

ERROS E EVENTOS ADVERSOS: O PAPEL DE UM SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL

ERRORS AND ADVERSE EVENTS: THE ROLE OF AN OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE

TIPO DE ARTIGO: Caso Clínico

Autores: Sousa A¹, Bernardes S², Tolentino D³, Ramos I⁴.

RESUMO

Introdução

Tradicionalmente, os conceitos de segurança, erros e eventos adversos têm sido utilizados na saúde, contudo podem ser considerados noutros setores de atividade. Podem ser identificadas três vítimas, interligadas entre si. Este trabalho procura exemplificar um caso peculiar sobre estes conceitos, assim como promover a reflexão sobre a intervenção de um Serviço de Saúde Ocupacional e permitir que serviços de outras áreas laborais possam refletir e aprender com este exemplo, no sentido de ser aplicadas medidas, com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados aos trabalhadores.

Descrição do caso

Profissional do sexo feminino, 62 anos, a desempenhar funções há 27 anos num hospital terciário. Sem antecedentes laborais ou pessoais de relevo. Realizou exames complementares de diagnóstico no contexto de vigilância periódica da saúde, sem sintomatologia associada. No dia em que procedeu à colheita de sangue, o laboratório informou o Serviço de Saúde Ocupacional que existiam alterações analíticas compatíveis com o diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda. Foi iniciado contacto com a Hematologia, com marcação de consulta para o dia seguinte no Hospital Dia de Hematologia para avaliação e seguimento célere. Contactou-se telefonicamente a profissional, que informou estar no Serviço de Saúde Ocupacional a aguardar consulta de Psicologia, no contexto de conflitos laborais. Procedeu-se à comunicação de más notícias pela equipa médica e de psicologia. A reação emocional foi adequada, expressando enorme labilidade emocional, com oportunidade de se ausentar do trabalho e dadas instruções com a máxima clareza e empatia. No dia seguinte, e após observação pela Hematologia, com realização de reavaliação analítica e mielograma, não foi confirmada a hipótese diagnóstica. Apurou-se que houve uma troca dos tubos de sangue da profissional pelos de outro doente.

Discussão

Os profissionais da Saúde Ocupacional, independentemente do setor de atividade onde atuem, devem conhecer a tipologia destes eventos, o seu impacto, reconhecer as vítimas, disponibilizar apoio e contribuir

¹ Alexandra Sousa

Médico Interno de Formação Específica de Medicina do Trabalho no Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde do São José. MORADA COMPLETA PARA CORRESPONDÊNCIA DOS LEITORES: Serviço de Saúde Ocupacional, Alameda Santo António dos Capuchos, 1169-050 Lisboa. E-MAIL: 77373@ulssjose.min-saude.pt. N° ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0805-204X>
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: aquisição de dados, revisão bibliográfica, conceção e redação do manuscrito

² Sónia Bernardes

Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde Ocupacional, Ponto Focal Institucional do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no sector da Saúde (PAPVSS). 1169-050 Lisboa. E-MAIL: sonia.pinote@ulssjose.min-saude.pt
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: conceção e redação do manuscrito

³ Daniela Tolentino

Assistente Hospitalar de Medicina do Trabalho, Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde do São José. 1169-050 Lisboa. E-MAIL: daniela.tolentino@ulssjose.min-saude.pt
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito

⁴ Isabel Ramos

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina do Trabalho e Medicina Interna; Peritagem Médica da Segurança Social; Responsável do Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde de São José. 1169-050 Lisboa. E-MAIL: isabel.ramos@ulssjose.min-saude.pt
-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: revisão do manuscrito



para a abordagem e cultura organizacional após a sua ocorrência. A primeira vítima é a profissional visada no caso, as segundas, todos aqueles que estiveram envolvidos na troca dos tubos, processamento da amostra e comunicação de más notícias e a terceira vítima é a organização de saúde. Sublinha-se a importância de intervir em vários aspetos organizacionais para se reduzir a incidência destes eventos, em particular um ambiente não punitivo. Existem limitações para o estudo destas temáticas entre os vários setores laborais visto que a terminologia não está padronizada.

Conclusão

O objetivo é transformar um evento adverso numa oportunidade de melhoria dos procedimentos. Este caso torna evidente a necessidade constante de aprendizagem, assim como, o papel do Serviço de Saúde Ocupacional como agente promotor da mesma. Contudo, são necessários mais estudos nos vários setores de atividade para obtenção de conhecimento objetivo sobre estas temáticas e para a criação de planos de ação e partilha do conhecimento existente entre as várias áreas laborais.

PALAVRAS-CHAVE: saúde ocupacional, erros, comunicação de más notícias, medicina do trabalho, psicologia do trabalho, enfermagem do trabalho, segurança do trabalho.

ABSTRACT

Introduction

Traditionally, the concepts of safety, errors, and adverse events have been used in healthcare, but they can be considered in other sectors. Three interconnected victims can be identified. This paper seeks to illustrate a unique case involving these concepts, as well as to promote reflection on the intervention of an Occupational Health Service and allow services in other areas of the workplace to reflect and learn from this example, with a view to implementing measures aimed at continuously improving the provision of care to workers.

Case description

Female worker, 62 years old, working for 27 years in a tertiary hospital. No relevant employment or personal history. She underwent complementary diagnostic tests in the context of periodic health monitoring, without symptoms. On the day the blood was collected, the laboratory informed the Occupational Health Service that there were analytical alterations compatible with the diagnosis of Acute Myeloid Leukemia. Contact was initiated with Hematology, with an appointment for the following day at the Hematology Day Hospital for evaluation and rapid monitoring. The worker was contacted by telephone, who reported that she was already at the Occupational Health Service awaiting a Psychology consultation, in the context of labor disputes. The medical and psychology team proceeded to truth disclosure. The emotional reaction was adequate, with enormous emotional lability, with the opportunity to take time off work and instructions given with maximum clarity and empathy. The following day, and after observation by Hematology, with analytical reevaluation and myelogram, the diagnostic hypothesis was not confirmed. It was found that the professional's blood tubes were swapped with those of another patient.

Discussion

Occupational health professionals, regardless of their sector, must understand the impact of these events, recognize the victims, provide support, and contribute to the organizational culture and approach after they occur. The first victim is the professional targeted in the case; the second are all those involved in changing the tubes, processing the sample, and communicating bad news; and the third victim is the healthcare organization. The importance of intervening in various organizational aspects to reduce the incidence of these events is emphasized, particularly by ensuring a non-punitive environment. There are limitations to studying these topics across various work sectors due to the lack of standardized terminology.

Conclusion

It is possible to transform an adverse event into an opportunity for improvement. This case highlights the constant need for progress, as well as the role of the Occupational Health Service as an agent promoting it. However, further studies are needed in various sectors to obtain objective knowledge on these topics and to create action plans and share existing knowledge across various work areas.

KEYWORDS: Occupational Health, Medical Errors, Truth Disclosure, Occupational Medicine, Occupational Psychology, Occupational Nursing, Occupational Safety.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são sistemas complexos e adaptativos, não previsíveis, dada a forte influência profissional, comunitária e do microssistema (regulação, políticas, mercado) de cada organização de saúde (1) (2). À medida que a sua complexidade progride, há maior probabilidade de erro humano e de danos, e é neste contexto que surge o conceito de segurança do doente (2). Este relaciona-se com a prevenção e redução dos riscos, erros e danos que ocorrem aos doentes durante a prestação de cuidados de saúde, sendo

que a melhoria contínua advém da aprendizagem dessas situações (2). Em 2005, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu diretrizes sobre a segurança do doente, a fim de promover a adoção de políticas sobre matérias como a notificação e aprendizagem com o erro (3).

Um erro define-se como uma falha de execução de uma ação previamente intencionada e planeada, assim como, a utilização de um plano errado para atingir um determinado fim (1). Um evento adverso define-se como uma lesão provocada num doente devido à intervenção médica em si (e não à condição clínica subjacente), podendo ser previsível (associado a erro), não previsível (na ausência de qualquer erro), negligente (subgrupo de evento adverso devido a cuidados que não seguiram os padrões esperados) ou "*near misses*" (não induzem qualquer efeito adverso no doente) (1).

Nos países mais desenvolvidos, estima-se que 1 em cada 10 doentes seja prejudicado durante o atendimento sendo que, quase 50% das situações são evitáveis (2). Os erros mais prejudiciais estão relacionados com o diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos. Os primeiros ocorrem em cerca de 5% dos adultos atendidos no ambulatório, dos quais, mais de metade têm o potencial de causar danos graves (2).

Estima-se que a maioria das pessoas sofrerá um erro de diagnóstico ao longo da vida (2). Edwards Deming defende que 85% dos erros em qualquer desempenho são erros de processo/organizacionais, e apenas 15% podem-se atribuir a causas específicas, entre as quais, se inclui o erro do profissional.

Este tipo de eventos apresenta consequências financeiras diretas de cerca de 15% do total de despesas hospitalares nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2).

Perante a ocorrência de erro e/ou evento adverso, podem ser identificadas três vítimas, interligando-se entre si. A primeira trata-se do doente a quem foi prestado o cuidado de saúde. O seu impacto é, talvez, o mais facilmente reconhecido pelas consequências físicas, emocionais e financeiras que a prestação de cuidados lhe causou (4). As segundas vítimas são os trabalhadores envolvidos nesta prestação de cuidados e a terceira a organização de saúde.

Tradicionalmente, os conceitos de segurança do doente e o fenómeno de segunda vítima têm sido utilizados e investigados no setor da saúde e, a evidência científica aparenta indicar que este pode estar na vanguarda quando se trata de reconhecer e abordar estas temáticas (5). O trabalho Conti A *et al* (5), constatou que existem semelhanças nas consequências psicológicas vivenciadas pela segunda vítima nos diversos setores, nomeadamente, na extração de petróleo, ferrovias, serviços de emergência, ensino, medicina veterinária, negócios, construção civil, engenharia, farmácia e assistentes sociais. Tal sugere, que se podem aplicar estes conceitos em qualquer contexto de trabalho. Nos setores não relacionados com a saúde, pode fazer sentido pensar no cliente/utilizador do serviço como a primeira vítima, o profissional envolvido na cadeia de acontecimentos e decisões que levou ao erro ou evento adverso como a segunda e a empresa como a terceira.

A missão do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) centra-se na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e manutenção de um ambiente de trabalho saudável e seguro. A situação relatada enquadra-se no âmbito do Programa de Vigilância da Saúde da Medicina do Trabalho, em paralelo com a estratégia no âmbito da saúde mental do programa de apoio aos trabalhadores (PAT), que inclui, entre outras intervenções, consulta individual de mediação de conflitos.

Tomaremos este caso, que ocorreu no setor da saúde, em ambiente hospitalar, como exemplo, procurando refletir nas consequências deste tipo de eventos, qual a abordagem após os mesmos, salientar a importância de um SSO, especialmente a equipa multidisciplinar. Como agente promotor de segurança e saúde, permitir

que os SSO de outros setores de atividade possam refletir e aprender com este exemplo, no sentido de ser aplicadas medidas, com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados aos trabalhadores.

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se um caso de profissional, sexo feminino, 62 anos, a desempenhar funções há 27 anos num hospital terciário. Sem antecedentes laborais ou pessoais de relevo para o caso. Trata-se de profissional que realizou exames complementares de diagnóstico no contexto de vigilância periódica da saúde, sem sintomatologia associada. No dia em que procedeu à colheita de sangue, o profissional do laboratório, responsável pela validação dos resultados analíticos, contactou o SSO a fim de informar que existiam alterações analíticas compatíveis com o diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda. Após a verificação dos resultados pela equipa médica do SSO, foi iniciado contacto com a Hematologia para avaliação e seguimento célere, com marcação de consulta para o dia seguinte no Hospital Dia de Hematologia.

Posteriormente, e dada a gravidade da situação clínica, contactou-se telefonicamente a profissional para esta comparecer a exame de saúde com o objetivo de comunicar os resultados de forma presencial. Contudo, esta informou que se encontrava na sala de espera do SSO. Verificou-se que a profissional tinha uma consulta de Psicologia, no contexto de conflitos no local de trabalho, originalmente agendada após encaminhamento da chefia no âmbito do PAT. Assim, previamente à realização da consulta de psicologia, a equipa médica reuniu-se com a psicóloga para discutir a situação clínica e planeamento de comunicação de más notícias através de consulta multidisciplinar. Perante a notícia, a reação emocional foi adequada, existindo enorme labilidade emocional, entre choro, tristeza, choque, surpresa e raiva. A profissional contactou a chefia que deu autorização para se ausentar do trabalho nessa tarde, utilizando como justificação a situação de conflito com um colega. Face à situação, foram dadas instruções com a máxima clareza e empatia, assim como, possibilidade de contacto com o SSO.

No dia seguinte, após observação em Hospital Dia de Hematologia, com realização de avaliação analítica e mielograma, não é confirmada a hipótese de diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda. Após apuramento dos factos, concluiu-se que houve uma troca dos tubos de sangue da profissional pelos de outra pessoa, que estava internado no serviço onde a profissional trabalhava e realizou a colheita de sangue. Por fim, contactou-se a profissional a lamentar o sucedido e a informar da disponibilidade e apoio do SSO. Não foi realizado relato de incidente, por parte da SSO.

DISCUSSÃO

O erro descrito ocorreu na sequência de emissão de exame complementar de diagnóstico (avaliação analítica) solicitado por um Médico do Trabalho de um SSO Hospitalar, no âmbito da vigilância da saúde. Importa reforçar que estes exames deverão estar de acordo com aquilo que são as funções laborais, exposição aos fatores de risco e conseqüente risco para a saúde dos profissionais, evitando-se a realização de exames para além dos necessários, minimizando assim a ocorrência de erros e eventos adversos, que se podiam associar a esta prescrição. Todavia, sabe-se que nem toda a realidade nacional da saúde ocupacional se enquadra no contexto hospitalar.

O facto de a profissional ter optado por realizar a colheita de sangue num serviço que não o laboratório, pode ter contribuído para o erro, dado que este último prevê a aplicação de processos no ato da colheita, que asseguram a qualidade e segurança.

No entanto, a ocorrência de eventos e erros, que impactam diretamente na segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores e empresas, é passível de acontecer em qualquer atividade laboral (5). À semelhança da saúde, que assumiu o papel de reconhecer explicitamente o conceito de segurança do doente e estabelecer uma base de conhecimento para desenvolver intervenções e sistemas de apoio adequados, outras áreas deverão fazer o mesmo, com eventual colaboração intersectorial e partilha de conhecimento (5). Os profissionais da Saúde Ocupacional, independentemente do setor de atividade onde atuem, devem conhecer a tipologia dos eventos adversos, o seu impacto, reconhecer as vítimas, em particular os trabalhadores que tomaram as decisões que culminaram no evento, e contribuir para a abordagem e cultura organizacional após a sua ocorrência, notificando e promovendo ações de melhoria.

No caso exposto, a primeira vítima é a profissional visada no caso, podendo-se eventualmente também considerar a pessoa cujo tubo de sangue foi trocado com o dela. Contudo, e no âmbito do papel do SSO, frisa-se o impacto do evento na profissional, em particular a repercussão do diagnóstico de doença oncológica. Sabe-se que esta varia de forma individual, principalmente com a perspetiva da realidade e valores da pessoa afetada. Dado que se trata de um evento de vida relacionado com a fragilidade da vida humana, faz-se acompanhar de sentimentos como a incerteza e sensação de insegurança, tratando-se de uma forma de dano emocional (6). Num primeiro momento, o profissional pode expressar-se através do choro, raiva, tristeza e agressividade (7), como no caso descrito. Posteriormente, a sensação de insegurança, pode manifestar-se como medo, desconfiança, raiva, patologia ansiosa e depressiva (8), perda de confiança no prestador de cuidados e sistema de saúde, assim como, na redução da utilização dos serviços de saúde e na capacidade de trabalho (6) (9). Neste caso, sendo um serviço com psicóloga permanentemente, houve oportunidade de se fazer primeiros socorros psicológicos. A possibilidade da profissional se ausentar do trabalho nesse dia foi uma mais-valia e oportunidade para a mesma gerir a notícia que tinha acabado de receber.

Em 2000, Albert Wu introduziu o conceito da segunda vítima. Este é definido como qualquer profissional, que direta ou indiretamente esteve envolvido num evento adverso, num erro de cuidados de saúde não intencional ou numa lesão do doente, e que se sente lesado pelo mesmo (10) (11). Neste caso, as segundas vítimas podem ser o profissional que procedeu à colheita do sangue, etiquetagem dos tubos, transporte dos mesmo para o laboratório, receção, processamento e validação da amostra, profissionais envolvidos da equipa do SSO (médica e psicóloga) e profissionais da hematologia, que realizaram procedimentos invasivos à mesma. A segunda vítima pode sofrer consequências emocionais, alteração do desempenho laboral e na vida familiar e social (4). O dano sofrido pela segunda vítima pode manifestar-se num amplo espectro e intensidade de respostas emocionais e comportamentais, que muitas vezes perdura no tempo, e é tanto maior quanto maior for a autorresponsabilidade atribuída ao evento e a gravidade do dano no doente (3) (10) (12) (13). Estas podem ser a raiva, culpa, tristeza, vergonha, ansiedade, diminuição da autoestima, medo de litígio e punição, redução da satisfação no trabalho, pensamentos de desistência da profissão, incerteza no momento das decisões, dificuldade de concentração no trabalho, absentismo, podendo desenvolver patologias como depressão e perturbação de *stress* pós-traumático (3) (10) (12) (13). O medo de cometer erros futuros pode levar a comportamentos de controlo excessivos, como a dupla verificação exagerada. A raiva representa uma emoção que, se não for adequadamente gerida, tende a reforçar as atitudes defensivas e a afetar negativamente as relações interpessoais (estratégia de *coping* disfuncional), podendo afetar a comunicação no local de trabalho, levar o profissional à exaustão, impedir a gestão de riscos, contribuindo para ocorrência de novos erros (12) (13).

No caso dos profissionais do SSO hospitalar, o principal impacto relacionou-se com a comunicação do diagnóstico à profissional. Comunicar más notícias em contexto de cuidados de saúde, pode ser um desafio complexo, dado que, nem sempre o emissor dessas notícias tem as melhores ferramentas comunicacionais para a transmissão de uma informação que afeta profundamente e de forma negativa a visão de uma pessoa sobre o seu futuro (9) (7) (14). De forma geral, os médicos devem ter a capacidade de transmitir informações clínicas relevantes e, ao mesmo tempo, responder de forma empática às questões e preocupações emocionais do doente (9). Uma comunicação ineficiente pode aumentar a ansiedade do recetor e comprometer a adaptação a essa informação, contribuindo para piores *outcomes* em saúde (9). Esta comunicação é assumida como um evento indutor de *stress* e sofrimento por parte dos médicos, que são quem mais frequentemente têm de transmitir este tipo de informação, dada a elevada carga emocional, reconhecimento e gestão dos seus próprios sentimentos, fragilidade, culpa, medo de não saber todas as respostas, medo da reação do recetor à notícia, relutância em causar sofrimento, medo pessoal da doença e da morte, sentido de responsabilidade e preocupação em comunicar informação sensível de forma empática (7) (14) (15). Isto pode estar relacionado com o facto de que o médico tende a focar-se em aspetos relacionados com a doença propriamente dita, acabando por, frequentemente, dar primazia ao alívio da dor física em detrimento do *stress* emocional e do sofrimento da pessoa com a doença/diagnóstico (15). Logo, para o médico, uma das consequências inerentes à comunicação relaciona-se com a ineficaz gestão dos seus receios e sofrimento. Neste contexto, a comunicação em conjunto com outros elementos do SSO, como a Psicologia do Trabalho, acrescenta a esse ato uma perspetiva de gestão de emoções inerente à sua prática clínica e de que os médicos possam sentir apoio especializado na comunicação de más notícias, podendo socorrer-se da equipa multidisciplinar no auxílio desta tarefa, bem como, na partilha de experiências (15). Reforça-se ainda mais este paradigma, evidenciando o facto de que o SSO é um serviço onde a comunicação deste tipo de informação não são a norma. Deste modo, procurou-se avaliar a perceção da profissional em consulta prévia de psicologia (avaliar a pessoa no seu contexto, capacidades, autoestima, significados, motivação, valores, conflitos existentes), preparar o cenário para a comunicação num gabinete com a devida privacidade, informar sobre a condição de saúde de forma cuidada e progressivamente com mais informação mediante a necessidade individual, houve espaço para validar as emoções da profissional e, através de respostas empáticas, acordar os próximos passos (7). Além do papel do SSO como segunda vítima e, neste caso, o principal interveniente no contacto com a primeira, este também deve ser capaz de identificar outras segundas vítimas, isto é, outros profissionais que possam ter se sentido lesados pelo acontecimento, reconhecer esse dano e disponibilizar apoio e abertura para a utilização dos serviços clínicos do SSO, com destaque para o de psicologia.

Sabe-se que é maior a probabilidade de erros após uma experiência de segunda vítima (12) (13). Um SSO hospitalar, que faz parte do sistema de qualidade e segurança do doente, pode desempenhar uma parte contributiva na cadeia de prestação de cuidados, contribuir para o erro, mas também para o reporte, reconhecer que podem ser vítimas e identificar outras, disponibilizar apoio e criar estratégias para a existência de ambientes de trabalho seguros, saudáveis e apoio mútuo entre pares e equipas (12) (13). Este último ponto deve ser igualmente desenvolvido e promovido pela instituição onde ocorreu o evento adverso, bem como pelas chefias. Caso esta situação tivesse sido tratada de forma insensível e desadequada, por exemplo, transmitir a informação de forma não presencial (como por telefone), não realizar um pedido de desculpas a lamentar o sucedido e não procurar fornecer apoio psicológico, o impacto desta situação poderia ter sido exponenciado (16). Existe a probabilidade de as consequências descritas ocorrerem e haver compromisso

da própria vigilância e acompanhamento desta profissional no contexto de trabalho. Assim, a equipa multidisciplinar do SSO deve estar alerta para estes cenários e cada exame de saúde pode ser entendido como uma oportunidade para reforçar e fortalecer a confiança e qualidade de prestação de cuidados de saúde a esta profissional.

Por último, a terceira vítima é a organização de saúde onde ocorreu o evento adverso. Não se conseguiu apurar o real impacto, nem como a instituição geriu a situação, porque o incidente não foi reportado e, como tal, não houve análise do mesmo. O SSO deveria tê-lo realizado, contudo, os autores justificam o não reporte pela inexperiência no contexto dos eventos adversos e por, no momento em que o mesmo aconteceu, não se ter percebido a sua relevância, sendo esta uma das razões que motivou este trabalho. Ainda assim, as consequências podem-se relacionar com a eficácia, reputação, questões legais e económicas. O impacto na terceira vítima é igualmente relevante na medida em que põe à prova a forma e o processo como uma dada empresa gere o dano das vítimas (4).

Sublinha-se a importância de intervir em vários aspetos organizacionais, e não apenas no indivíduo, para se conseguir reduzir a incidência deste tipo de eventos, com vista a melhorar o bem-estar e minimizar o dano, contribuindo para a segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde (12) (13). A intervenção organizacional começa pela gestão eficiente e planeada dos sistemas e processos de trabalho, com um ambiente transparente e não punitivo para o reporte, visto que uma cultura punitiva (consequências disciplinares ou legais) não contribui para a segurança geral (1) (2) (17). Esta abordagem ignora um dos princípios fundamentais de segurança em sistemas complexos, que é o facto de o erro humano nunca poder ser completamente eliminado, mesmo entre profissionais com elevada formação e bem-intencionados (18). Deve-se igualmente identificar as vítimas, reconhecer o significado do sofrimento experienciado pelas mesmas, avaliar o contexto, comunicar de forma empática e eficaz, criar gabinetes de apoio, formalizar um pedido de desculpas, realizar campanhas informativas sobre estas temáticas, formação e aprendizagem sistemática e organizacional ao nível do serviço e chefias onde ocorreram os eventos (4) (13).

Globalmente, é necessária mais investigação na área da saúde para avaliar a magnitude das consequências destes eventos nas várias vítimas, com enfoque no impacto laboral. Sugere-se, por exemplo, realizar estudos de *follow-up* após a ocorrência de erros ou eventos adversos, de modo a aferir as consequências dos mesmos e para elaboração de procedimentos de ação direcionados a esta temática. Mas também, estudos de intervenção, de modo a verificar se uma ação estruturada do SSO resultaria em *outcomes* mais positivos do ponto de vista de saúde mental, desempenho profissional e cultura organizacional. Apesar de haver semelhanças entre os vários setores, é também necessária investigação nos que não estão relacionados com a saúde, dada a escassez de informação e porque pode ser fundamental obter conhecimento teórico e prático específico e delinear planos de apoio e de intervenção adequados a cada área de trabalho (5). Todavia, as limitações para este estudo relacionam-se com o facto de a terminologia não estar padronizada e a abordagem de cada empresa poder ser distinta, e possivelmente relutante e punitiva no reconhecimento destes eventos, limitando a sensibilização e priorização destes temas (5).

CONCLUSÃO

Num mundo em constante mudança, volátil e com avanços tecnológicos diários, os erros e eventos adversos constituem uma importante fonte de morbidade, mortalidade e consumo de recursos, devendo por isso, ser analisados e geridos através de sistemas próprios e dedicados. Este caso procura demonstrar que o erro é possível, especialmente, em contextos onde não existe um procedimento instituído, como foi a colheita no

serviço onde a profissional desempenhava funções e não no laboratório. Nesta perspetiva, é possível transformar um evento adverso numa oportunidade de melhoria e torna-se evidente a necessidade constante de manutenção, evolução e planeamento da qualidade e segurança. O SSO pode-se incluir como agente identificador do erro e promotor de segurança, na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores e colaborador na gestão das consequências. A existência de psicologia nesta equipa com competências específicas gera mais valor na avaliação e intervenção.

Contudo, são necessários mais estudos nos vários setores de atividade para obtenção de conhecimento objetivo sobre estas temáticas e para a criação de planos de ação.

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Foi garantido o anonimato dos dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Carneiro A. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010. 10: 3–10.
- 2 - World Health Organization. Patient Safety [Internet]. World Health Organization. 2025. [citado 2025 abril]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- 3 – Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica*. 2022. 42(1): 184–195. doi: 10.7705/biomedica.6169
- 4 – Liukka M, Steven A, Moreno M, Sara-aho A, Khakurel J, Pearson P et al. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. 17(13): 4717. doi: 10.3390/ijerph17134717.
- 5 - Conti A, Sánchez-García A, Ceriotti D, De Vito M, Farsoni M, Tamburini B et al. Second Victims in Industries beyond Healthcare: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024. 12(18): 1835. doi: 10.3390/healthcare12181835
- 6 - Lyndon A, Davis D, Sharma A, Scott K. Emotional safety is patient safety. *British Medical Journal Quality & Safety*. 2023. 32(7): 369-372. doi: 10.1136/bmjqs-2022-015573
- 7 - Ferreira E, Valete C, Oliveira M, Tanaka S, Paschoalino D, Cicotti N, et al. Avaliação do conhecimento e prática de médicos em comunicação de más notícias: um estudo transversal. *Cadernos de Saúde*. 2022. 14(2): 31–7. Doi:10.34632/cadernosdesaude.2022.11478
- 8 - Wang Y, Li J, Shi J, Que J, Liu J, Lappin J et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*. 2020. 25(7):1487–99. doi: 10.1038/s41380-019-0595-x.
- 9 - Shaw J, Brown R, Dunn S. The impact of delivery style on doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling*. 2015. 98(10): 1255–1259. doi: 10.1016/j.pec.2015.08.023.

- 10 – Krogh T, Mielke-Christensen A, Madsen M, Østergaard D, Dieckmann P. Medical students' experiences, perceptions, and management of second victim: an interview study. *BMC Medical Education*. 2023. 24; 23(1). doi: 10.1186/s12909-023-04763-7.
- 11 – Bushuven S, Trifunovic-Koenig M, Bunz M, Weinmann-Linne P, Klemm V, Strametz R et al. Applicability and Validity of Second Victim Assessment Instruments among General Practitioners and Healthcare Assistants (SEVID-IX Study). *Healthcare (Basel)*. 2024.12(3): 351. doi: 10.3390/healthcare12030351.
- 12 – Burlison J, Quillivan R, Scott S, Johnson S, Hoffman J. The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes. *Journal of Patient Safety*. 2021. 17(3): 195-199. doi: 10.1097/PTS.0000000000000301.
- 13 - Busch I, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu A, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*. 2020. 16(2): e61-e74. doi: 10.1097/PTS.0000000000000589.
- 14 - Ferreira S, Araújo A, Madeira N. Comunicação de más notícias. *Psicologia na Medicina*. LIDEL. 2018; 527-538.
- 15 - Monteiro D, Quintana A. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016. 32(4):1-9. doi:10.1590/0102.3772e324221
- 16 - Higham H, Vincent C, Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R. Human Error and Patient Safety. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. 2021; chapter 3. doi: 10.1007/978-3-030-59403-9_3
- 17 - Abuosi A, Poku C, Attafuah P, Anaba E, Abor P, Setordji A et al. Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PLoS One*. 2022. 17(10): e0275606. doi: 10.1371/journal.pone.0275606.
- 18 – Fairbanks R, Kellogg K. Mean Talk: Why Punitive Language in Patient Safety Event Reporting Indicates a Suboptimal Safety Culture. *Annals of Emergency Medicine*. 2021. 77(4): 459–461. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.11.0204

Data de receção: 2025/08/25

Data de aceitação: 2025/09/22