVEST). *J Nurs Manag.* 2019;27(7):1416–22.
8. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag.* 2019;
9. Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. *J Patient Saf.* 2021;6.
10. Santana-Domínguez I, González-de la Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enferm Clin [Internet].* 2021;(xxxx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.042>
11. Hill MM, Hill A. *Investigação por Questionário. 2º edição.* Lisboa: Edições Sílabo; 2012. 81–82 p.
12. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics.* 1977;33(1):159–74.
13. Baglin J. Improving your exploratory factor analysis for ordinal data: A demonstration using FACTOR. *Practical Assessment, Research & Evaluation.* 2014;19(5)
14. Streiner DL. Figuring out factors: The use and misuse of factor analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 1994;39(3):135-140
15. Marôco J. *Análise de Equações Estruturais - Fundamentos teóricos, Software e Aplicações.* 2014;400.
16. Arbuckle JL. *Amos 18 User's Guide.* Amos 18 User's Guide. 2009. 635 p.
17. Service ET, Bentler PM. . 1990;107:238-46., Eid M, Geiser C, Koch T, Heene M, et al. Comparative fit indexes in structural modeling: Adjudging model fit. *Psychol Methods [Internet].* 1998;22(4):541–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12152184>
18. Steiger JH, Shapiro A, Browne MW. On the multivariate asymptotic distribution of sequential chi-square statistics. *Psychometrika.* 1985;50(3):253–63.
19. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas.* 2014;22(44):203–20.

Annex I - Authorization to translate SVEST to Portuguese

Translate SVEST into Portuguese in the context of a master's thesis



Remetente Burlison, Jonathan <Jonathan.Burlison@STJUDE.ORG>
Para 2010279@alunos.estesl.ipl.pt <2010279@alunos.estesl.ipl.pt>
Cc Hoffman, James <James.Hoffman@STJUDE.ORG>
Data 2021-03-15 13:53



Dear Inês,

Thank you for the expressed interest in the SVEST, and we are excited about your Master's project to translate the survey into Portuguese!

You don't need our permission, we only ask that you cite the original JPS article in your research. Please contact us again if you have other questions or need advice.

Jonathan

Jonathan Burlison, PhD, MS, CPPS
Project Manager – Patient Safety
St. Jude Children's Research Hospital
262 Danny Thomas Place - Memphis, TN 38105
Phone: (901) 595.7643 - E-mail: Jonathan.Burlison@stjude.org

Email Disclaimer: www.stjude.org/emaildisclaimer
Consultation Disclaimer: www.stjude.org/consultationdisclaimer

Annex II – P-SVEST

A sua experiência com eventos relacionados com a segurança do doente

As seguintes questões servirão para avaliar a sua experiência com eventos relacionados com a segurança do doente. Considere que esses incidentes podem ou não ter sido causados por erro e que podem ou não incluir circunstâncias que resultaram em dano para o doente.

Por favor, indique o nível de concordância com as seguintes afirmações, ou seja, o quanto se relacionam consigo e com a sua experiência enquanto profissional de saúde.

1. Stress psicológico

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Senti-me constrangido(a) com esses incidentes.					
O meu envolvimento com incidentes deixou-me receoso(a) face a acontecimentos futuros.					
A minha experiência com incidentes faz-me sentir miserável.					
Sinto um profundo remorso por ter estado envolvido(a) em incidentes					

2. Stress físico

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
O peso psicológico dos incidentes é exaustivo.					
A minha experiência com incidentes faz com que tenha, regularmente, dificuldades em dormir.					
O stress provocado pelos incidentes faz-me sentir enjoado(a) e nauseado(a).					
Pensar sobre os incidentes causa-me perda de apetite.					

3. Apoio dos(as) colegas de trabalho

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Agradeço as tentativas dos(as) meus/minhas colegas de trabalho para me confortar, mas os seus esforços podem ocorrer no momento errado.					
Discutir o que me aconteceu com os/as meus/minhas colegas proporciona-me uma sensação de alívio. ^a					

Os/As meus/minhas colegas são indiferentes ao impacto que os incidentes têm sobre mim.					
Os/As meus/minhas colegas ajudam-me a sentir que sou um(a) bom/boa profissional de saúde, apesar dos erros que cometi. ^a					

4. Apoio do(a) coordenador(a)

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Sinto que o/a meu/minha coordenador(a) me trata de forma apropriada após os incidentes. ^a					
As considerações do(a) meu/minha coordenador(a) são justas. ^a					
O/A meu/minha coordenador(a) atribui a culpa aos/às profissionais individualmente.					
Sinto que o/a meu/minha coordenador(a) avalia os incidentes, tendo em consideração a complexidade da prestação de cuidado ao doente. ^a					

5. Apoio da instituição

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A instituição para a qual trabalho percebe que os envolvidos em incidentes podem precisar de ajuda para processar e resolver os efeitos que estes causam nos prestadores de cuidados. ^a					
A instituição para a qual trabalho oferece uma variedade de recursos de apoio para ajudar os seus profissionais a superar o envolvimento em incidentes. ^a					
Na instituição para a qual trabalho o conceito de preocupação com o bem-estar dos profissionais envolvidos em incidentes não é uma prioridade.					

6. Apoio fora do ambiente de trabalho

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Procuro o apoio emocional de amigos e familiares próximos após o meu envolvimento em incidentes. ^a					
O afeto dos meus familiares e amigos ajuda-me a ultrapassar esse tipo de situações. ^a					

7. Autoconfiança no contexto profissional

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Após o meu envolvimento num incidente experienciei sentimentos de incompetência relativamente às minhas aptidões na área do cuidado ao doente.					
A minha experiência com incidentes fez-me pensar que não sou um(a) bom/boa profissional de saúde.					
Depois de estar envolvido(a) em incidentes tive receio de realizar procedimentos difíceis e/ou de alto risco.					
O meu envolvimento em incidentes não me levou a questionar as minhas qualificações profissionais. ^a					

8. Futuro profissional

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A minha experiência com incidentes já fez com que desejasse abandonar a área do cuidado ao doente.					
Por vezes o stress de estar envolvido(a) em incidentes leva-me a querer desistir do meu emprego.					

9. Absentismo

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A minha experiência com incidentes já fez com que tivesse de faltar, pelo menos um dia, por baixa psicológica.					
Após o envolvimento em incidentes tive necessidade de tirar uns dias de folga.					

Adequação do apoio prestado pela instituição de trabalho

As seguintes questões servirão para aferir qual o tipo de apoio que considera mais adequado após um profissional de saúde ser afetado negativamente pelo envolvimento num evento de segurança do doente. Considere que esses incidentes podem ou não ter sido causados por erro, e que podem ou não incluir circunstâncias que resultaram em dano para o doente.

10. Adequação do apoio prestado pela sua instituição

	Nada adequado	Menos adequado	Relativamente adequado	Muito adequado	Extremamente adequado
A possibilidade de tirar imediatamente uns dias de folga do trabalho.					
Existência de um local tranquilo, específico e apropriado que esteja disponível para recuperar e recompor após um incidente.					
Um(a) colega com experiência para conversar sobre as circunstâncias do que aconteceu.					
Um programa de apoio a profissionais que possa fornecer aconselhamento gratuito, fora do local de trabalho.					
Uma conversa com o/a meu/minha coordenador(a) sobre o incidente.					
A oportunidade de agendar uma sessão de aconselhamento ou apoio psicológico no meu local de trabalho, para conversar sobre o sucedido.					
Um meio confidencial de entrar em contacto com alguém, 24 horas por dia, para conversar sobre esse tipo de eventos e a forma como me podem estar a afetar.					

^a perguntas invertidas

Secção III

(artigo apresentado segundo as regras e cumprindo os requisitos de formação da *Patient Safety*)

The exposure of Portuguese health professionals to patient safety incidents: application of P-SVEST

Inês R. Pimenta, BSc*, Margarida Eiras, PhD**, Carina Silva, PhD***

* Biomedical scientist in quality department at Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa Student at the Master's in Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL)

**Professor at Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IPL)

*** Professor at Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IPL); Centro de Estatística e Aplicações, Universidade de Lisboa

Abstract

Several studies show that almost half of health professionals have experienced the effect of being an SV throughout their professional life. The emotional impact of these events can last from weeks to several years, depending on the nature and severity of the case, with a tendency to relive negative situations repeatedly, even being impossible to forget and causing permanent scars. At this point, the present work is developed, which aims to assess the effect of patient safety incidents on health professionals whose evaluation will be done through the application of the questionnaire P-SVEST (Portuguese Second Victim Experience and Support Survey) in Portuguese health professionals. The instrument used for this study, the P-SVEST, is a translation and cultural adaptation of the SVEST (Second Victim Experience and Support Survey) developed by Burlison in 2017. The research was carried out in Portuguese health professionals between December 3rd, 2019, and June 2nd, 2020, through internet distribution. In general, it was possible for us, in a practical way, to observe the effect of patient safety incidents on Portuguese health professionals and to realize that despite some nuances, the conclusions drawn after comparing the different studies where the SVEST was applied are similar between them. In addition, we can conclude that these same conclusions are like those described in the literature where other work tools were used.

Keywords

Patient Safety; Second Victim; SVEST; Safety culture; Health Personnel

Introduction

Health has always been expected to be a perfect art, and error is seen as a personal failure of the professionals involved. Nevertheless, unlike other skills, health professionals perform their functions in complex environments and are exposed to unexpected situations. Although they have the role of avoiding errors, due to the universal nature of human reliability, this is not always possible, resulting in patient safety incidents. We must consider a Patient Safety Incident as an “event or circumstance that could result, or has resulted, in unnecessary harm to the patient”, is in this context only considered as an Incident.⁽¹⁾ This can then be divided into the communicable occurrence, near event, undamaged incident, or adverse event.⁽¹⁾

These incidents will always have an associated first victim, the patient, and his relatives. However, we must consider that the health professional's commitment is centered on patient care, and as such, witnessing an event of this nature may not be an easy experience and may affect him emotionally. In 2000, Wu first used the term Second Victim (SV) to refer to doctors who made mistakes⁽²⁾. In 2007, this definition started to encompass all health professionals and not just doctors.⁽³⁾ Scott, in 2009, gives the definition that is currently used, referring to SV as all health professionals who are involved in an event adverse, error or injury related to patients, being traumatized by what happened.⁽⁴⁾

Several studies show that almost half of health professionals have experienced the effect of being an SV throughout their professional life^(5,6). The emotional impact of these events can last from weeks to several years, depending on the nature and severity of the case, with a tendency to relive negative situations repeatedly, even being impossible to forget and causing permanent scars⁽⁵⁾.

The SV phenomenon can be devastating because it affects the health professional, the patient, and the health system. Neglecting the event will not cultivate empathy for patients or increase attention to patient safety issues. Therefore, it is mandatory to develop a better understanding of effective and immediate surveillance and support strategies to alleviate the suffering of SV. Although much work has been done to improve patient safety, the emotional distress of SV is now beginning to receive due attention⁽⁷⁾.

At this point, the present work is developed, which aims to assess the effect of patient safety incidents on health professionals whose evaluation will be done through the application of the questionnaire P-SVEST (Portuguese Second Victim Experience and Support Survey) in Portuguese health professionals. The choice of this tool is because it has already been used in other studies in several countries, namely, Korea⁽⁸⁾, Argentina⁽⁹⁾, China⁽¹⁰⁾, Singapore⁽¹¹⁾, and Italy⁽¹²⁾. In addition, the translation, adaptation, and validation of the tool into Portuguese were carried out by the authors of the present study.

Methods

The instrument

The instrument used for this study, the P-SVEST (Annex I) is a translation and cultural adaptation of the SVEST (Second Victim Experience and Support Survey) developed by Burlison in 2017⁽¹³⁾.

This tool consists of seven dimensions that assess psychological and physical distress, colleagues, supervisor, institutional and non-work-related support, professional self-efficacy, and two work-related outcomes that evaluate turnover intentions and absenteeism, thus making 29 items. All these items are answered using the 5-point Likert scale with values ranging from 1 ("strongly disagree") to 5 ("strongly agree"). It also includes a set of questions that assess the most preferred forms of support provided by the institution. These items were also answered using the 5-point Likert scale ranging from 1 ("strongly do not desire") to 5 ("strongly desire").⁽¹³⁾

Study characteristics and data collection

This work is classified as a descriptive, cross-sectional, and observational study⁽¹⁴⁾, a sampling technique for convenience and snowball effect.⁽¹⁵⁾

The research was carried out in Portuguese health professionals between December 3rd, 2019, and June 2nd, 2020 through internet distribution, more precisely by sending the link both by email and through social networks and informal contacts, and your contacts are also requested to be disseminated the form. The questionnaire was also distributed to Facebook groups targeted at health professionals. In addition, contact was made with Orders and Professional Associations, with some of them showing availability to send the link to their members.

The construction of the questionnaire was done using the *Google Forms* software, being, as mentioned above, answered online, anonymously, with no question that can identify the individual, thus keeping the participants' privacy strictly confidential. However, in the introduction of the questionnaire, there is a question related to informed consent that only allows the continuation of the same case if the respondent accepts participating in the study.

The inclusion criteria for the study were a health professional, performing direct care, performing functions in Portugal, working in the professional area when answering the questionnaire, and having been involved in something in your professional life in a patient safety incident.

Data analysis

This study aimed to assess the effect of patient safety incidents on Portuguese health professionals through the application of the P-SVEST. For the statistical analysis of the data, the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 26.0) was used.

The questionnaire consists of two parts; the first is composed of sociodemographic and professional characterization questions to allow characterizing the sample. The second part consists of the questions of the P-SVEST survey. The complete questionnaire can be found in Annex I.

As already mentioned, the 36 questions are assessed on a 5-point Likert scale, which varies between strongly disagree or strongly do not desire (1 point) and strongly agree or strongly desire (5 points). We emphasize that some questions have a reverse answer; that is, the scale for these questions must be analyzed reversely.

To proceed with the treatment of the questionnaire results, a conversion of the reverse questions was carried out first. After this, the average response of each participant for each dimension or result variable was calculated, followed by the calculation of the percentage and the average number of responses that represent agreement, that is, whose score is greater than or equal to 4.0. In this way, it

was possible to obtain results limited to the extent of the negative effects of the SV experiences and the opportunities for better support resources.

For items related to the adequacy of the support provided to the SV by the institution, the percentage of desired support (scores 4,0 and 5,0) and not desired support (scores 1,0 and 2,0) was calculated. Thus, and not forgetting that 1 and 2 represent the not desired options and 4 and 5 the desired options, we can conclude that the results obtained can direct organizational support performance.

Results

Sociodemographic characterization

The present questionnaire reached 376 individuals; however, 176 of these individuals had never been involved in a patient safety incident during their professional life, thus obtaining 200 questionnaires. Of these 200 questionnaires, all were eligible for evaluation since all questions were mandatory.

Table 1 shows the demographic distribution of the 200 individuals who participated in the study.

We can observe that the profession more representative is nursing with 92 individuals, followed by Technical or Support HealthCare with 68 and doctors with 20. Concerning the terms of professional practice, 27% of respondents exercise their profession between 11 and 20 years old, followed by those who work between 5 and 10 years old (22%) and 16,5% for less than 5 years. Furthermore, half of the participants work 35 hours a week regarding the weekly workload, 24,5% work 40 hours a week, and 18,5% work more than 40 hours a week. Finally, we can verify that 48% of the participants did not notify about a patient safety event in the last year and that 34% made only 1 or 2.

Variable	Answer	N	%
<i>Gender</i>	Female	160	80
	Male	40	20
<i>Profession</i>	Operational Assistant	4	2
	Nurse	92	46
	Pharmaceutical	3	1,5
	Doctor	20	10
	Technical or Support Healthcare	68	34
	Other	13	6,5
<i>Profession time</i>	<5 years	33	16,5
	5-10 years	44	22
	11-20 years	54	27
	21-25 years	29	14,5
	26-30 years	12	6
	31-35 years	13	6,5
	36-40 years	8	4
	>40 years	7	3,5
<i>Weekly workload</i>	Part-time (<35h/week)	14	7
	Full-time (35h/week)	100	50
	Full-time (40h/week)	49	24,5
	Full-time(>40h/week)	37	18,5
<i>Age (clusters)</i>	21 a 30	53	26,5
	31 a 40	67	33,5
	41 a 50	41	20,5

	51 a 60	26	13
	61 a 70	10	5
	71 an 80	3	1,5
<i>Notifications in the last year</i>	None	96	48
	1 a 2	68	34
	3 a 5	16	8
	6 a 10	13	6,5
	11 a 20	2	1
	21 or more	5	2,5

Table 4 - Sociodemographic characteristics; N corresponds to the absolute number of participants and % the percentage of participants.

Dimensions and outcome variables

Based on the instructions for scoring the responses to the questionnaire, table 2 shows the absolute number and percentages of agreement of the participants, the means, and the standard deviation (SD) for each dimension and outcome variables.

About the dimensions surveyed, we observed a variation of 7% for the colleague's support (i.e., the percentage of participants who felt the support of the colleague in an experience related to SV is low) to 45% for institutional support (i.e., The rate of guest who received support from the institution in an SV experience is high). We also find that 36% of the participants have already experienced psychological distress in an SV experience and that only 19% felt this effect on a physical level. Concerning the different types of support, 45% can count on the institution at a time like this, followed by the supervisor support and non-work-related support, with the colleague's support (7%) being a form of support less felt by the participants. It is also possible to observe that 35% of the participants have lost professional Self-efficacy.

Regarding the outcome variables, we can see that only 9% of the participants have already had absenteeism due to the experience of SV, while 23,5% have turnover Intentions.

Variable	N of agreement	% of agreement	Mean	σ
<i>Psychological Distress</i>	72	36	3,2	0,75
<i>Physical Distress</i>	38	19	2,7	0,81
<i>Colleague Support</i>	14	7	2,7	0,60
<i>Supervisor Support</i>	43	21,5	2,9	0,80
<i>Institutional Support</i>	90	45	3,5	0,93
<i>Non-Work-Related Support</i>	21	10,5	2,4	0,70
<i>Professional Self-efficacy</i>	70	35	3,1	0,83
<i>Turnover Intentions</i>	47	23,5	2,3	1,12
<i>Absenteeism</i>	9	4,5	1,7	0,84

Table 5 - Agreement of the 7 dimensions and the outcome variables; % of agreement corresponds to the percentage of participants that agrees, with mean and standard deviation (σ)

Second Victim Support Option Desirability

Considering the questionnaire's scoring instructions, table 3 shows the absolute number and percentages of desired and not desired support, as well as the means and standard deviation (SD) for each variable.

Of the 7 options available, the most desired was "A respected peer to discuss the details of what happened." (56% desired, 24% not desired; average 3,4 and SD 1,32), and the least desired was "A specified peaceful location that is available to recover and recompose after one of these types of events." (34% desired, 48.5% not desired, with 2,6 average and SD of 1,4). However, averages for all support options were close to the neutral rating.

Variable	Desired		Not desired		Mean	σ
	N	%	N	%		
<i>The ability to immediately take time away from my unit for a little while.</i>	38	19	86	43	2,5	1,17
<i>A specified peaceful location that is available to recover and recompose after one of these types of events.</i>	68	34	97	48,5	2,6	1,40
<i>A respected peer to discuss the details of what happened.</i>	112	56	48	24	3,4	1,32
<i>An employee assistance program that can provide free counseling to employees outside of work.</i>	82	41	86	43	2,8	1,51
<i>A discussion with my manager or supervisor about the incident.</i>	100	50	50	25	3,3	1,27
<i>The opportunity to schedule a time with a counselor at my hospital to discuss the event.</i>	75	37,5	86	43	2,8	1,48
<i>A confidential way to get in touch with someone 24 hours a day to discuss how my experience may be affecting me.</i>	70	35	92	46	2,7	1,49

Table 6 - Quantification of the desirability and non-desirability of support option, with mean and standard deviation (σ)

Discussion

It is essential to ensure that health professionals do not become an SV after any incidents, as the suffering related to it can affect the patient's safety even more negatively.

In the present study, it was possible to verify that the dimension "psychological distress" obtained a higher percentage of agreement than "physical distress". In this way, it is possible to conclude that feelings such as guilt, anxiety, and fear after an incident are the most reported by Portuguese health professionals concerning physical symptoms such as tiredness, sleep disorders, and disorders to feed. This result is consistent with the results of other studies where the same questionnaire was applied⁽⁸⁻¹²⁾ except with the US study⁽¹³⁾, which allows us to state that psychological symptoms are the ones that have the most effect on SV. However, our study's emotional effect is significantly higher than previous SVEST studies, except for adaptation in China⁽¹⁰⁾ and Argentina⁽⁹⁾. The same happens with the physical symptoms, where only the adaptation of China⁽¹⁰⁾ and Singapore⁽¹¹⁾ is superior to ours.

Regarding the forms of support felt in an experience related to SV, we found that the support of the institution is the most chosen and the support of colleagues less. The difficulty can justify the weak agreement in support of colleagues that it can be to talk with colleagues without feeling judged. Another justification can be the impersonal culture that often feels in the work environment; on the other hand, the support of the institution may have more agreement due to the Just Culture that has been developing in recent years. The same is true of other studies, except for the Argentine research⁽⁹⁾.

About Professional Self-efficacy is possible to verify that this dimension has some effect on Portuguese health professionals, being the study where there is a more significant loss of professional confidence when compared with the other studies⁽⁸⁻¹³⁾. Although this effect is always present in the samples under study, its percentage varies throughout the studies, which can be related to the fact that this is a long-term effect, unlike emotional or physical reactions, thus depending on the time between the incident and the response to the questionnaire.

In this study, the percentage of health professionals who reported absenteeism after an incident is low, meaning that there is no increased need to take days off or leave after being involved in an incident. However, the result obtained in our study is different from that of the other studies, except for the research of China⁽¹⁰⁾ and Argentina⁽⁹⁾. Even so concerning their professional future, some Portuguese professionals have doubts about their path, and although this value is not very high when

compared with the other studies⁽⁸⁻¹³⁾, significant differences are observed. The different ways can justify these divergences that a lack of or low psychological treatment is seen in other cultures and the various social pressures for the perfection of health professionals and the individual's view of himself where he does not make mistakes. Nevertheless, we can state that our results agree with the reports that SV is directly related to absenteeism and doubts about their professional future⁽¹³⁾.

Concerning the options of support desired, the form most chosen by the participants of this study is "A respected peer to discuss the details of what happened", a choice that is also found in the research in the USA and Singapore^(11,13). This goes in line with what was observed in the existing forms of support since the support of colleagues was the same form of support felt by the respondents, thus concluding that health professionals effectively lack the support of their peers. On the other hand, the least desired form of support is "A specified peaceful location that is available to recover and recompose after one of these types of events". When observing the least desired form of support in other studies^(11,13), we find that this is different from the Portuguese study but coincident between them. This fact may be related to cultural issues, as there is still some reticence in our society in addressing vain paths related to introspection and meditation.

However, this study has some limitations. One of the limitations is related to the "snowball" sampling, as this technique does not guarantee the representativeness or degree of precision, being also especially sensitive to the sampling bias since the participants share characteristics and may result in a tiny, diversified sample.⁽¹⁵⁾ Another limitation will be the sample size, as we know that 200 individuals in the universe of Portuguese health professionals are a low number. Finally, still related to the questionnaire dissemination process, we have limited contact with the participant. In this case, considering that the patient safety theme and all the surrounding vocabulary is not addressed in most professions except for nursing and medicine. Thus, we would say that the next step would be to disseminate this questionnaire in several hospital centers and clinics, first addressing health professionals with a theoretical explanation of the theme and then a subsequent response to the tool.

Another limitation of this study is related to the evolution of the second victim's experience, as described in the literature, some symptoms appear soon after the incident and others in a later period. Thus, when releasing the questionnaire in a single moment, without assessing how long ago the incident occurred, we may be facing a memory bias since the surveyed SVs may not remember exactly all the consequences of what happened.

In general, it was possible for us, in a practical way, to observe the effect of patient safety incidents on Portuguese health professionals and to realize that despite some nuances, the conclusions drawn after comparing the different studies where the SVEST was applied are similar between them. In addition, we can conclude that these same conclusions are like those described in the literature where other work tools were used.

In conclusion, the use of this tool provides evidence on the effects of Incidents on the Portuguese SV. Furthermore, it also contributes to the development of support programs for SV, which health managers can use to guide the implementation of new resources for SVs, evaluate their quality, and monitor the performance of SV support programs over time.

Conflict of interests

The authors have no conflicts of interest to declare.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Portuguese Association of Oral Hygienists, the Portuguese Association of Occupational Therapists, and the Portuguese Association for Hospital Development for releasing the questionnaire to the partners.

Bibliography

1. DGS. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico Final. 2011;142.
2. Wu AW. Medical error: the second victim The doctor who makes the mistake needs help too. 2000;320(March):726-7.
3. Denham CR. TRUST: The 5 rights of the second victim. J Patient Saf. 2007;3(2):107-19.

4. 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 Heal Care*. 2009;18(5):325–30.
5. Coskun O. Second victims in health care : current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;
6. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):325–31.
7. Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf*. 2015;11(2):73–8.
8. Kim E-M, Kim S-A, Lee J-R, Burlison JD, Oh EG. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf*. 2018;00(00):1.
9. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *J Patient Saf*. 2018;00(00):1.
10. Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SY. From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1818–25.
11. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang W. A cross-sectional survey on nurses’ second victim experience and quality of support resources in Singapore. *J Nurs Manag*. 2019;
12. Pieretti A, Bastiani L, Bellandi T, Molinaro S, Zoppi P, Rasero L. Second Victim Experience and Support Tool: An Assessment of Psychometric Properties of Italian Version. *J Patient Saf*. 2021;6.
13. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. 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):93–102.
14. Fortin MF. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, editor; 2009.
15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*. 2014;22(44):203–20.

Annex I – P-SVEST

Consentimento informado

Aceito participar neste estudo e autorizo a utilização dos dados que voluntariamente forneço, consentino que apenas sejam utilizados para este estudo e sob a garantia de confidencialidade e anonimato assegura pela investigadora. Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo e que preencho os pré-requisitos solicitados.

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Exposição a Incidentes de Segurança do Doente

Considerando que os incidentes podem ou não ter sido causados por erro e que podem ou não incluir circunstâncias que resultaram em dano para o doente, responda à seguinte questão-chave:

Alguma vez, ao longo da sua vida profissional, esteve envolvido em incidentes relacionados com a segurança do doente?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Sobre si

Por favor, responda a umas breves questões sobre si e a sua profissão.

1. Sexo

<input type="checkbox"/>	Feminino
<input type="checkbox"/>	Masculino

2. Idade

Indique a sua idade em anos completos.

3. Profissão

Indique qual a profissão que exerce atualmente.

<input type="checkbox"/>	Assistente operacional
<input type="checkbox"/>	Enfermeiro(a)
<input type="checkbox"/>	Farmacêutico(a)
<input type="checkbox"/>	Médico(a)
<input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior de Diagnóstico e Terapêutica
<input type="checkbox"/>	Outra

4. Tempo total de exercício profissional

Indique há quanto tempo exerce a atividade profissional acima referida.

	< 5 anos
	5-10 anos
	11-20 anos
	21-25 anos

	26-30 anos
	31-35 anos
	36-40 anos
	>40 anos

5. Horário semanal

Indique o número de horas que trabalha por semana na referida profissão. Caso trabalhe em dois ou mais locais, por favor, assumo a totalidade das horas exercidas.

	Horário parcial (<35h/semana)
	Horário completo (35h/semana)
	Horário completo (40h/semana)
	Horário acrescido (>40h/semana)

6. Número de notificações/ocorrências nos últimos 12 meses

Indique o número de notificações de eventos adversos que registou nos últimos 12 meses.

	Nenhum
	1 a 2
	3 a 5

	6 a 10
	11 a 20
	21 ou mais

A sua experiência com eventos relacionados com a segurança do doente

As seguintes questões servirão para avaliar a sua experiência com eventos relacionados com a segurança do doente. Considere que esses incidentes podem ou não ter sido causados por erro e que podem ou não incluir circunstâncias que resultaram em dano para o doente.

Por favor, indique o nível de concordância com as seguintes afirmações, ou seja, o quanto se relacionam consigo e com a sua experiência enquanto profissional de saúde.

11. Stress psicológico

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Senti-me constrangido(a) com esses incidentes.					
O meu envolvimento com incidentes deixou-me receoso(a) face a acontecimentos futuros.					
A minha experiência com incidentes faz-me sentir miserável.					
Sinto um profundo remorso por ter estado					

envolvido(a) em incidentes					
----------------------------	--	--	--	--	--

12. Stress físico

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
O peso psicológico dos incidentes é exaustivo.					
A minha experiência com incidentes faz com que tenha, regularmente, dificuldades em dormir.					
O stress provocado pelos incidentes faz-me sentir enjoado(a) e nauseado(a).					
Pensar sobre os incidentes causa-me perda de apetite.					

13. Apoio dos(as) colegas de trabalho

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Agradeço as tentativas dos(as) meus/minhas colegas de trabalho para me confortar, mas os seus esforços podem ocorrer no momento errado.					
Discutir o que me aconteceu com os/as meus/minhas colegas proporciona-me uma sensação de alívio. ^a					
Os/As meus/minhas colegas são indiferentes ao impacto que os incidentes têm sobre mim.					
Os/As meus/minhas colegas ajudam-me a sentir que sou um(a) bom/boa profissional de saúde, apesar dos erros que cometi. ^a					

14. Apoio do(a) coordenador(a)

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Sinto que o/a meu/minha coordenador(a) me trata de forma apropriada após os incidentes. ^a					
As considerações do(a) meu/minha coordenador(a) são justas. ^a					
O/A meu/minha coordenador(a) atribui a culpa aos/às profissionais individualmente.					
Sinto que o/a meu/minha coordenador(a) avalia os incidentes, tendo em consideração a complexidade da prestação de cuidado ao doente. ^a					

15. Apoio da instituição

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A instituição para a qual trabalho percebe que os envolvidos em incidentes podem precisar de ajuda para processar e resolver os efeitos que estes causam nos prestadores de cuidados. ^a					
A instituição para a qual trabalho oferece uma variedade de recursos de apoio para ajudar os seus profissionais a superar o envolvimento em incidentes. ^a					
Na instituição para a qual trabalho o conceito de preocupação com o bem-estar dos profissionais					

envolvidos em incidentes não é uma prioridade.					
--	--	--	--	--	--

16. Apoio fora do ambiente de trabalho

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Procuro o apoio emocional de amigos e familiares próximos após o meu envolvimento em incidentes. ^a					
O afeto dos meus familiares e amigos ajuda-me a ultrapassar esse tipo de situações. ^a					

17. Autoconfiança no contexto profissional

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Após o meu envolvimento num incidente experienciei sentimentos de incompetência relativamente às minhas aptidões na área do cuidado ao doente.					
A minha experiência com incidentes fez-me pensar que não sou um(a) bom/boa profissional de saúde.					
Depois de estar envolvido(a) em incidentes tive receio de realizar procedimentos difíceis e/ou de alto risco.					
O meu envolvimento em incidentes não me levou a questionar as minhas qualificações profissionais. ^a					

18. Futuro profissional

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A minha experiência com incidentes já fez com que desejasse abandonar a área do cuidado ao doente.					
Por vezes o stress de estar envolvido(a) em incidentes leva-me a querer desistir do meu emprego.					

19. Absentismo

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A minha experiência com incidentes já fez com que tivesse de faltar, pelo menos um dia, por baixa psicológica.					
Após o envolvimento em incidentes tive necessidade de tirar uns dias de folga.					

Adequação do apoio prestado pela instituição de trabalho

As seguintes questões servirão para aferir qual o tipo de apoio que considera mais adequado após um profissional de saúde ser afetado negativamente pelo envolvimento num evento de segurança do doente. Considere que esses incidentes podem ou não ter sido causados por erro, e que podem ou não incluir circunstâncias que resultaram em dano para o doente.

20. Adequação do apoio prestado pela sua instituição

	Nada adequado	Menos adequado	Relativamente adequado	Muito adequado	Extremamente adequado
A possibilidade de tirar imediatamente uns dias de folga do trabalho.					
Existência de um local tranquilo, específico e apropriado que esteja disponível para recuperar e					

recompor após um incidente.					
Um(a) colega com experiência para conversar sobre as circunstâncias do que aconteceu.					
Um programa de apoio a profissionais que possa fornecer aconselhamento gratuito, fora do local de trabalho.					
Uma conversa com o/a meu/minha coordenador(a) sobre o incidente.					
A oportunidade de agendar uma sessão de aconselhamento ou apoio psicológico no meu local de trabalho, para conversar sobre o sucedido.					
Um meio confidencial de entrar em contacto com alguém, 24 horas por dia, para conversar sobre esse tipo de eventos e a forma como me podem estar a afetar.					

^a perguntas invertidas

Conclusão

As principais conclusões dividem-se em duas partes. A primeira parte relaciona-se com os resultados obtidos na Revisão Sistemática da Literatura, a segunda com os resultados obtidos no estudo observacional.

Relativamente à primeira parte é possível concluir que a maioria dos profissionais de saúde, em algum momento da vida profissional, já teve envolvido em incidentes de SD, desenvolvendo sequelas psicológicas, físicas e profissionais, sendo as psicológicas as mais relatadas. Foi possível verificar que todos estas sequelas acabam por trazer consequências para a vida pessoal e profissional dos indivíduos, chegando alguns a sofrer de Síndrome de *Burnout* ou Transtorno de *stress* pós-traumático. É ainda possível concluir que os efeitos dos incidentes de SD são independentes quer da categoria, experiência ou especialidade do profissional de saúde, quer do tipo de incidente de SD.

Em relação à segunda pode-se concluir que os profissionais de saúde também sofrem com os efeitos dos incidentes de SD, tendo o fator psicológico maior impacto do que o fator físico. Observa-se também que após a ocorrência destes incidentes, os profissionais de saúde portugueses tendem a desacreditar das suas capacidades, tendo algumas dúvidas sobre o seu futuro profissional, sendo, no entanto, na instituição onde trabalham que encontram mais apoio.

Este trabalho revelou ser uma mais-valia, não só por permitir fazer um levantamento dos efeitos dos profissionais de saúde em diferentes culturas, especialmente na cultura portuguesa, como por permitir a validação de uma ferramenta que irá possibilitar o desenvolvimento de novos estudos sobre esta temática na população portuguesa.

Um dos aspetos que a salientar neste trabalho, é a relação da SV com os seus pares. Esta relação pode ser verificada, não só pela falta de concordância dos profissionais de saúde portugueses com a dimensão do questionário que avalia o apoio dos colegas, como também pelo facto de a forma de apoio mais desejada pela instituição ser um colega com experiência com quem conversar sobre o sucedido. Isto pode ser justificada pela dificuldade que pode ser falar com colegas sem sentir julgado por eles e pela cultura impessoal que muitas vezes se faz sentir no ambiente de trabalho. Outra possível justificação, pode estar relacionada com o facto dos profissionais ao se verem envolvidos num Incidente, tendem a deixarem de se sentirem confortáveis com eles próprios e com o ambiente profissional que os rodeia, desenvolvendo relações tensas com os seus pares, quando estas relações deveriam ser de apoio mútuo.

No entanto, outro aspeto a salientar, é a relação da SV com a instituição, pois verificou-se que o apoio da instituição é a que apresenta uma maior concordância nos profissionais de saúde portugueses. Tal pode ser justificado pela Cultura Justa que se vem a desenvolver nos

últimos anos, em que mais do que punir os profissionais envolvidos pretende-se responsabilizá-los, no entanto entendendo o que aconteceu para que ocorresse aquela situação.

Como resultado deste estudo, é viável afirmar que é imperativo alertar para o fenómeno da SV e desenvolver programas de apoio à SV, para que estes profissionais percebam o que aconteceu, se sintam protegidos e tenham ferramentas para lidar com o efeito de uma situação anómala, de forma a continuar a desenvolver a sua profissão e a prestar cuidados de excelência ao doente.


Bibliografia

1. Eiras M. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente. 2011;249. Available from: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24879>
2. Vagarinho M. EVENTOS ADVERSOS NO INTERNAMENTO DO IDOSO: Caracterização de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. 2018;10(2):1–15.
3. DGS. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico Final. 2011;142.
4. Coskun O. Second victims in health care : current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;
5. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Heal Care*. 2017;29(4):450–60.
6. Gómez-Durán EL, Tolchinsky G, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Neglecting the “second victim” will not help harmed patients or improve patient safety. *BMJ [Internet]*. 2019;365(May):2167. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.l2167>
7. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. 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):93–102.
8. Wu AW. Medical error: The second victim. Vol. 172, *Western Journal of Medicine*. 2000. p. 358–9.
9. 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 Heal Care*. 2009;18(5):325–30.
10. Johnson J, Ford E, Yu J, Buckey C, Fogh S, Evans SB. Peer support: A needs assessment for social support from trained peers in response to stress among medical physicists. *J Appl Clin Med Phys*. 2019;20(9):157–62.
11. Denham CR. TRUST: The 5 rights of the second victim. *J Patient Saf*. 2007;3(2):107–19.
12. Direção Geral da Saúde. Qualidade na Saúde - Segurança do Doente. 2014; Available from: <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
13. Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg*. 2015;24(6).

Anexo I

ScholarOne Manuscripts™

Ines Pimenta | Instructions & Forms | Help



Ciência & Saúde Coletiva

Home | Author

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation


Thank you for your submission

Submitted to	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID	CSC-2021-2161
Title	O EFEITO DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA DO DOENTE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA
Authors	Pimenta, Ines Eiras, Margarida
Date Submitted	15-Nov-2021

Author D

Anexo II

Patient Safety Tasks 0 English View Site Inesrpimenta

 **Submissions**

My Queue 2 Archives Help

Submissions

My Assigned

[New Submission](#)

539	Pimenta et al. The exposure of Portuguese health professionals to patient safety incidents: application of P-SVEST	Submission	▼
537	Pimenta et al. Translation and Psychometric Validation of the Portuguese version of the "Second Victim Experience and Support Tool" (P-SVEST)	Submission	▼

Platform &
workflow by
OJS / PKP