# Impacto dos eventos adversos sobre profissionais de saúde como segunda vítima: análise das evidências científicas

# Impact of adverse events on healthcare professionals as second victims: an analysis of scientific evidence

# Impacto de los eventos adversos en los profesionales de la salud como segundas víctimas: análisis de la evidencia científica

*Maria Eduarda Pereira[1], Endric Passos Matos[2], Simone Santos Souza[3], Mariane Oliveira Costa Silva[4], Lucas Benedito Fogaça Rabito[5]; João Arthur dos Santos de Oliveira[6], Rejane Santos Barreto[7]*

**Como citar:** *Pereira ME, Matos EP, Souza SS, Silva MOC, Rabito LBF, Oliveira JAS, Barreto RS*. Impacto dos eventos adversos sobre profissionais de saúde como segunda vítima: análise das evidências científicas. REVISA. 2026; 15(3): 62-77. Doi: https://doi.org/10.36239/revisa.v15.n3.p62a77

REVISA

1. Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil https://orcid.org/0009-0003-8111-8376

2. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. https://orcid.org/0000-0003-3807-4702

3. Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil https://orcid.org/0000-0001-6086-8854

4. Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil https://orcid.org/0000-0002-4215-8151

5. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil https://orcid.org/0000-0001-8651-9193

6. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil https://orcid.org/0000-0001-6864-1523

7. Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil https://orcid.org/0000-0002-2973-0272

**Recebido: 13/01/2026**
**Aprovado: 27/03/2026**

## RESUMO

**Objetivo**: Mapear as evidências científicas acerca dos impactos dos eventos adversos em profissionais de saúde na condição de segunda vítima nos serviços de saúde. **Métodos**: Revisão de escopo seguindo recomendações do Joanna Briggs Institute e diretrizes PRISMA-ScR, com busca em PubMed/MEDLINE, BVS e SciELO em março de 2026, resultando em 14 artigos incluídos publicados entre 2020 e 2025. **Resultados**: Identificaram-se três dimensões de impacto: psicológica (culpa, ansiedade, TEPT, isolamento social), física (distúrbios do sono, exaustão, cefaleia) e profissional (redução da autoeficácia, intenção de abandono, absenteísmo). A segunda vítima constituiu fenômeno multidimensional prevalente, particularmente em ambientes de alta intensidade. **Conclusão**: Respostas institucionais são insuficientes, sendo imperativo implementar programas estruturados de suporte, fortalecer culturas de segurança justa, incorporar o tema nos currículos de formação em saúde e desenvolver pesquisas contextualizadas para a realidade brasileira e latino-americana.

**Descritores**: Segunda Vítima; Evento Adverso; Pessoal de Saúde; Segurança do Paciente; Revisão de Escopo.

## ABSTRACT

**Objective**: To map scientific evidence regarding the impact of adverse events on healthcare professionals as second victims in health services. **Methods**: Scoping review following Joanna Briggs Institute recommendations and PRISMA-ScR guidelines, with searches in PubMed/MEDLINE, BVS, and SciELO in March 2026, resulting in 14 included articles published between 2020 and 2025. **Results**: Three dimensions of impact were identified: psychological (guilt, anxiety, PTSD, social isolation), physical (sleep disorders, exhaustion, headache), and professional (reduced self-efficacy, intention to leave, absenteeism). Second victimhood constituted a multidimensional and prevalent phenomenon, particularly in high-intensity environments. **Conclusion**: Institutional responses are insufficient, making it imperative to implement structured support programs, strengthen just safety cultures, incorporate the topic into health education curricula, and develop contextualized research for Brazilian and Latin American reality.

**Descriptors**: Second Victim; Adverse Event; Health Personnel; Patient Safety; Scoping Review.

## RESUMEN

**Objetivo**: Mapear las evidencias científicas sobre el impacto de los eventos adversos en profesionales de salud en la condición de segunda víctima en los servicios de salud. **Métodos**: Revisión de alcance siguiendo recomendaciones del Instituto Joanna Briggs y directrices PRISMA-ScR, con búsqueda en PubMed/MEDLINE, BVS y SciELO en marzo de 2026, resultando en 14 artículos incluidos publicados entre 2020 y 2025. **Resultados**: Se identificaron tres dimensiones de impacto: psicológica (culpa, ansiedad, TEPT, aislamiento social), física (trastornos del sueño, agotamiento, cefalea) y profesional (reducción de la autoeficacia, intención de abandono, absentismo). La segunda víctima constituyó un fenómeno multidimensional prevalente, particularmente en ambientes de alta intensidad. **Conclusión**: Las respuestas institucionales son insuficientes, siendo imperativo implementar programas estructurados de apoyo, fortalecer culturas de seguridad justa, incorporar el tema en los currículos de formación en salud y desarrollar investigaciones contextualizadas para la realidad brasileña y latinoamericana.

**Descriptores:** Segunda Víctima; Evento Adverso; Seguridad del Paciente; Revisión de Alcance.

REVISÃO

## Introdução

A assistência à saúde engloba um conjunto de ações, serviços e intervenções que, embora busquem a cura e o bem-estar, não está isenta de riscos. Neste contexto, o relatório "Errar é Humano", trouxe para discussão mundial a problemática dos Eventos Adversos.[1] Tais ocorrências são definidas como incidentes que resultam em danos não intencionais ao paciente, decorrentes da assistência e não da doença de base, comprometendo a segurança, onerando os sistemas de saúde com o aumento do tempo de internação e custos hospitalares.[2-3]

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que cerca de um em cada dez pacientes hospitalizados sofre EA durante o cuidado em saúde e que mais de 50% desses danos são evitáveis.[4] Os EA podem ainda ser classificados conforme sua gravidade, em leves (danos mínimos ou temporários), moderados (o desconforto causado é suficiente para interferir com as atividades habituais do paciente), graves (danos permanentes ou necessidade de intervenções cirúrgicas) e fatais, quando resultam no óbito do indivíduo, sendo importante o gerenciamento de riscos como forma de mitigá-los.[2]

A magnitude desse problema é global. Em países de baixa e média renda, esses eventos estão associados a aproximadamente 134 milhões de ocorrências anuais e 2,6 milhões de mortes, reforçando seu impacto significativo nos sistemas de saúde.[3] Pesquisa nacional indica que a incidência de falhas sistêmicas permanece elevada, evidenciando a persistência de barreiras estruturais e humanas que comprometem a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em diversas unidades de saúde.[5]

Entretanto, os EA não impactam exclusivamente os pacientes e os sistemas de saúde. Os profissionais diretamente envolvidos nesses incidentes também experimentam importantes repercussões em sua saúde física e psicológica. Nesse contexto, o fenômeno da Segunda Vítima refere-se ao profissional de saúde que, ao se envolver em um erro clínico ou em um EA inesperado, vivencia sofrimento emocional significativo, frequentemente associado a sentimentos de culpa, responsabilização pessoal e trauma decorrente do desfecho.[6]

Os estudos destacam que diversos fatores contribuem para o envolvimento de profissionais de saúde em EA, tais como sobrecarga de trabalho, ausência de cultura de segurança e de apoio institucional, falhas na comunicação da equipe e aspectos relacionados ao ambiente e ao processo de trabalho.[7-8] Apesar de sua gravidade, o fenômeno da Segunda Vítima ainda é invisibilizado nas instituições de saúde e no campo científico.[9]

A experiência da Segunda Vítima pode ser compreendida como um processo dinâmico e multifásico, que transcende a resposta imediata ao EA e se estende ao longo de um percurso marcado por sofrimento psicológico e tentativas de ressignificação. Nesse contexto, Scott descreveu seis fases dessa experiência, abrangendo desde o impacto inicial até o processo de recuperação.[10] Assim, o profissional de saúde envolvido em um EA perpassa pelo caos e pela resposta imediata ao incidente, pela ocorrência de reflexões intrusivas, pela busca por restauração da integridade pessoal e pelo enfrentamento de julgamentos e investigações institucionais, até alcançar algum nível de apoio emocional. Na fase final, três desfechos são possíveis: sobreviver ao evento, abandonar a profissão ou experimentar crescimento emocional e profissional.[10]

Frente ao exposto, reforça-se que investigar as repercussões dos impactos dos EA em profissionais de saúde relacionados ao fenômeno da segunda vítima nos serviços de

saúde, é essencial para promover um ambiente de trabalho psicologicamente seguro e garantir que o suporte ao profissional não seja negligenciado em prol de uma cultura punitiva. Desta forma, este estudo tem por objetivo mapear as evidências científicas acerca dos impactos dos EA em profissionais de saúde na condição de segunda vítima.

## Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma Revisão de Escopo (Scoping Review), conduzida conforme as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) para síntese do conhecimento e orientada pelas diretrizes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), com o intuito de assegurar rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade do percurso investigativo. O protocolo foi registrado na plataforma Open Science Framework (OSF; Center for Open Science, Charlottesville, Estados Unidos) sob o número DOI: 10.17605/OSF.IO/59XNU (link de acesso: https://osf.io/59xnu/overview).

O desenvolvimento da revisão ocorreu em seis etapas sequenciais e interdependentes, conforme preconizado pelo referencial JBI. Na primeira etapa, elaborou-se a questão norteadora a partir da estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), adequada para revisões de escopo que visam mapear a extensão da literatura, sendo definida da seguinte forma: P (Population) = profissionais de saúde; C (Concept) = impactos dos EA relacionados à condição de segunda vítima; e C (Context) = serviços de saúde. A partir dessa estrutura, estabeleceu-se a seguinte questão investigativa: O que as evidências científicas descrevem sobre os impactos dos EAs em profissionais de saúde na condição de segunda vítima nos serviços de saúde?

A segunda etapa compreendeu a definição das fontes de informação, descritores e estratégias de busca. O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de março de 2026 nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para construção das estratégias de busca, utilizaram-se descritores controlados e termos livres (Quadro 1), combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

**Quadro 1:** Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados selecionadas para a revisão de escopo.

| Base de dados | Estratégias de busca |
|---|---|
| PubMed/MEDLINE | (("Second Victim"[Title/Abstract] OR "second victim phenomenon"[Title/Abstract]) AND ("Medical Errors"[Mesh] OR "Patient Safety"[Mesh] OR "adverse event*"[Title/Abstract] OR "medical error*"[Title/Abstract] OR "patient safety incident*"[Title/Abstract]) AND ("Health Personnel"[Mesh] OR "healthcare professional*"[Title/Abstract] OR nurse*[Title/Abstract] OR physician*[Title/Abstract] OR "health workers"[Title/Abstract])) |
| BVS | (("segunda vítima" OR "second victim" OR "segunda victima")) AND (("evento adverso" OR "eventos adversos" OR "adverse event*" OR "medical error*" OR "patient safety incident*")) AND (("profissionais de saúde" OR "trabalhadores da saúde" OR "health personnel" OR |

| | |
|---|---|
| | "healthcare professional*" OR nurse* OR physician*)) |
| SciELO | ("second victim" OR "segunda vítima" OR "segunda victima") AND ("adverse event" OR "adverse events" OR "medical error" OR "medical errors" OR "patient safety incident" OR "patient safety incidents" OR "evento adverso" OR "eventos adversos" OR "erro médico" OR "erros médicos") AND ("health personnel" OR "healthcare workers" OR "health professionals" OR "profissionais de saúde" OR "profissional de saúde" OR enfermagem OR enfermeiro* OR médicos OR médico* OR nursing OR nurse* OR physician*) |

Fonte: Elaborada pelos autores 2026

Assim, na terceira etapa, foi estabelecido os critérios de elegibilidade do estudo. Como critérios de inclusão, foram considerados estudos primários publicados entre 2020 e 2025, disponíveis na íntegra, sem restrição de idiomas, que abordassem os impactos dos EA nos profissionais de saúde sob a perspectiva do fenômeno da segunda vítima. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, comentários, estudos de opinião, estudos psicométricos, estudos envolvendo acadêmicos da área da saúde, bem como pesquisas que não respondiam à questão norteadora ou não contemplavam a população de interesse.

Na quarta etapa, realizou-se a busca nas bases de dados, e o gerenciamento das referências identificadas. Os registros foram exportados para o software Rayyan®, que foi utilizado para organização, identificação de duplicidades e processo de seleção dos estudos. A quinta etapa consistiu na triagem dos estudos por meio da leitura de títulos e resumos, realizada por dois revisores independentes, conforme os critérios de elegibilidade estabelecidos. As divergências entre os revisores foram resolvidas por consenso, não houve necessidade de um terceiro revisor, pois não houve conflitos. Após essa etapa, os estudos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra para avaliação detalhada quanto à pertinência temática e adequação metodológica proposta.

Na sexta etapa, procedeu-se à avaliação dos estudos incluídos, baseados nas recomendações JBI. Para tanto foi elaborado um instrumento, para extrair e mapear informações referentes ao título, autoria, ano de publicação, país de origem, base de dados, delineamento metodológico, principais impactos e repercussões identificadas nos estudos.

Complementarmente, para organização e interpretação qualitativa dos achados, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin[11], desenvolvida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Na pré-análise, realizou-se leitura flutuante dos estudos incluídos, visando familiarização com o corpus textual e definição das unidades de análise. Posteriormente, procedeu-se à exploração do material, mediante codificação e agrupamento dos conteúdos por similaridade temática. Por fim, os dados foram interpretados de forma crítica e reflexiva, permitindo uma discussão embasada na literatura científica atual.

Para apresentação dos resultados foram elaborados quadros sinópticos. Os achados foram organizados em dimensões analíticas, construídas a partir da recorrência e similaridade dos conteúdos identificados nos estudos incluídos.

Com relação aos aspectos éticos, registra-se que esta pesquisa de revisão de escopo, foi elaborada com base em dados secundários de domínio público, provenientes de estudos previamente publicados, não envolvendo participação direta de seres humanos. Dessa forma, dispensou-se apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que

regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.[12] Ademais, foram respeitados os princípios éticos relacionados à integridade acadêmica, mediante adequada citação e referenciação dos autores e estudos incluídos na revisão.

## Resultados e Discussão

Inicialmente, foram encontrados 233 estudos na PubMed/MEDLINE, 08 estudos na BVS e 2 na SciELO, totalizando 243 registros. Após aplicação dos filtros previamente definidos, permaneceram 83 estudos para triagem. Destes, 08 estudos foram prontamente excluídos após remoção das duplicatas pelo software Rayyan, resultando em 75 estudos selecionados para a etapa de leitura de títulos e resumos. Após essa etapa, 61 estudos foram excluídos por não se enquadrarem no objeto de pesquisa ou PPC. Deste modo, ao final do processo de seleção, a amostra final foi composta por 14 artigos: 12 da Pumed/Medline, 01 Lilacs/BVS e 01 da Scielo. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos encontra-se apresentado por meio de fluxograma conforme as recomendações do PRISMA (Figura 1).

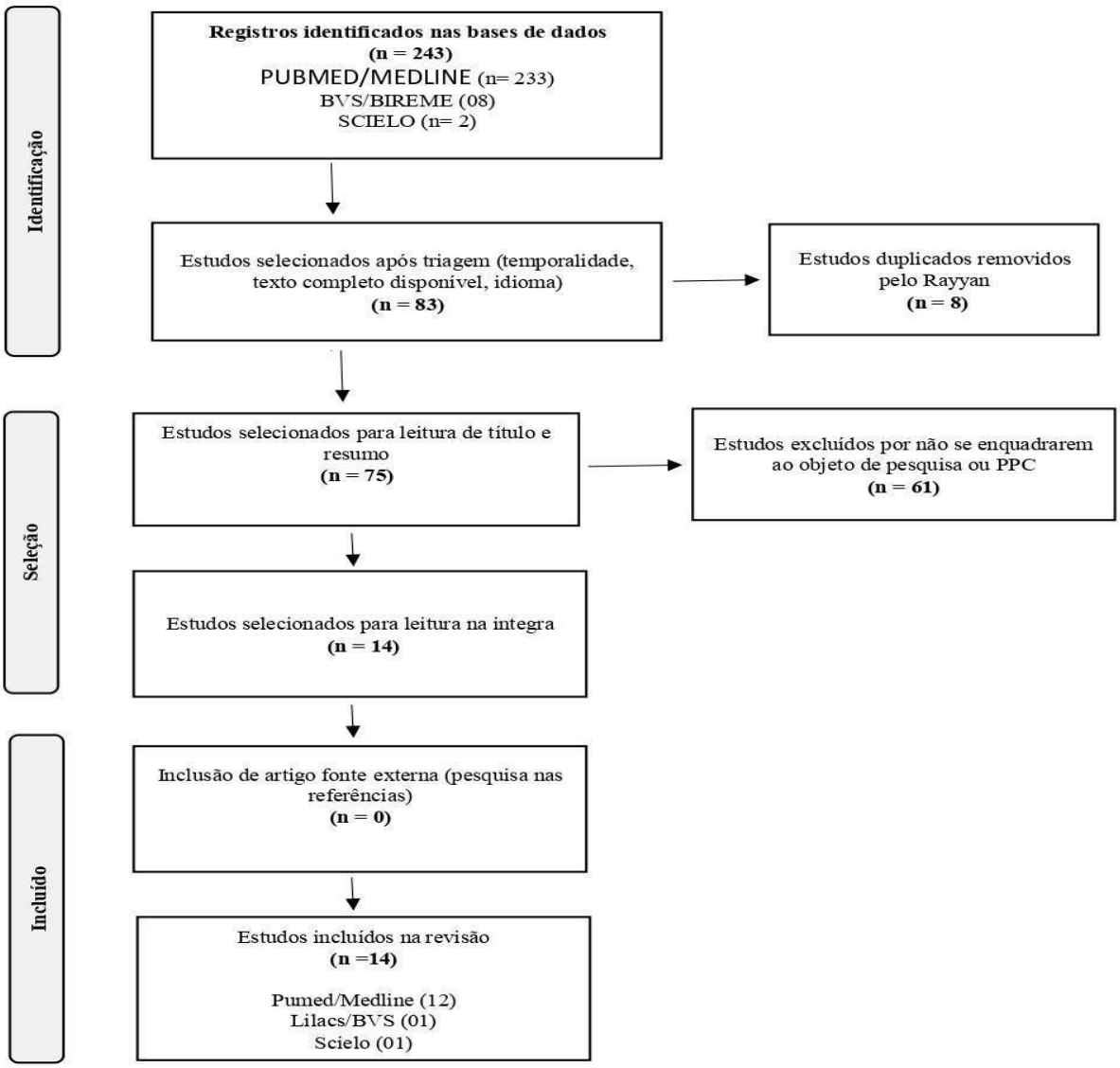


**Figura 1.** Fluxograma Prisma com a descrição das etapas de seleção das fontes de identificação. Fonte: Elaborada pelos autores, 2026. Legenda: (n) – número.

No que se refere à caracterização dos estudos selecionados, o Quadro 2 apresenta a síntese da amostra final, que se consolidou em 14 artigos científicos. Observa-se uma concentração significativa de publicações nos anos de 2023 e 2024, o que reafirma a atualidade do tema e o interesse crescente da comunidade acadêmica sobre o fenômeno. Geograficamente, os estudos apresentam uma abrangência global, com produções oriundas da Europa (Alemanha e Espanha), Ásia (Singapura e China) e uma presença relevante na América Latina, incluindo países como Brasil e Chile. Quanto ao delineamento metodológico, prevalecem os estudos de abordagem quantitativa do tipo transversal, seguido de pesquisas qualitativas descritivas, focadas na percepção de profissionais de diferentes categorias e cenários assistenciais. Esses estudos fundamentam os achados sobre as repercussões e estratégias de apoio, de forma detalhada na etapa seguinte desta análise.

**Quadro 2:** Caracterização dos artigos incluídos na pesquisa.

| Id. | Título do artigo | Autores/Ano de publicação | Base de dados/País | Delineamento metodológico |
|---|---|---|---|---|
| A1 | O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima | Alevi *et al.* (2024).[13] | SciELO / Brasil | Pesquisa quantitativa, descritiva e transversal |
| A2 | The impact of second-victim syndrome on staff well-being and practice | Alishaq *et al.* (2025).[14] | PubMed / Catar | Estudo transversal qualitativo |
| A3 | Interventions to support nurses as second victims of patient safety incidents: A qualitative study of nurse managers' perceptions. | Järvisalo *et al.* (2024).[15] | PubMed/ Finlândia | Estudo descritivo qualitativo |
| A4 | Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: A Systematic Review of Interventions and Outcomes | Ong *et al.* (2025).[16] | PubMed/ Singapura | Revisão sistemática |
| A5 | Second Victims among German Emergency Medical Services Physicians (SeViD-III-Study) | Marung *et al.* (2023).[17] | PubMed/ Alemanha | Estudo transversal quantitativo |
| A6 | Segunda víctima: experiencia y medidas de apoyo percibidas por los profesionales sanitarios | Brunelli *et al.* (2023).[18] | PubMed/ Argentina | Estudo quantitativo, exploratório e transversal |
| A7 | A cross-sectional study on the second victim experience and support at Sarawak General Hospital | Kim *et al.* (2025).[19] | PubMed / Malásia | Estudo transversal quantitativo |
| A8 | Second Victim Phenomenon in an Austrian Hospital before the Implementation of the | Krommer *et al.* (2023).[20] | PubMed / Áustria | Transversal quantitativo descritivo |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Systematic Collegial Help Program KoHi | | | |
| A9 | Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey) | Strametz *et al.* (2021).[21] | PubMed/ Alemanha | Estudo transversal quantitativo |
| A10 | Segunda víctima en unidad de cuidados intensivos: estudio de corte transversal | Caputo *et al.* (2024).[22] | BVS (LILACS)/ Argentina | Transversal quantitativo descritivo |
| A11 | Intraoperative adverse events among surgeons in Singapore: a multicentre cross-sectional study | Yaow *et al.* (2024).[23] | PubMed/ Singapura | Estudo transversal quantitativo multicêntrico |
| A12 | Los trabajadores de áreas de cuidados críticos como segundas víctimas del SARS-CoV-2 | Tejedor-Romero *et al.* (2022).[24] | PubMed/ Espanha | Estudo quantitativo descritivo (inquérito) |
| A13 | Study on the influence of patient safety culture on the pain and turnover intention of Chinese nurses in adverse nursing events | Sun *et al.* (2023).[25] | PubMed / China | Estudo transversal quantitativo |
| A14 | The second victim phenomenon among German emergency medical technicians: a cross-sectional study (SeViD-VIII) | Marung *et al.* (2025).[26] | PubMed/ Alemanha | Estudo transversal quantitativo |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2026. Legenda: (Id) – identificação.

O Quadro 3 apresenta a síntese dos principais impactos decorrentes dos EA em profissionais de saúde na condição de segunda vítima, conforme identificado nos estudos incluídos nesta revisão de escopo. Os achados foram organizados em três dimensões analíticas: impactos psicológicos, físicos e profissionais, possibilitando a visualização das principais repercussões associadas ao envolvimento em EA no contexto assistencial. Além da descrição das manifestações identificadas, o quadro também apresenta a distribuição dos estudos que abordaram cada dimensão, favorecendo a compreensão da recorrência e abrangência dessas repercussões na produção científica analisada.

**Quadro 3:** Impactos decorrentes de EAs em profissionais de saúde na condição de segunda vítima, conforme identificados nos estudos incluídos.

| **Impactos dos EAs em profissionais de saúde na condição de segunda vítima** | **Descrição das Repercussões** | **Identificação dos artigos** |
|---|---|---|
| Impactos na saúde psicológica | Sentimento de culpa, vergonha, ansiedade, sofrimento emocional, medo, estresse, angústia moral, frustração, insegurança, isolamento social, sintomas depressivos, | A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13 e A14 |

| | | |
|---|---|---|
| | pânico, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), pensamentos intrusivos, perda da autoconfiança e sofrimento psíquico persistente. | |
| Impactos na saúde física | Exaustão física, fadiga, insônia, distúrbios do sono, cefaleia, dores musculares, palpitações, alterações fisiológicas relacionadas ao estresse, cansaço extremo e manifestações somáticas associadas ao sofrimento emocional. | A2, A3, A4, A5, A7, A8, A10, A11, A12 e A14 |
| Impactos na vida profissional | Redução da confiança profissional, medo de cometer novos erros, diminuição da satisfação no trabalho, absenteísmo, prejuízo na tomada de decisão, queda da produtividade, intenção de abandonar a profissão, afastamento laboral, burnout, rotatividade profissional e comprometimento da qualidade assistencial. | A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13 e A14 |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2026.

A partir dessa análise, guiada pelos pressupostos de Bardin[11] foram delineados 3 eixos de discussão, a saber: 1) Repercussões psicológicas dos EAs em profissionais de saúde na condição de segunda vítima; 2) Manifestações físicas associadas ao sofrimento ocupacional decorrente dos EAs; e 3) Impactos profissionais e implicações laborais relacionadas ao fenômeno da segunda vítima.

## Discussão

Os profissionais de saúde enfrentam cenários complexos, dedicando-se a longas jornadas com objetivo de salvar vidas e garantir segurança dos pacientes. A falibilidade humana e a estrutura complexa dos sistemas de saúde tornam os EA uma realidade inevitável.

O relatório "To Err is Human" do Institute of Medicine em 1999 estimou entre 44.000 e 98.000 mortes anuais em hospitais americanos atribuíveis a erros evitáveis. O documento demonstrou que o erro em saúde raramente é produto de negligência individual, mas expressão de falhas sistêmicas.[1]

As consequências de um EA não se restringem ao paciente, podendo também repercutir significativamente sobre os profissionais de saúde diretamente envolvidos, que passam a ser reconhecidos como Segundas Vítimas. O termo, criado em 2000, refere-se às repercussões psicológicas, emocionais e profissionais decorrentes desses eventos.[6] Nesse contexto, os EAs podem produzir efeitos indiretos sobre os profissionais, abrangendo dimensões psicológicas, físicas e laborais.[27]

Nem todo EA configura o profissional como segunda vítima. Esse fenômeno depende do grau de envolvimento direto, severidade do dano, características individuais e natureza do suporte recebido.[10] Alguns profissionais acionam mecanismos de resiliência que impedem desenvolvimento de sofrimento psíquico significativo.[28]

A trajetória de sofrimento vivenciada após um EA pode ser compreendida a partir de um modelo que descreve seis fases da experiência da Segunda Vítima: (1) caos e resposta imediata ao incidente; (2) pensamentos intrusivos; (3) restauração da integridade pessoal; (4) busca por uma forma de seguir adiante; (5) busca de apoio

emocional; e (6) resolução, que pode resultar em três desfechos: saída da profissão, sobrevivência com dificuldades ou crescimento pós-traumático.[10]

O fenômeno também pode ser compreendido a partir de uma perspectiva organizacional, que enfatiza o papel da cultura institucional na experiência da Segunda Vítima.[29] Além disso, fatores individuais e sistêmicos podem modular a intensidade das repercussões decorrentes do EA, incluindo aspectos como tempo de experiência profissional, categoria profissional e tipo de evento envolvido.[30]

Os estudos incluídos evidenciam que o fenômeno da segunda vítima representa dimensão crítica da segurança do paciente, organizado em três eixos temáticos: repercussões psicológicas, manifestações físicas e impactos laborais.

## Eixo 1 – Repercussões psicológicas dos EAs em profissionais de saúde

As repercussões psicológicas constituem o núcleo mais documentado, identificadas em todos os artigos incluídos. A culpa emerge como manifestação mais prevalente (A2; A4; A5; A7; A8; A9; A10; A11; A13; A14), frequentemente desproporcional ao grau real de responsabilidade, alimentando ciclo de autocrítica que pode evoluir para quadros psiquiátricos graves.[31]

A revisão sistemática identificada como A4 destaca que sentimentos de culpa, vergonha, ansiedade e depressão podem evoluir para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e angústia moral.[16] Além disso, a ausência de suporte adequado pode favorecer o desenvolvimento de depressão, desgaste profissional, TEPT e ideação suicida entre os profissionais envolvidos em EA.[27]

Os estudos A5 e A14, conduzidos com médicos e técnicos de emergências alemãs, identificaram sintomas de TEPT como flashbacks, hipervigilância, pensamentos intrusivos e dificuldades de concentração.[17,26] Profissionais em ambientes de alta intensidade parecem especialmente vulneráveis.

A ansiedade moral, evidenciada em A4 e A6, emerge quando o profissional percebe conflito entre obrigação ética e restrições contextuais. Esse sofrimento é particularmente intenso em enfermeiros intensivistas.[16,18] Durante a pandemia de SARS-CoV-2, trabalhadores de unidades críticas vivenciaram estresse agudo, exaustão emocional e sentimento de impotência ampliado.[24]

O isolamento social compõe o quadro psicológico. A3 descreve isolamento como reação protetora frequente diante do medo de retaliação e julgamento por colegas, criando ciclo de "sofrimento em silêncio". A vergonha e medo de consequências legais, identificados em A6, desincentivam a notificação de EAs.[15,31]

O estudo A1 com enfermeiros recém-formados demonstra maior vulnerabilidade em profissionais em início de carreira, em razão de mecanismos de enfrentamento insuficientes. Manifestações de frustração, estresse e redução da qualidade de vida foram expressivas.[13]

Os estudos A7 e A8 apontam que angústia psicológica, culpa e arrependimento coexistem e se retroalimentam, ampliando impacto sobre a saúde mental quando não reconhecidos e tratados.[19-20]

## Eixo 2 – Manifestações físicas associadas ao sofrimento ocupacional

As manifestações físicas constituem dimensão igualmente relevante e frequentemente negligenciada.[32] Os distúrbios do sono figuram entre manifestações mais recorrentes, identificados em A2, A7, A8 e A11, frequentemente desencadeados por

pensamentos intrusivos. Essa privação deteriora capacidade cognitiva, criando condições para novos erros.[14,19-20,23]

A exaustão física, documentada em A2 e A12, manifesta-se em dores nas costas, cefaléia e cansaço. O estresse crônico e ruminação cognitiva ativam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, promovendo respostas inflamatórias e disfunções autonômicas.[14,26,29-30]

Palpitações e falta de ar, identificadas em A4, ilustram a expressão cardiovascular do estresse, sinalizando ativação persistente do sistema nervoso simpático, uma resposta mediada pelo eixo simpático-adrenomedular que tende à cronificação com exposição prolongada.[33] Em trabalhadores de emergência (A5; A14), a exposição repetida potencializa risco de cronicidade, com 1 em cada 7 profissionais de linha de frente desenvolvendo TEPT.[34]

Em enfermeiros recém-formados, manifestações físicas como cefaléia e exaustão associam-se a prejuízos funcionais concretos no desempenho assistencial, sugerindo comprometimento objetivo da capacidade laboral.[13,32] A literatura revisada não aborda manifestações físicas com mesma profundidade das psicológicas, lacuna metodológica que merece atenção futuras.

## Eixo 3 – Impactos profissionais e implicações laborais

O fenômeno estende-se ao ambiente de trabalho, comprometendo dinâmica das equipes, qualidade do cuidado e sustentabilidade das organizações. A intenção de abandonar a profissão foi identificada em múltiplos estudos (A2; A3; A9, A13). Enfermeiros gestores relatam que medo de retaliação e pânico pós EA resultam em forte intenção de abandono, especialmente com resposta organizacional punitiva.[14-15,19] Esse padrão alinha-se aos achados em enfermeiras chinesas com desejo de abandonar após EAs, modulado por cultura frágil.[25]

A cultura de segurança forte caracteriza-se por comunicação aberta, resposta não punitiva, notificação sistemática e aprendizado organizacional. Culturas frágeis, marcadas por silêncio, medo e subnotificação, figuram entre as mais deficitárias globalmente.[2,35]

A queda na autoeficácia e medo de procedimentos de alto risco configuram impacto relevante. Profissionais desenvolvem "paralisia técnica" ou "aversão ao risco" pós-evento, comprometendo qualidade assistencial e aumentando risco paradoxal de novos erros.[10,14,23]

O aumento da rotatividade e impacto negativo na qualidade do cuidado representam consequências institucionais graves. Perda de profissionais experientes desestrutura equipes, eleva custos e reduz eficiência, fatores associados a piores desfechos.[16,20]

O afastamento laboral em enfermeiros recém-formados, frequentemente não comunicado às chefias, dificulta dimensionamento real e impede intervenções precoces.[13] Em unidades de terapia intensiva, medo e insegurança comprometem disponibilidade profissional.[22]

O medo de danos à reputação profissional em cirurgiões adiciona complexidade, onde identidade vincula-se historicamente à performance técnica.[23,36] Intervenções precisam ser sensíveis às particularidades de cada categoria profissional. E o sentimento de inadequação profissional e medo de consequências legais inibem notificação de EAs, perpetuando condições que favorecem novos eventos.[19, 27]

## Estratégias de enfrentamento e suporte ao profissional

Diante desses achados a literatura aponta a necessidade urgente de estratégias estruturadas em múltiplos níveis. No plano individual, desenvolvimento de habilidades de regulação emocional, supervisão clínica e psicoterapia configuram recursos relevantes.[10,28] Estratégias para impactos físicos incluem identificação precoce de distúrbios musculoesqueléticos, intervenções ergonômicas e programas de treinamento adaptados às especificidades profissionais.[32,36]

No nível organizacional, programas como *forYOU Team* (University of Missouri) e Johns Hopkins (Maryland, EUA) demonstraram resultados promissores na redução do sofrimento e melhoria da cultura de segurança.[27] No Brasil, Hospital Israelita Albert Einstein desenvolveu iniciativas mediante fluxos institucionais direcionados à segunda vítima, com escuta qualificada e encaminhamento a canais de apoio.[37] A Joint Commission International validou em 2018 a importância de estruturas e protocolos, reconhecendo que experiência inadequada causa danos duradouros.[38]

## Limitações do estudo

A heterogeneidade metodológica dificulta comparações diretas. A predominância de escalas de autorrelato é suscetível a viés de desejabilidade social. A concentração em contextos europeus e asiáticos limita generalização. No Brasil, literatura é incipiente e programas institucionalizados reduzidos. O foco em enfermeiros e médicos deixa lacunas sobre outras categorias profissionais.

## Recomendações para prática profissional e formação acadêmica

Para a prática profissional, recomenda-se implementação de protocolos institucionais de identificação e suporte às segundas vítimas integrados a sistemas de notificação de EAs. Instituições devem investir na capacitação de líderes para reconhecimento precoce e criação de espaços seguros para relato emocional, sem julgamento. A transição de cultura punitiva para cultura justa é fundamental.

Para formação acadêmica, recomenda-se inclusão do fenômeno nos currículos de graduação e pós-graduação como componente transversal em segurança do paciente, ética profissional e saúde do trabalhador. Estudantes devem reconhecer sofrimento decorrente de EAs como parte da experiência profissional e identificar recursos de suporte. Simulações clínicas com manejo emocional pós-EA são ferramentas valiosas.

## Projeções para pesquisas futuras

Estudos futuros devem priorizar construção e validação de instrumentos adaptados a diferentes contextos culturais e categorias profissionais. No Brasil e América Latina, pesquisas sobre prevalência e desfechos são urgentes para subsidiar políticas públicas. Pesquisas longitudinais são necessárias para compreender trajetória temporal do sofrimento. Investigação de intervenções em contextos de recursos limitados e em situações de crise (pandemias, desastres) representa eixo prioritário. Estudos sobre efetividade de intervenções educativas em estudantes e residentes podem contribuir para prevenção do fenômeno na gênese formativa.

## Conclusão

Os achados evidenciam que envolvimento em EA produz repercussões significativas nas dimensões psicológica, física e profissional dos trabalhadores de saúde, configurando segunda vítima como realidade prevalente. Sofrimento emocional expresso por culpa, ansiedade, TEPT e angústia moral constitui núcleo mais documentado, frequentemente acompanhado de manifestações físicas como distúrbios do sono e exaustão que comprometem capacidade laboral.

No plano profissional, impactos manifestam-se em redução da autoeficácia, aumento da intenção de abandono, absenteísmo e deterioração assistencial, com repercussões em equipes e organizações. Recorrência em diferentes países e categorias profissionais reforça caráter universal do fenômeno.

Segunda vítima é multidimensional e subestimada nas instituições de saúde, sendo insuficientes respostas institucionais. É imprescindível investir em programas estruturados de suporte, fortalecer cultura de segurança e cultura justa, promovendo ambientes mais seguros, humanizados e livres de culpabilização. É imperativo incorporação do tema nos currículos de formação em saúde e desenvolvimento de pesquisas contextualizadas para realidade brasileira e latino-americana.

## Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

## Declaração de Conflito de interesses

Os autores declaram que não há nenhum conflito de interesse

## Referências

1. Institute of Medicine (US). To err is human: building a safer health system. [Internet]. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson. Washington, DC: National Academies Press; 2000 [cited 2026 Aug 31]. Availabre from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248

2. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/70882

3. World Health Organization. Global patient safety report 2024 [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://www.who.int/publications/b/69932

4. World Health Organization. Patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

5. Souza GT.; Mendes SJ. Ocorrência de eventos adversos e sua relação com a implantação de práticas assistenciais voltadas para a segurança do paciente no Brasil: uma revisão integrativa. J Manag Prim Health Care. 2020; 12(esp):e015. doi: 10.14295/jmphc.v12.1066

6. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2020; 320(7237):726-727. doi: 10.1136/bmj.320.7237.726

7. Mira JJ. The concept of second victims in healthcare: challenges, consequences, and the path forward [Internet]. Risques Qual. 2025 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://www.risqual.net/publication-scientifique/concept-second-victims-healthcare-challenges-consequences-and-path-forward

8. Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03669. doi: 10.1590/S1980-220X2019011803669

9. Rodrigues FM, Santos LL, Costa MA, Garzin ACA, Hamano L, Garcia PC. Segunda Vítima: Experiência e Percepção dos Profissionais da Equipe de Enfermagem. Nursing (São Paulo). 2025; 29(321):10595–605. doi: 10.36489/nursing.2025v29i321p10595-10605

10. Scott SD, S. D. et al. The natural history of recovery for the healthcare provider 'second victim' after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009; 1818(5):325–30. doi: 10.1136/qshc.2009.032870

11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 229 p.

12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 19 abr. 2026].

Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view

13. Alevi JO, Draganov PB, Gonçalves GC, Zimmermann GS, Giunta L, Mira JJ, et al. O enfermeiro recémformado na condição de segunda vítima. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE02721. doi: 10.37689/acta-ape/2024AO0002721

14. Alishaq M, Hassan AK, Assar AH, Elfaki S, Mohammed SMS, Abdelaliem SMF, et al. The impact of second-victim syndrome on staff well-being and practice. Medicine (Baltimore). 2025; 104(6):e41345–5. doi: 10.1097/MD.0000000000041345

15. Järvisalo P, Haatainen K, Bonsdorff MV, Turunen H, Härkänen M. Interventions to support nurses as second victims of patient safety incidents: A qualitative study of nurse managers" perceptions. J Adv Nurs. 2023; 80(6):2552-2565. doi: doi.org/10.1111/jan.16013

16. Ong TSK, Goh CM, Tan EKYE, Sivanathan KA, Tang ASP, Tan HK, et al. Second Victim syndrome among healthcare professionals: a systematic review of interventions and outcomes. J Healthc Leadersh. 2025; 3(17):225–39. doi: 10.2147/JHL.S526565

17. Marung H, Strametz R, Roesner H, Reifferscheid F, Petzina R, Klemm V, et al. Second Victims among German Emergency Medical Services Physicians (SeViD-III-Study). Int J Environ Res Public Health. 2023; 20(5):4267. doi: 10.3390/ijerph20054267

18. Brunelli MV, Estrada S, Celano C, Bandriwskyj C, Riquelme RJ, Ortega A, et al. Segunda victima: experiencia y medidas de apoyo percibidas por los profesionales sanitarios. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. 2023 [cited 2026 Aug 31];83(6):918–26. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023001000918

19. Kim ARJ, Hon YK, Guan CA, Lai WH, Bujang MA, Pedro S, et al. A cross-sectional study on the second victim experience and support at Sarawak General Hospital: A tertiary public hospital in Borneo Island, Malaysia [Internet]. Med J Malásia. 2025 [cited 2026 Aug 31]; 80(1):81-87. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39812433/

20. Krommer E, Ablöscher M, Klemm V, Gatterer C, Rösner H, Strametz R, et al. Second Victim Phenomenon in an Austrian Hospital before the Implementation of the Systematic Collegial Help Program KoHi: A Descriptive Study. Int J Environ Res Public Health. 2023; 20(3):1913.doi: 10.3390/ijerph20031913

21. Strametz R, Fendel JC, Koch P, Roesner H, Zilezinski M, Bushuven S, et al. Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). Int J Environ Res Public Health.2021 18(20):10594. doi: 10.3390/ijerph182010594

22. Caputo AL, Flores G, Posadas M, Oyola N. Segunda víctima en unidad de cuidados intensivos: estudio de corte transversal. Notas Enferm. 2024; 27(46):18-27. doi: 10.59843/2618-3692.v27.n46.50342

23. Yaow CYL, Xiangng Q, Chong RIH, Ong C, Chong NZY, Yap NLX, et al. Intraoperative adverse events among surgeons in Singapore: a multicentre cross-

sectional study on impact and support. BMC Health Serv Res. 2024; 24(1):512. doi: 10.1186/s12913-024-10998-x

24. Tejedor-Romero L, Vinuesa-Sebastián MM, Aranaz-Andrés JM. Los trabajadores de áreas de cuidados críticos como segundas víctimas del SARS-CoV-2: resultados de una encuesta. J Healthc Qual Res. 2022; 37(3):162–8. doi: 10.1016/j.jhqr.2021.10.004

25. Sun L, Lu Q, Gao W, Li X, Cheng J, Liu D, et al. Study on the influence of patient safety culture on the pain and turnover intention of Chinese nurses in adverse nursing events. Nurs Open. 2023; 10(10):6866-6874. doi: 10.1002/nop2.1936

26. Marung H, Klemm V, Strametz R, Neusius T, Raspe M, Roesner H, et al. The second victim phenomenon among German emergency medical technicians: a cross-sectional study based on the SeViD questionnaire (SeViD-VIII). BMC Emerg Med. 2025; 25(1):137. doi: 10.1186/s12873-025-01298-6

27. Tartaglia A, Matos MA. Segunda vítima: afinal, o que é isso? Einstein (São Paulo). 2020;18:eED5619. 10.31744/einstein_journal/2020ED5619

28. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second Victims in Health Care: Current Perspectives. Adv Med Educ Pract. 2019; 10:593-603. doi: 10.2147/AMEP.S185912

29.Seys D, Scott S, Wu A, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. Int J Nurs Stud. 2013; 50(5):678-87. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006

30. 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 of Patient Safety. 2017;13(2):93-102. doi: 10.1097/PTS.0000000000000129

31. Kotera Y, Dosedlova J, Andrzejewski D, Kaluzeviciute G, Sakai M. From Stress to Psychopathology: Relationship with Self-Reassurance and Self-Criticism in Czech University Students. Int J Ment Health Addict. 2021; 20(4):2321–2332. doi: 10.1007/s11469-021-00516-z

32. Okati-Aliabad H, Habybabady RH. Work-Related Muscluskeletal Disorders and Work Ability Among Hospital Employees in Southeast of Iran. Health Scope. 2024; 13(4):e148901. doi: 10.5812/healthscope-148901

33. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Awosika AO, Ayers D. Physiology, Stress Reaction [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/

34. Arena AF, Gregory M, Collins DAJ, Vilus B, Bryant R, Harvey SB, et al. Global PTSD prevalence among active first responders and trends over recent years: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2025;120:102622. doi: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102622

35.Alabdullah H, Karwowski W. Patient Safety Culture in Hospital Settings across Continents: A Systematic Review. Applied Sciences. 2024; 14(18):8496. doi: https://doi.org/10.3390/app14188496

36. Matuszewska M, Rypicz L, Witczak I, Kołcz A. The Occupational Dimension of Musculoskeletal Disorders: A Comparison of Healthcare Workers and Administrative Staff Using the NMQ-E Tool. J Clinical Med. 2025; 14(17):6187–7. doi: https://doi.org.10.3390/jcm14176187

37. Hospital Israelita Albert Einstein. Guia do Episódio de Cuidado: Segunda Vítima [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2025 [citado 31 ago. 2026]. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Paginas/guias-e-protocolos.aspx/1000

38. The Joint Commission. Supporting second victims [Internet]. Quick Saf. 2018;(39) [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/f2e3a3dc53534e14b8c9f36a9af34942?v=f5a5abbd

**Autor correspondente:**
Endric Passos Matos
Avenida Colombo, 5790, Zona 07,
CEP:87020-900. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: endric-matos@hotmail.com