

Estresse, ansiedade e depressão em segundas vítimas: revisão integrativa

Erika Bibiana Rodríguez Gallo¹, Silvio Germán Telpiz de la Cruz²

1. Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. 2. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Resumo

Eventos adversos na área da saúde também afetam os profissionais envolvidos, que podem se tornar “segundas vítimas” e desenvolver sintomas como estresse, ansiedade e depressão. Este estudo identificou e analisou as evidências disponíveis sobre essas manifestações por meio de uma revisão integrativa de estudos publicados entre 2014 e 2024 em bases como Scopus, PubMed e SciELO. Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos e mistos, avaliados com ferramentas como STROBE, CASPe, COSMIN e MMAT. Foram selecionados 21 estudos que relataram sintomas frequentes como sobrecarga emocional, insônia, hipervigilância, retraimento, culpa e fadiga. Esses sintomas foram associados a fatores organizacionais (falta de apoio, cultura punitiva) e pessoais (sentimento de culpa). O fenômeno configura uma síndrome complexa com impactos na saúde mental e no desempenho profissional. Os achados apoiam a necessidade de respostas institucionais estruturadas, com estratégias de prevenção, apoio emocional e transformação cultural para mitigar suas consequências e promover ambientes de trabalho seguros.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. Ansiedade. Depressão. Pessoal de saúde. Evento adverso.

Resumen

Estrés, ansiedad, depresión en las segundas víctimas: revisión integrativa

Los eventos adversos en salud afectan también al personal involucrado, quienes pueden convertirse en “segundas víctimas” al desarrollar síntomas como estrés, ansiedad y depresión. Este estudio identificó y analizó la evidencia disponible sobre estas manifestaciones mediante una revisión integrativa de estudios publicados entre 2014 y 2024 en bases como Scopus, PubMed y SciELO. Se incluyeron investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas, evaluadas con herramientas como STROBE, CASPe, COSMIN y MMAT. Se seleccionaron 21 estudios que reportaron síntomas frecuentes como sobrecarga emocional, insomnio, hipervigilancia, retraimiento, culpa y fatiga. Estos se asociaron con factores organizacionales (falta de apoyo, cultura punitiva) y personales (sentimiento de culpa). El fenómeno configura un síndrome complejo con efectos sobre la salud mental y el desempeño profesional. Los hallazgos respaldan la necesidad de respuestas institucionales estructuradas, con estrategias de prevención, apoyo emocional y transformación cultural para mitigar sus consecuencias y promover entornos laborales seguros.

Palabras clave: Estrés laboral. Ansiedad. Depresión. Personal de salud. Evento adverso.

Abstract

Stress, anxiety, and depression in second victims: an integrative review

Adverse events in healthcare also affect the personnel involved, who may become “second victims” and develop symptoms such as stress, anxiety, and depression. This study identified and analyzed available evidence on these manifestations by an integrative review of studies published between 2014 and 2024 in databases such as Scopus, PubMed, and SciELO. Quantitative, qualitative, and mixed-method studies were included and evaluated using tools such as STROBE, CASPe, COSMIN, and MMAT. Twenty-one studies were selected, reporting frequent symptoms like emotional overload, insomnia, hypervigilance, withdrawal, guilt, and fatigue. These were associated with organizational factors (lack of support, punitive culture) and personal factors (feelings of guilt). The phenomenon constitutes a complex syndrome affecting mental health and professional performance. Findings support the need for structured institutional responses, including prevention strategies, emotional support, and cultural transformation to reduce its consequences and promote safe work environments.

Keywords: Occupational stress. Anxiety. Depression. Health personnel. Adverse event.

Declararam não haver conflito de interesse.

Eventos adversos na prestação de serviços de saúde representam um desafio significativo para as instituições. Além das consequências diretas para os pacientes, esses eventos geram um impacto considerável nos profissionais de saúde envolvidos, que podem ter sua saúde mental e física afetada, bem como enfrentar consequências judiciais e no trabalho, tornando-se, assim, o que é conhecido como “segunda vítima”^{1,2}. Os impactos mais significativos sobre os profissionais de saúde após se envolverem em um evento adverso são emocionais e psicológicos, desenvolvendo sintomas de estresse, ansiedade e depressão, afetando as dimensões física e laboral.

Estudos recentes revelaram a magnitude desse problema. Na Colômbia, 44,4% do pessoal de saúde relatou que havia se envolvido em um evento adverso e, desses, 99% se identificou como segunda vítima³. Resultados parecidos foram relatados no Chile, onde 39,2% do pessoal de saúde se envolveu em eventos adversos e 73% desses se identificou como segunda vítima⁴. As repercussões psicológicas desses eventos adversos são profundas, com taxas de prevalência de até 24,3% para depressão, 25,8% para ansiedade e 29,1% para estresse^{5,6}.

Para melhor entender o impacto dos eventos adversos no pessoal de saúde, foi proposto o Modelo de Apoio às Segundas Vítimas, desenvolvido por Susan Scott e colaboradores em 2009⁷. Esse modelo oferece uma estrutura conceitual que descreve o processo no qual os profissionais de saúde são afetados emocionalmente após um evento adverso e como o apoio organizacional pode influenciar sua recuperação. O documento revela que as segundas vítimas sofrem um significativo trauma emocional, que pode incluir sintomas de estresse pós-traumático, culpa, ansiedade e depressão. Além disso, salienta a importância de implementar sistemas de apoio psicológico e organizacional para mitigar esses efeitos e facilitar a recuperação dos profissionais.

O modelo também ressalta que, sem a intervenção adequada, esses profissionais correm o risco de sofrer sequelas emocionais prolongadas, afetando não só o seu bem-estar pessoal, mas também a sua capacidade de prestar atendimento de qualidade. Por isso, é fundamental realizar o mapeamento da literatura disponível e a análise das estratégias de apoio que têm sido implementadas para reduzir o

impacto do estresse, ansiedade e depressão em segundas vítimas.

Além da sua dimensão clínica e organizacional, o fenômeno das segundas vítimas levanta implicações éticas relacionadas a responsabilidade institucional, justiça organizacional e proteção da dignidade do profissional de saúde envolvido nesses eventos. Nesse sentido, entender essas manifestações não contribui apenas com a saúde mental dos profissionais, mas também com o fortalecimento de ambientes de atendimento eticamente responsáveis.

Nesse contexto, esta revisão integrativa tem o objetivo de identificar e analisar as evidências disponíveis sobre estresse, ansiedade e depressão em segundas vítimas do pessoal de saúde. Por meio da revisão de estudos realizados entre 2014 e 2024, procura-se entender melhor os fatores que contribuem para esses problemas de saúde mental e propor intervenções efetivas que se baseiam no modelo conceitual de Susan Scott.

Método

Este estudo utiliza a metodologia de revisão integrativa⁸ com o objetivo de identificar as pesquisas com maiores evidências sobre estresse, ansiedade e depressão em segundas vítimas no contexto do cuidado em saúde. Essa abordagem permite realizar o mapeamento da literatura existente para proporcionar uma visão geral e detectar lacunas no conhecimento sobre o assunto.

Para isso, parte-se da seguinte questão de revisão: “Quais são os fatores que contribuem para o estresse, a ansiedade e a depressão em segundas vítimas no contexto de cuidado em saúde, de acordo com as evidências disponíveis entre 2014 e 2024?”.

Para responder essa pergunta, uma busca minuciosa e sistemática foi realizada em cinco bases de dados eletrônicas: Scopus, PubMed, Web of Science, ScienceDirect e SciELO, cobrindo o período entre janeiro de 2014 e o primeiro semestre de 2024. Essas bases de dados foram escolhidas para garantir uma ampla cobertura em relação aos estudos em ciências da saúde e ciências sociais aplicadas à saúde.

Nessa busca, foram utilizados termos controlados, como MeSH (Medical Subject Headings) em

PubMed, juntamente com termos livres e suas variantes linguísticas. Os termos-chave e as combinações utilizadas são apresentados a seguir:

1. Estresse: “estrés”, “stress”, “stress disorder”, “stress response”;
2. Ansiedade: “ansiedad”, “anxiety”, “anxiety disorders”;
3. Depressão: “depresión”, “depression”, “depressive symptoms”;
4. Segundas vítimas: “segundas víctimas”, “second victims”, “second victim phenomenon”.

Os operadores booleanos “AND” e “OR” foram utilizados para combinar os termos-chave e otimizar os resultados da seguinte forma: “second victims” AND “stress” OR “anxiety” OR “depression”; “second victims” AND “mental health” AND “healthcare professionals”. Além disso, buscas avançadas foram realizadas em cada base de dados utilizando os filtros disponíveis para refinar os resultados, tais como limites de data de publicação, disponibilidade de texto completo e tipo de artigo.

Os estudos selecionados tinham que atender aos seguintes critérios:

5. Tipos de estudos: foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos, ensaios clínicos e estudos mistos que abordassem especificamente o impacto na saúde mental (estresse, ansiedade e depressão) em segundas vítimas;
6. População: pessoal de saúde que tenha se envolvido em eventos adversos e que se identifique como segunda vítima;
7. Período de publicação: apenas estudos publicados entre janeiro de 2014 e o primeiro semestre de 2024 foram considerados;
8. Idioma: foram incluídos estudos sem restrição de idioma, para garantir uma cobertura mais ampla da literatura disponível.
9. Disponibilidade de texto completo: foram incluídos apenas os estudos com acesso ao texto completo.

Os critérios de exclusão foram estudos que não abordassem de forma específica o estresse, a ansiedade ou a depressão em segundas vítimas, que focassem em estudantes de graduação da área da saúde ou em profissionais de fora do setor da saúde e que não tivesse o texto completo disponível ou correspondessem apenas a resumos sem informações suficientes para análise.

Ao aplicar a busca, 307 estudos potenciais foram recuperados das bases de dados selecionadas. Após uma revisão inicial de títulos e resumos, 80 artigos foram descartados por não atenderem aos critérios de inclusão e 59 artigos foram descartados pela falta de acesso ao texto completo. Foram integralmente revisados 55 artigos, dos quais 34 foram excluídos: seis por não atenderem aos critérios de população, 22 por não estarem alinhados com o objetivo da revisão e seis pela qualidade metodológica. Por fim, foram incluídos 21 estudos que atendiam a todos os critérios de inclusão.

Para avaliar a qualidade dos estudos incluídos, quatro ferramentas de avaliação foram utilizadas de acordo com o tipo de estudo:

10. *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE): essa ferramenta foi utilizada para estudos observacionais (coortes e casos-controle) e permitiu a avaliação de aspectos-chave como design, coleta de dados e análise estatística⁹;
11. *Critical Appraisal Skills Programme Espanhol* (CASPe): utilizada tanto para estudos qualitativos quanto para ensaios clínicos. Para estudos qualitativos, avaliou a adequação metodológica, a análise e a interpretação dos resultados. Para ensaios clínicos, permitiu a avaliação da validade interna e externa, bem como o risco de viés¹⁰;
12. *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN): utilizada nos estudos que validavam instrumentos de medição em saúde, avaliando confiabilidade, validade e consistência interna das ferramentas¹¹;
13. *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018: Aplicada a estudos com métodos mistos, permitiu a avaliação da qualidade tanto dos componentes qualitativos quanto dos quantitativos, garantindo uma avaliação abrangente de ambas as abordagens¹².

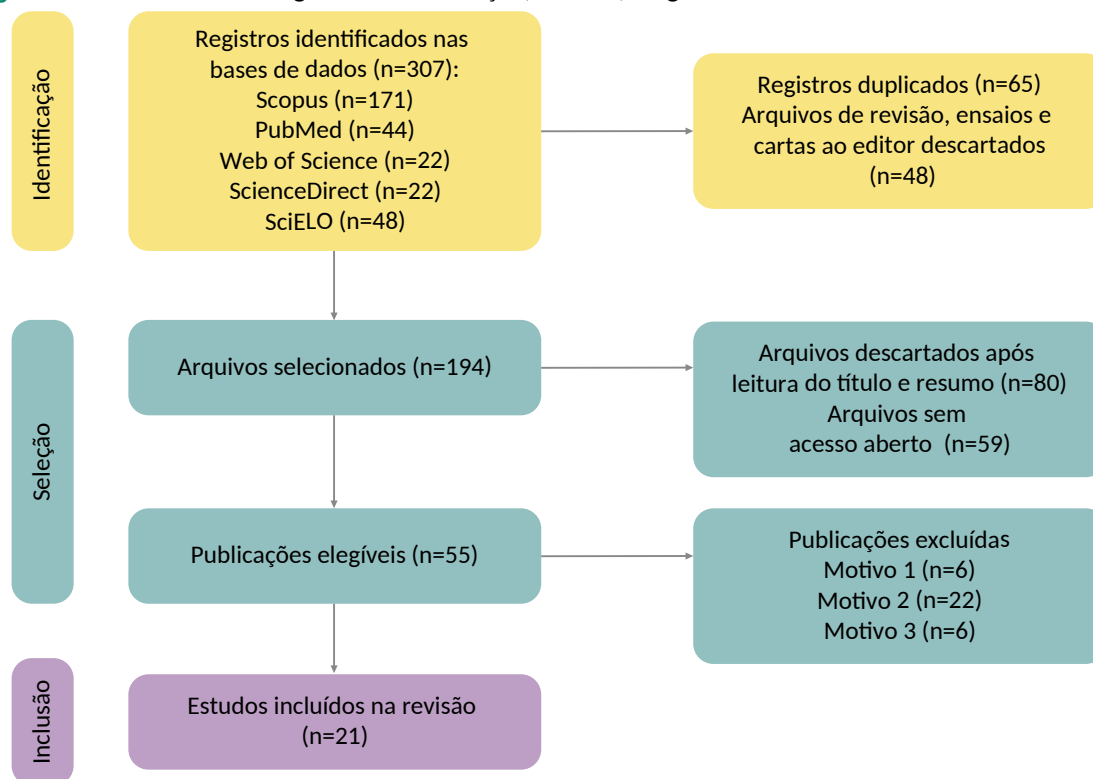
Cada estudo foi avaliado independentemente por dois revisores, e quaisquer discrepâncias na pontuação foram resolvidas por meio de discussão ou consulta a um terceiro revisor. Após a avaliação, os estudos foram classificados em três categorias de qualidade: alta qualidade (atenderam a mais de 80% dos critérios de qualidade); qualidade moderada (atenderam entre 50% e 80% dos critérios);

e baixa qualidade (atenderam a menos de 50% dos critérios).

Estudos de baixa qualidade foram incluídos na análise qualitativa, mas suas limitações foram destacadas na interpretação dos resultados.

O *software* Mendeley foi utilizado para o gerenciamento das referências e dos estudos selecionados. Além disso, um fluxograma PRISMA foi gerado para a documentação de cada etapa do processo seletivo dos estudos.

Figura 1. Processo metodológico de identificação, revisão, elegibilidade e inclusão



Resultados

Foram incluídos 21 estudos que abordaram o fenômeno das segundas vítimas em profissionais de saúde, com foco nas manifestações de estresse, ansiedade e depressão. A maioria dos estudos foi do tipo quantitativo (n=12), seguido por qualitativo (n=5), psicométrico (n=3) e um misto. Os estudos foram realizados em diversas regiões, como América (Brasil¹³⁻¹⁶, Argentina¹⁷ e Estados Unidos¹⁸⁻²⁰); Europa (Espanha^{21,22}, Alemanha²³, Países Baixos^{24,25} e Itália²⁶); Ásia (China²⁷, Taiwan²⁸, Irã²⁹ e Turquia³⁰); Oceania (Austrália e Nova Zelândia^{31,32}) e África (África do Sul³³).

As amostras variaram de seis participantes, em estudos qualitativos, a 4.369, em pesquisas quantitativas multicêntricas. Os instrumentos mais

utilizados foram o SVEST (*Second Victim Experience and Support Tool*) e suas adaptações (n=9), seguido de escalas de ansiedade e depressão, como Generalized Anxiety Disorder 7-GAD-7 e WITHSTAND-PSY Questionnaire – WS-PSY-Q, questionários estruturados validados por juízes e entrevistas semiestruturadas.

Os sintomas mais relatados foram estresse (por sobrecarga emocional, insônia e tensão psicossomática), ansiedade (insegurança, medo e retraimento social) e depressão (culpa, desesperança e baixa autoeficácia). Esses sintomas foram associados a fatores como: gravidade do evento adverso, especialidade clínica, falta de apoio institucional e carga emocional acumulada. Diversos estudos observaram consequências organizacionais, como absentismo ocupacional, desejo de renunciar e deterioração do clima institucional¹³⁻³³.

O Quadro 1 apresenta um resumo dos estudos incluídos na revisão sobre segundas vítimas em profissionais de saúde. Nele, estão detalhados o autor, país, tipo de estudo, tamanho da amostra, instrumentos utilizados e principais sintomas psicológicos avaliados.

Quadro 1. Características e principais achados dos estudos selecionados na revisão

N.º	Autor; ano	País	Tipo de estudo/ tamanho da amostra	Instrumentos	Sintomas avaliados	Principais achados
1	Quadros, Magalhães, Wachs, Severo, Tavares, Pai; 2022 ¹³	Brasil	Qualitativo. 21 profissionais de saúde	Entrevistas semiestruturadas y software Functional Resonance Analysis Method	Culpa, medo, angústia, impotência	Foram identificadas 447 quedas, 12 com danos de moderados a graves. A modelagem revelou variabilidade em oito funções do processo preventivo. Os profissionais envolvidos relataram culpa, medo, angústia e impotência, configurando-se como segundas vítimas do evento adverso.
2	Quadros, Magalhães, Boufleuer, Tavares, Kuchenbecker, Pai; 2022 ¹⁴	Brasil	Qualitativo. 21 profissionais de saúde	Entrevistas semiestruturadas	Estresse, culpa, angústia	O apoio institucional à enfermagem após eventos adversos de moderados a graves foi percebido como incipiente. O apoio informal de pares e familiares predominou, o que evidencia a necessidade de formalizar fluxos institucionais estruturados para mitigar repercussões emocionais em segundas vítimas.
3	Alevi, Draganov, Gonçalves, Zimmermann, Giunt, Mira e colaboradores; 2024 ¹⁵	Brasil	Quantitativo. 138 enfermeiros	Hospital Survey on Patient Safety	Frustração, insegurança, angústia e estresse	Estiveram envolvidos em eventos adversos 26,8% dos enfermeiros recém-formados; 94,6% apresentaram sofrimento emocional, culpa, insegurança e estresse. No total, 44,9% não conheciam os protocolos institucionais de apoio e 21,6% receberam sanções institucionais após o evento.
4	Almeida, Moura; 2022 ¹⁶	Brasil	Quantitativo. 203 enfermeiros	Hospital Survey on Patient Safety	Ansiedade, medo, frustração	No total, 60% dos profissionais de enfermagem relataram envolvimento em eventos adversos; 55% apresentaram manifestações físicas ou psicológicas, predominando a ansiedade. Os efeitos foram maiores em eventos com dano moderado ou grave, e foram associados a cultura punitiva institucional.

continua...

Quadro 1. Continuação

N.º	Autor; ano	País	Tipo de estudo/ tamanho da amostra	Instrumentos	Sintomas avaliados	Principais achados
5	Brunelli, Estrada, Celano, Bandriwskyj, Riquelme, Ortega e colaboradores; 2023 ¹⁷	Argentina	Quantitativo. 1.134 profissionais de saúde	Second Victim Experience and Support Tool -Argentina versión	Culpa, tristeza, baixa autoeficácia	No total, 56% dos profissionais relataram ter cometido um erro; predominou o impacto psicológico (média 3,4). O apoio percebido foi maior em familiares e amigos do que no âmbito institucional. O maior impacto esteve associado a uma menor percepção de apoio.
6	Burlison, Scott, Browne, Thompson, Hoffman; 2017 ¹⁸	Estados Unidos	Psicométrico. 281 profissionais de saúde	Second Victim Experience and Support Tool	Culpa, insônia, baixa autoeficácia	A validação do SVEST mostrou consistência interna adequada (α 0,61–0,89) e bom ajuste fatorial. O recurso de apoio mais desejado foi um par respeitado para discutir o evento, evidenciando a necessidade de apoio institucional estruturado.
7	Chandrabhatla, Asgedom, Gaudiano, Avila, Roach, Venkatesan e colaboradores; 2022 ¹⁹	Estados Unidos	Quantitativo. 81 médicos	Second Victim Experience and Support Tool; Abbreviated Maslach Burnout Inventory	<i>Burnout</i> , ansiedade, lesão moral	No total, 43% apresentaram <i>burnout</i> antes e durante a covid-19. As experiências de segunda vítima foram frequentes em profissionais com <i>burnout</i> e aumentaram naqueles que não o apresentavam durante a pandemia. O dano moral foi preditor de <i>burnout</i> no contexto da covid-19.
8	Allender, Bottema, Bosley, Holst, Clark, Weaver e colaboradores; 2023 ²⁰	Estados Unidos	Quantitativo. 171 terapeutas respiratórios	Second Victim Experience and Support Tool	Ansiedade, depressão, resiliência	No total, 91% relataram eventos traumáticos no trabalho; 39%, ansiedade; 32%, insônia; e 28%, culpa. Um total de 15,6% manifestou a intenção de renunciar e 17,7% perceberam falta de apoio institucional. O apoio mais desejado foi o acompanhamento entre pares.

continua...

Quadro 1. Continuação

N.º	Autor; ano	País	Tipo de estudo/ tamanho da amostra	Instrumentos	Sintomas avaliados	Principais achados
9	Santana-Domínguez, González-De La Torre, Verdú-Soriano, Berenguer-Pérez, Suárez-Sánchez, Martín-Martínez; 2022 ²¹	Espanha	Quantitativo. 719 profissionais de saúde	Second Victim Experience and Support Tool-España version	Estresse, culpa, insônia	A prevalência de sentimento de segunda vítima foi de 62,6%. Foram observadas significativas diferenças entre obstetras e parteiras em sofrimento físico, psicológico, apoio da supervisão e intenção de mudar de trabalho, demonstrando um impacto emocional e profissional diferenciado entre as disciplinas.
10	Tejedor-Romero, Vinuesa-Sebastián, Aranaz-Andrés; 2022 ²²	Espanha	Quantitativo. 52 profissionais de saúde	Escala de Afrontamiento en Situaciones de Emergencia – covid-19 (EASE covid-19)	Estresse agudo, ansiedade, distanciamento	No total, 54% dos participantes tiveram um bom ajuste emocional; o principal medo foi infectar familiares. Um total de 60% modificou rotinas familiares, evidenciando uma sobrecarga emocional em profissionais essenciais durante a covid-19.
11	Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rösner H, Abloesch Me colaboradores; 2021 ²³	Alemanha	Quantitativo. 555 médicos	Segundas Víctimas en Países de Habla Alemana –SeViD	Culpa, insônia, isolamento	No total, 59% viveram eventos como segunda vítima, e 35% no último ano. Um total de 12% relatou recuperação superior a um ano. Para o sexo feminino, aumentou o risco e a carga de sintomas; o diálogo aberto e a discussão ética foram valorizados como apoio prioritário.
12	Vanhaecht, Seys, Schouten, Bruyneel, Coeckelberghs, Panella e colaboradores; 2019 ²⁴	Países Baixos	Quantitativo. 4.369 (1.619 médicos e 2.750 enfermeiras)	Cuestionario estructurado / validado por jueces	Flashbacks, estresse, disfunção da equipe	No total, 85,6% relataram envolvimento em incidentes de segurança. A hipervigilância foi o sintoma mais frequente (53%). Um maior grau de dano foi associado a sintomas mais prolongados; incidentes com danos permanentes aumentaram a duração dos sintomas em até nove vezes.

continua...

Quadro 1. Continuação

N.º	Autor; ano	País	Tipo de estudo/ tamanho da amostra	Instrumentos	Sintomas avaliados	Principais achados
13	Christoffersen, Teigen, Rønningstad; 2020 ²⁵	Noruega	Qualitativo. 33 parteiras	Entrevistas semiestructuradas	Ansiedade, culpa, abandono	Práticas proativas e reativas de acompanhamento de gestão foram identificadas após eventos adversos. Liderança transformacional e apoio planejado facilitaram a recuperação e a aprendizagem; a falta de acompanhamento gerou abandono, deterioração emocional e dificuldade em continuar a prática profissional.
14	Busch, Mazzi, Berti, Wu, Cosci, Marinelli e colaboradores; 2023 ²⁶	Itália	Psicométrico. 284 profissionais de saúde	WITHSTAND-PSY Questionnaire; WITHSTAND-PSY Screening Instrument	Ansiedade, depressão, enfrentamento	O questionário WITHSTAND-PSY mostrou propriedades clínicas adequadas para a avaliação da ansiedade e da depressão em segundas vítimas. Foi confirmado um impacto emocional significativo após eventos adversos, bem como utilidade clínica na detecção de sofrimento e na prevenção de <i>burnout</i> prolongado.
15	Tang, Xie, Yan, Teng, Yu, Wei e colaboradores; 2024 ²⁷	China	Misto. 406 enfermeiras. Oito enfermeiras para entrevistas aprofundadas	Second Victim Experience and Support Tool –SVEST; Cuestionario de Quejas Somáticas sobre el Estado de Subsalud (SCSSQ) y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Entrevistas a profundidad	Ansiedade, dúvidas profissionais, insônia	No total, 76,9% relataram eventos de segurança; as dimensões com as maiores pontuações foram o sofrimento profissional e psicológico. O SVEST foi correlacionado positivamente com sintomas somáticos ($r=0,444$) e ansiedade ($r=0,490$), o que demonstra um significativo impacto físico e mental.
16	Tan, Chen; 2019 ²⁸	Taiwan	Quantitativo. 1206 médicos	Short Form Health Survey (36-Item)	Estresse, depressão, exaustão	No total, 25,2% relataram disputas por imperícia. Após o ajuste, foram observadas pontuações mais baixas em saúde geral, saúde mental e vitalidade em médicos envolvidos, o que demonstra um impacto negativo prolongado do evento adverso na qualidade de vida.

continua...

Quadro 1. Continuação

N.º	Autor; ano	País	Tipo de estudo/ tamanho da amostra	Instrumentos	Sintomas avaliados	Principais achados
17	Sharif-Nia, Hanifi; 2023 ²⁹	Irã	Psicométrico. 754 enfermeiros	Second Victim Experience and Support Tool	Angústia, medo, remorso	A versão persa do SVEST mostrou quatro fatores que explicaram 51,67% da variância total. A análise confirmatória mostrou bom ajuste e confiabilidade (>0,7), validando a medição do sofrimento e do apoio percebido em segundas vítimas.
18	Ayvaz; 2023 ³⁰	Turquia	Qualitativo. 6 profissionais de saúde	Grupos focais	<i>Burnout</i> , raiva, desvalorização pessoal	Foram identificados cinco temas: frequência do fenômeno; causas médicas, técnicas e violentas; emoções (impotência, injustiça, raiva); estratégias de enfrentamento; e demandas de apoio psicológico, legal e organizacional, evidenciando um impacto emocional significativo em profissionais de saúde.
19	Collings, Potter, Gebiski, Janda, Obermair; 2025 ³¹	Austrália e Nova Zelândia	Quantitativo. 727 obstetras/ginecologistas	Cuestionario estruturado / validado por jueces	Ansiedade, culpa, retraimento	No total, 90% relataram um maior estresse diante de resultados adversos graves; e 89% relataram distúrbios do sono. Os efeitos na saúde mental, física e nos relacionamentos foram evidentes. As mulheres e os cirurgiões jovens apresentaram um maior impacto emocional depois de complicações cirúrgicas.
20	Buhlmann, Ewens, Rashidi; 2022 ³²	Austrália	Qualitativo. Dez profissionais de saúde	Entrevistas	Estresse, isolamento, <i>burnout</i>	Surgiram cinco temas: intensa reação emocional inicial; sequelas prolongadas; repercussões no trabalho; necessidade de apoio organizacional; e estratégias adaptativas para “seguir em frente”. A falta de apoio institucional dificultou a recuperação profissional após incidentes críticos.
21	Mathebula, Filmlalter, Jordaan, Heyns; 2022 ³³	África do Sul	Quantitativo. 181 profissionais	Second Victim Experience and Support Tool	Estresse, insônia, baixa eficácia	Predominou o sofrimento psicológico (média 2,97) sobre o físico (2,52). A autoeficácia profissional foi afetada (2,71). O apoio foi principalmente não laboral (4,08), com percepção limitada de apoio institucional (2,94).

Discussão

A revisão integrativa realizada demonstra que o fenômeno das segundas vítimas é uma situação mundial e persistente, que se caracteriza por uma alta prevalência de sintomas psicológicos como estresse, ansiedade e depressão. Esses achados confirmam que a experiência do envolvimento em um evento adverso tem um impacto significativo não só no bem-estar emocional do profissional de saúde³⁴, mas também no seu desempenho e na segurança do paciente³⁵, configurando um problema de âmbito individual, organizacional e ético.

A partir de uma perspectiva bioética, o fenômeno das segundas vítimas transcende o âmbito individual e psicológico ao se configurar como uma expressão de vulnerabilidade moral gerada em contextos organizacionais complexos. A exposição a eventos adversos não só produz danos clínicos potenciais ao paciente, mas também danos emocionais e morais ao profissional de saúde³⁶, questionando princípios bioéticos fundamentais como a não maleficência, a justiça organizacional, a responsabilidade institucional e a ética do cuidado^{37,38}. A falta de sistemas de apoio, a cultura punitiva e a falta de respostas organizacionais estruturadas representam formas de não maleficência por omissão, que amplificam o sofrimento do profissional e comprometem tanto o seu bem-estar como a segurança do paciente³⁹. Nesse sentido, as segundas vítimas devem ser compreendidas como sujeitos eticamente vulneráveis nos sistemas de saúde, cuja proteção não é apenas uma questão de bem-estar no trabalho, mas um imperativo bioético.

Estresse: natureza, fatores associados e impacto no trabalho

O estresse em profissionais de saúde que vivenciam eventos adversos representa uma resposta psicofisiológica significativa que pode se tornar crônica e debilitante se não for devidamente tratada. A literatura descreve o estresse não só como uma reação emocional imediata, mas como um fator de risco ocupacional persistente que afeta o julgamento profissional, o desempenho e o bem-estar geral do profissional da saúde⁴⁰. Durante a pandemia de covid-19, o estresse ocupacional foi intensificado devido ao aumento da carga

assistencial, da incerteza e da exposição constante ao sofrimento e à morte, configurando ambientes hostis para o exercício profissional^{41,42}.

Foi documentado que fatores como a falta de apoio institucional, o medo de sanções ou da revitimização e a percepção de incapacidade profissional aumentam a intensidade do estresse, principalmente em contextos em que predomina a cultura do castigo sobre a da aprendizagem e do acompanhamento^{36,43}.

Os estudos de número 2, 6 e 12 desta revisão (Quadro 1) documentam que fatores como a falta de apoio institucional, o medo de sanções, a revitimização após evento adverso e a percepção de incapacidade profissional aumentam significativamente a intensidade do estresse, principalmente em contextos em que predomina uma cultura punitiva em vez de uma cultura orientada para a aprendizagem e o acompanhamento. Essas condições organizacionais não só perpetuam o sofrimento emocional, mas também limitam os processos de recuperação e enfrentamento do profissional afetado.

Além disso, o estresse se manifesta não apenas por meio de sintomas emocionais, mas também por meio de respostas físicas, como fadiga, transtornos do sono e dores de cabeça, afetando diretamente as competências profissionais e os relacionamentos interpessoais com pacientes, familiares e equipe de trabalho³⁹. As evidências indicam que o estresse não é algo exclusivo de uma profissão ou nível hierárquico, e sim transversal a todo o pessoal de saúde, e é mais grave naqueles que trabalham em serviços críticos e altamente complexos^{36,43}. Essas manifestações também estão associadas a consequências organizacionais relevantes, como o absentismo ocupacional, o desejo de renunciar e a deterioração do clima institucional.

Esses achados demonstram que o estresse em segundas vítimas não responde apenas a demandas clínicas ou emocionais individuais, mas é profundamente condicionado pelas respostas, ou pela falta delas, do ambiente organizacional diante dos eventos adversos.

Além disso, o estresse vivenciado por segundas vítimas não pode ser entendido apenas como uma reação individual ao erro, mas sim como a manifestação de um ambiente organizacional que

não garante condições éticas de cuidado, apoio e aprendizagem⁴⁴. A persistência do estresse em contextos punitivos evidencia uma falha estrutural na responsabilidade institucional em relação àqueles que cuidam, reproduzindo cenários de danos evitáveis e violando princípios como a não maleficência e a justiça organizacional⁴³.

Nesse sentido, a implementação de estratégias de prevenção, protocolos de atendimento a segundas vítimas e programas de apoio institucional não é apenas uma medida de saúde ocupacional, mas uma obrigação ética destinada a proteger o profissional e promover ambientes de cuidado seguros.

Ansiedade: manifestações, riscos a longo prazo e associações institucionais

A ansiedade é uma das respostas mais prevalentes e persistentes em profissionais de saúde que vivenciam eventos adversos, e é caracterizada por hiperativação fisiológica, preocupação antecipatória, insônia e sintomas somáticos como palpitações e desconforto respiratório⁴⁵⁻⁴⁷. Estudos recentes mostram que mais de 20% da equipe do hospital apresenta ansiedade clínica, com associações significativas entre essa sintomatologia e a sobrecarga alostática, insônia e comprometimento da memória episódica⁴⁷. Esses achados reforçam a hipótese de que a ansiedade não só responde a fatores agudos do ambiente de trabalho, mas também a um estresse crônico cumulativo que compromete os mecanismos neurocognitivos de regulação emocional.

No caso do pessoal de saúde, foi identificado que a ansiedade coexiste com sintomas de exaustão emocional e estresse, fazendo parte de uma rede sintomática interconectada na qual a ansiedade desempenha um papel central e amplifica outras formas de sofrimento psicológico⁴⁸. Além disso, foi descrito que essa sintomatologia pode persistir ao longo do tempo, principalmente em contextos institucionais em que a cultura é punitiva ou onde não existem mecanismos claros para apoiar os profissionais após um evento adverso^{34,41}.

De forma preocupante, a ansiedade tem sido associada a um maior risco de cometer novos erros clínicos, perpetuando, assim, um ciclo de *feedback* negativo que impacta tanto a saúde do trabalhador como a segurança do paciente^{36,49}.

Em termos bioéticos, a ansiedade em segundas vítimas pode ser entendida como uma expressão de vulnerabilidade moral decorrente de contextos institucionais que não garantem condições de justiça, cuidado e apoio após o evento adverso. A ausência de respostas organizacionais empáticas e não punitivas expõe o profissional a um sofrimento evitável, violando princípios como a não maleficência e a justiça organizacional⁵⁰. Nesse sentido, a abordagem da ansiedade exige não só intervenções individuais, mas também uma responsabilidade ética institucional voltada para a proteção do profissional e para a promoção de ambientes de cuidado seguros.

Depressão: consequências pessoais e profissionais, fatores desencadeadores

A depressão é um dos efeitos psicológicos mais incapacitantes em profissionais de saúde que foram segundas vítimas após um evento adverso. Manifesta-se por meio de tristeza persistente, desesperança, perda de interesse, fadiga crônica, diminuição da autoeficácia e, em alguns casos, ideação suicida^{49,51}.

Um estudo recente em profissionais de medicina e de enfermagem revela que fatores como a alta carga de trabalho, a falta de apoio institucional e a gravidade do evento adverso estão significativamente associados a sintomas depressivos, com taxas superiores a 30% em certos ambientes hospitalares⁵². Os estudos de número 2, 9 e 12 incluídos nesta revisão (Quadro 1) demonstram que a sua intensidade está relacionada à gravidade do evento, à percepção subjetiva de culpa e à falta de apoio posterior por parte da instituição.

Diferente de outros sintomas, a depressão parece evoluir de forma mais prolongada, com efeitos residuais que podem persistir por meses ou até anos após o evento, principalmente se intervenções psicossociais oportunas não estiverem disponíveis⁴⁷. Isso ressalta como é importante que os centros de saúde implementem protocolos de detecção precoce e acompanhamento psicológico especializado, para reduzir a carga depressiva nas pessoas que prestam cuidados em saúde e promover sua recuperação emocional.

Na análise bioética, a depressão pode ser interpretada como a expressão mais profunda de um

dano moral não atendido, comprometendo a dignidade e a integridade profissional de quem cuida⁵³. A falta de apoio estruturado e de práticas institucionais voltadas para a aprendizagem e para a justiça organizacional expõem o profissional a um sofrimento evitável⁵⁴, violando o princípio da não maleficência e a responsabilidade ética institucional. Nesse sentido, a implementação de protocolos de detecção precoce e acompanhamento especializado não representam apenas uma intervenção em saúde mental, mas uma obrigação ética para proteger o profissional e fortalecer a segurança do paciente.

Os resultados deste estudo permitem afirmar que o fenômeno das segundas vítimas em pessoal de saúde se manifesta como uma síndrome multifatorial com expressão clínica predominante em sintomas de estresse, ansiedade e depressão, que interagem entre si e compartilham fatores desencadeadores comuns.

A revisão demonstrou que a carga emocional acumulada, a percepção de culpa, a falta de apoio institucional e a cultura punitiva são elementos transversais que amplificam o sofrimento psicológico. Embora cada sintoma apresente características clínicas diferentes, existe uma notável coocorrência que dificulta sua abordagem fragmentada, razão pela qual se propõe conceituar esse fenômeno como um contínuo de desgaste emocional que evolui de acordo com a gravidade do evento, a resposta do ambiente e os recursos individuais de enfrentamento.

Os estudos incluídos na revisão mostram que esta sintomatologia não compromete apenas a saúde do trabalhador, mas também a qualidade do cuidado em saúde, gerando efeitos organizacionais como o absenteísmo, a deterioração do ambiente de trabalho e o aumento do risco de eventos adversos subsequentes. Juntos, os achados reforçam a necessidade de intervenções abrangentes que considerem tanto os fatores individuais quanto os contextuais, e que sejam baseadas em modelos teóricos como o de Susan Scott para favorecer a recuperação emocional e a resiliência institucional.

Esta revisão tem algumas limitações relevantes. A heterogeneidade metodológica entre os estudos

incluídos, com abordagens quantitativas, qualitativas e mistas, dificultou a comparação direta entre os achados. Além disso, muitos estudos utilizaram instrumentos autoadministrados, o que pode ter gerado vieses de resposta. Também foi identificada uma limitada representação do perfil técnico ou tecnológico e de regiões fora da Europa e da América. Por fim, embora tenham sido aplicadas ferramentas de avaliação da qualidade, foram incluídos estudos de qualidade moderada, que poderiam afetar a solidez de algumas conclusões. No entanto, os achados oferecem uma visão abrangente e atualizada do impacto emocional de eventos adversos em segundas vítimas no setor da saúde.

Considerações finais

Esta revisão integrativa demonstra que o fenômeno das segundas vítimas na área da saúde representa uma problemática frequente, multifatorial e de alto impacto emocional sobre o profissional de saúde envolvido. Os sintomas de estresse, ansiedade e depressão surgem como respostas predominantes, influenciadas por fatores individuais, organizacionais e contextuais. Esses sintomas não afetam apenas o bem-estar do pessoal de saúde, também comprometem a qualidade do atendimento, aumentando o risco de erros clínicos e a deterioração organizacional.

A partir de uma perspectiva ética, os achados reforçam a responsabilidade institucional de garantir ambientes seguros, não punitivos e voltados à aprendizagem, que reconheçam a vulnerabilidade do profissional após um evento adverso. A implementação de estratégias abrangentes de prevenção, detecção e acompanhamento não é apenas uma intervenção em saúde ocupacional, mas uma obrigação ética destinada a proteger a dignidade do profissional e fortalecer a segurança do paciente. Esta revisão também ressalta a necessidade urgente de transformar as culturas organizacionais em ambientes mais seguros, solidários e resilientes, que protejam não só o paciente, mas também o profissional que presta os cuidados.

Referências

1. Mira JJ, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016 [acesso 5 maio 2025];31(2):1-2. DOI: 10.1016/j.cali.2016.02.005
2. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdóttir S *et al.* An evidence and consensus-based definition of second victim: a strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [acesso 5 maio 2025];19(24). DOI: 10.3390/ijerph192416869
3. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica* [Internet]. 2022 [acesso 5 maio 2025];42(1):184-95. DOI: 10.7705/biomedica.6169
4. Mallea Salazar F, Ibaceta Reinoso I, Vejar Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2022 [acesso 24 set 2024];37(2):117-24. DOI: 10.1016/j.jhqr.2021.09.002
5. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M *et al.* The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for covid-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health* [Internet]. 2020 [acesso 8 out 2024];18(1):100. DOI: 10.1186/s12960-020-00544-1
6. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2017 [acesso 8 out 2024];64(2):242-62. DOI: 10.1111/inr.12317
7. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2009 [acesso 9 out 2024];18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870
8. Toronto CE, Remington R, editores. *A step-by-step guide to conducting an integrative review* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [acesso 29 set 2024]. DOI: 10.1007/978-3-030-37504-1
9. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2019 [acesso 15 set 2024];13(Suppl 1):31-4. DOI: 10.4103/sja.SJA_543_18
10. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español; Materiales [Internet]. Alicante: Redcaspe; 2023 [acesso 15 out 2024]. Disponível: <https://redcaspe.org/materiales/>
11. Mokkink LB, Boers M, van der Vleuten CPM, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL *et al.* COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: a Delphi study. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2020 [acesso 15 out 2024];20(1):293. DOI: 10.1186/s12874-020-01179-5
12. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M *et al.* Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2019 [acesso 20 out 2024]. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2019.03.008
13. Quadros DV, Magalhães AMM, Wachs P, Severo IM, Tavares JP, Pai DD. Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à Enfermagem como segunda vítima. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2022 [acesso 29 out 2024];30. DOI: 10.1590/1518-8345.5830.3617
14. Quadros DV, Magalhães AMM, Boufleuer E, Tavares JP, Kuchenbecker RS, Pai DD. Caidas de pacientes adultos hospitalizados: suporte al equipo de enfermería como segunda víctima. *Aquichan* [Internet]. 2022 [acesso 29 out 2024];22(4):e2246. DOI: 10.5294/aqui.2022.22.4.6
15. Alevi JO, Draganov PB, Gonçalves GCS, Zimmermann GS, Giunta L, Mira JJ *et al.* O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 29 out 2024];37:eAPE02721. DOI: 10.37689/acta-ape/2024AO0002721
16. Almeida PP, Moura GG. As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais. *Vigil Sanit Debate* [Internet]. 2022 [acesso 29 out 2024];10(3):3. DOI: 10.22239/2317-269X.01976

17. Brunelli MV, Estrada S, Celano C, Bandriwskyj C, Riquelme RJ, Ortega A *et al*. Segunda vítima: experiencia y medidas de apoyo percibidas por los profesionales sanitarios. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2023 [acesso 29 out 2024];83:918-26. Disponível: <https://bit.ly/4eUVKPC>
18. 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* [Internet]. 2017 [acesso 29 out 2024];13(2):93-102. DOI: 10.1097/pts.000000000000129
19. Chandrabhatla T, Asgedom H, Gaudio ZP, Avila L, Roach KL, Venkatesan C *et al*. Second victim experiences and moral injury as predictors of hospitalist burnout before and during the covid-19 pandemic. *PLoS One* [Internet]. 2022 [acesso 29 out 2024];17(10). DOI: 10.1371/journal.pone.0275494
20. Allender EA, Bottema SM, Bosley CL, Holst SJ, Clark WJ, Weaver AL *et al*. Use of the revised second victim experience and support tool to examine second victim experiences of respiratory therapists. *Respir Care* [Internet]. 2023 [acesso 30 out 2024];68(6):749-59. DOI: 10.4187/respcare.10719
21. Santana-Domínguez I, González-De La Torre H, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Suárez-Sánchez JJ, Martín-Martínez A. Feelings of being a second victim among Spanish midwives and obstetricians. *Nurs Open* [Internet]. 2022 [acesso 30 out 2024];9(5):2356-69. DOI: 10.1002/nop2.1249
22. Tejedor-Romero L, Vinuesa-Sebastián MM, Aranaz-Andrés JM. Healthcare workers in intensive care units as second victims of SARS-CoV-2: results of a survey. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2022 [acesso 30 out 2024];37(3):162-8. DOI: 10.1016/j.jhqr.2021.10.004
23. Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rösner H, Abloescher M *et al*. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol* [Internet]. 2021 [acesso 30 out 2024];16(1). DOI: 10.1186/s12995-021-00300-8
24. 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* [Internet]. 2019 [acesso 1º nov 2024];9(7). DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029923
25. Christoffersen L, Teigen J, Rønningstad C. Following-up midwives after adverse incidents: how front-line management practices help second victims. *Midwifery* [Internet]. 2020 [acesso 1º nov 2024]. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102669
26. Busch IM, Mazzi MA, Berti L, Wu AW, Cosci F, Marinelli V *et al*. Screening second victims for emotional distress: assessment of the clinimetric properties of the WITHSTAND-PSY questionnaire. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2024 [acesso 1º nov 2024];92(6):399-409. DOI: 10.1159/000535006
27. Tang W, Xie Y, Yan Q, Teng Y, Yu L, Wei L *et al*. Exploring the experiences and support of nurses as second victims after patient safety events in China: a mixed-method approach. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2024 [acesso 4 nov 2024];17:573-6. DOI: 10.2147/rmhp.s451766
28. Tan ECH, Chen DR. Second victim: malpractice disputes and quality of life among primary care physicians. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2019 [acesso 4 nov 2024];118(2):619-27. DOI: 10.1016/j.jfma.2018.07.012
29. Sharif-Nia H, Hanifi N. Psychometric properties of the Persian version of the Second Victim Experience and Support Instrument. *Nurs Open* [Internet]. 2023 [acesso 4 nov 2024];10(7):4647-55. DOI: 10.1002/nop2.1713
30. Ayvat P. The second victim phenomenon experience of the anesthesia team: a focus group study. *Anestesi Dergisi* [Internet]. 2023 [acesso 4 nov 2024];31(2):118-27. Disponível: <https://bit.ly/4dyPI4O>
31. Collings R, Potter C, Gebiski V, Janda M, Obermair A. The impact of surgical complications on obstetricians' and gynecologists' well-being and coping mechanisms as second victims. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2025 [acesso 4 nov 2025];232(1):p104.e1-12. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.07.043
32. Buhlmann M, Ewens B, Rashidi A. Moving on after critical incidents in health care: a qualitative study of the perspectives and experiences of second victims. *J Adv Nurs* [Internet]. 2022 [acesso 30 out 2024];78(9):2960-72. DOI: 10.1111/jan.15274

33. Mathebula LC, Filmlalter CJ, Jordaan J, Heyns T. Second victim experiences of healthcare providers after adverse events: a cross-sectional study. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 2022 [acesso 30 out 2024];27. DOI: 10.4102/hsag.v27i0.1858
34. Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clin (Engl Ed)* [Internet]. 2021 [acesso 5 maio 2025];156(9):449-58. DOI: 10.1016/j.medcle.2020.11.003
35. Chong RIH, Yaow CYL, Chong NZY, Yap NLX, Hong ASY, Ng QX *et al.* Scoping review of the second victim syndrome among surgeons: understanding the impact, responses, and support systems. *Am J Surg* [Internet]. 2024 [acesso 5 maio 2025];229:5-14. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2023.09.045
36. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf* [Internet]. 2020 [acesso 5 maio 2025];16(2):e61-74. DOI: 10.1097/pts.0000000000000589
37. Van Baarle E, Widdershoven G, Molewijk B. Just culture as dialogical learning: theoretical foundations and practical implications of restorative justice. *J Med Ethics* [Internet]. 2025 [acesso 2 fev 2026];jme-2025-110761. DOI: 10.1136/jme-2025-11076
38. Corral-Liria I, Losa-Iglesias M, Becerro-De-Bengoa-Vallejo R, Herraiz-Soria E, Calvo-Lobo C, San-Antolín-Gil M *et al.* Second victim syndrome among nursing professionals as a result of COVID-19: qualitative research. *BMC Nurs* [Internet]. 2025 [acesso 2 fev 2026];24(298). DOI: 10.1186/s12912-025-02974-5
39. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2016 [acesso 5 maio 2025];42(8):377-AP2. DOI: 10.1016/s1553-7250(16)42053-2
40. Castillo-Castillo AE, Hidrovo-Pacheco T, Castro-Jalca AD. La pandemia de covid-19 y el estrés como factor de riesgo laboral. *MQRInvestigar* [Internet]. 2024 [acesso 5 maio 2025];8(1):491-501. DOI: 10.56048/MQR20225.8.1.2024.491-501
41. Parco E, Joaquin A, Cárdenas M. Systematic review: occupational stress of health professionals in times of pandemic [Revisión sistemática: estrés laboral de los profesionales de la salud en tiempos de pandemia]. *Journal of Global Health and Medicine* [Internet]. 2022 [acesso 5 maio 2025];6(1):1-14. DOI: 10.32829/ghmj.v6i1.158
42. Florez F, López L, Bernal C. Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims. *Biomédica* [Internet]. 2022 [acesso 5 maio 2025];42(1). Disponível: <https://bit.ly/4wDRqul>
43. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J *et al.* Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2020 [acesso 5 maio 2025];155(10):434-40. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.07.006
44. Simms-Ellis R, Harrison R, Sattar R, Sweeting E, Hartley H, Morys-Edge M, Lawton R. Avoiding 'second victims' in healthcare: what support do staff want for coping with patient safety incidents, what do they get and is it effective? A systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2025 [acesso 2 fev 2026];15(2):e087512. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-087512
45. da Silva Neto RM, Benjamim CJR, Carvalho PMM, Rolim Neto ML. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2021 [acesso 5 maio 2025];104:110062. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.110062
46. Gayoso Cantero D, García Duque P, Serrano de la Fuente P, Peláez Álvarez JC. Ansiedad y mecanismos de adaptación en los residentes de un hospital de Madrid. *Educ Med (Barc)* [Internet]. 2024 [acesso 5 maio 2025];25(4):100933. DOI: 10.1016/j.edumed.2024.100933
47. Mei Q, Li W, Feng H, Zhang J, Li J, Yin J *et al.* Chinese hospital staff in anxiety and depression: not only comfort patients but also should be comforted – A nationwide cross-sectional study. *J Affect Disord* [Internet]. 2024 [acesso 8 maio 2025];360:126-36. DOI: 10.1016/j.jad.2024.05.143
48. Gu M, Wang S, Zhang S, Song S, Gu J, Shi Y *et al.* The interplay among burnout, and symptoms of depression, anxiety, and stress in Chinese clinical therapists. *Sci Rep* [Internet]. 2024 [acesso 8 maio 2025];14(1). DOI: 10.1038/s41598-024-75550-7

49. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association between physician depressive symptoms and medical errors: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2019 [acesso 8 maio 2025];2(11):e1916097. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.16097
50. Martins MS, Rezende H, Quadrado ERS, Paula AG, Carmo HO, Nascimento VF. Second victim phenomenon: impact on healthcare professionals, organizational responsibility and support strategies. *Rev Cuid* [Internet]. 2025 [acesso 2 fev 2026];16(2). DOI: 10.15649/cuidarte.5072
51. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2015 [acesso 8 maio 2025];314(22):2373-83. DOI: 10.1001/jama.2015.15845
52. Pacutova V, Geckova AM, de Winter AF, Reijneveld SA. Opportunities to strengthen resilience of health care workers regarding patient safety. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [acesso 8 maio 2025];23(1):1127. DOI: 10.1186/s12913-023-10054-0
53. Ong T, Goh C, Tan E, Sivanathan K, Tang A, Tan H, Ng QX. Second victim syndrome among healthcare professionals: a systematic review of interventions and outcomes. *J Healthc Leadersh* [Internet]. 2025 [acesso 11 fev 2026];17:225-39. DOI: 10.2147/JHL.S526565
54. Liu H, Xiao Y, Qu H. Impact of second victim experience and support and psychological empowerment on depressive symptoms among nurses in China – a latent class analysis. *BMC Psychol* [Internet]. 2025 [acesso 11 fev 2026];13:951. DOI: 10.1186/s40359-025-03291-x

Erika Bibiana Rodríguez Gallo – Mestre – erodriguez118@areandina.edu.co

 0000-0002-9043-8852

Silvio Germán Telpiz de la Cruz – Doutor – sgtelpizd@unal.edu.co

 0000-0001-7974-1167

Correspondência

Erika Bibiana Rodríguez Gallo – Av. Caracas, 69-44. Bogotá, Colombia.

Contribuições dos autores

Erika Bibiana Rodríguez Gallo: concepção do estudo; pesquisa bibliográfica; redação da introdução, resultados, discussão e conclusões. Silvio Germán Telpiz de la Cruz: definição da abordagem metodológica; análise dos resultados; elaboração e redação da discussão.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 13.6.2025

Revisado: 12.2.2026

Aprovado: 27.3.2026