


Fenômeno da segunda vítima: impacto no profissional de saúde, responsabilidade organizacional e estratégias de suporte

Editorial

 Open access



Como citar este artigo:

Martins, Maristela Santini; De Rezende, Helena; Quadrado, Ellen Regina Sevilla; De Paula, Andresa Gomes; Carmo, Hércules de Oliveira; Nascimento, Vagner Ferreira do. Fenômeno da segunda vítima: impacto no profissional de saúde, responsabilidade organizacional e estratégias de suporte. *Revista Cuidarte*. 2025;16(2):e5072. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5072>

Highlights

- O fenômeno da Segunda Vítima afeta equipes da saúde em todo o mundo, mas por vezes, segue de forma invisível para gestores e sociedade.
- A ocorrência de erros desencadeia reações psicológicas, cognitivas e/ou físicas nos profissionais envolvidos, e a recuperação depende de fatores individuais, organizacionais e de liderança.
- As instituições de saúde e os líderes devem adotar políticas e práticas que promovam uma cultura de segurança, estimulando a notificação de erros sem punições, com suporte emocional e psicológico adequado às Segundas Vítimas.
- O treinamento e preparo das equipes de saúde para entenderem o fenômeno da Segunda Vítima e os suportes oferecidos a esses profissionais, são tão importantes quanto o relato de erros.







Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2025; 16(2): e5072

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.5072>



E-ISSN: 2346-3414

-  Maristela Santini Martins¹
-  Helena de Rezende²
-  Ellen Regina Sevilla Quadrado³
-  Andresa Gomes de Paula⁴
-  Hércules de Oliveira Carmo⁵
-  Vagner Ferreira do Nascimento⁶

1. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), PPGEn, GPQUALIS. São Paulo, Brasil. E-mail: maristelasanti@usp.br
2. Bournemouth University. GPQUALIS. Bournemouth, Reino Unido. E-mail: hderrezende@bournemouth.ac.uk
3. Juravinski Hospital, Hamilton Health Sciences. GPQUALIS. Hamilton, Ontario, Canadá. E-mail: sevillaqua@hhsc.ca
4. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), PPGEn, GPQUALIS. São Paulo, Brasil. E-mail: andresa.paula@usp.br
5. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), PPGEn, GPQUALIS. São Paulo, Brasil. E-mail: hércules.enf@usp.br
6. Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Faculdade Indígena Intercultural. Barra do Bugres, Mato Grosso, Brasil. E-mail: vagnernascimento@unemat.br

Práticas inseguras e incidentes que resultam em desfechos negativos para os pacientes podem gerar vítimas potenciais. Embora os pacientes sejam as primeiras e óbvias vítimas, os trabalhadores sofrem pelos mesmos erros, no sentido de que ficam traumatizados após o evento¹, eles são as segundas vítimas². O termo "segunda vítima" (SV) foi inicialmente descrito por Wu (2000), propondo que os médicos que cometem erros também precisam de ajuda. Posteriormente, Scott ampliou o conceito, propondo que as SVs são profissionais envolvidos num erro em saúde³. Recentemente, um consenso internacional propôs que SV pode ser qualquer trabalhador da saúde, direta ou indiretamente envolvido em um Evento Adverso (EA), erro não intencional ou lesão relacionado ao paciente, e que se torna vitimizado no sentido de também ser impactado negativamente⁴.

A ocorrência de erros desencadeia estressores, incluindo reações psicológicas, cognitivas e/ou físicas nos profissionais envolvidos⁵. Há prevalência de memória perturbadora, ansiedade, raiva em relação a si mesmo, remorso, preocupação, medo de errar novamente, problemas para dormir e constrangimento frente aos colegas, assim como fadiga, taquicardia, hipertensão, taquipneia e tensão muscular^{6,7}.

Recebido: 17 de março de 2025

Aceito: 27 de março de 2025

Publicado: 1 de maio de 2025



*Correspondência

Maristela Santini Martins

E-mail: maristelasanti@usp.br

Em estudo envolvendo 31 SVs, foram mapeados seis estágios. Inicialmente, no estágio de **resposta ao acidente e instituição do caos**, a SV enfrenta uma sobrecarga emocional e cognitiva ao lidar, simultaneamente, com a desordem de pensamentos, autorreflexão e tentando entender o ocorrido, ao mesmo tempo que tenta gerir um paciente em crise, em geral, busca ajuda para os atendimentos emergenciais com o intuito de estabilizar a primeira vítima. No estágio das **reflexões intrusivas**, prevalece pensamentos recorrentes de medo e culpa, levando à reavaliação do evento e à busca incessante por respostas sobre o que o levou a cometer o erro. Buscando a **restauração da integridade pessoal**, a SV procura apoio em indivíduos de confiança, como colegas ou familiares, enquanto enfrenta autocrítica e preocupações com sua reputação profissional³.

Nos estágios subsequentes, o profissional se depara com desafios institucionais e emocionais mais complexos. No estágio **suportando a inquisição**, surgem inquietações sobre possíveis consequências legais e disciplinares, além de sintomas físicos e psicológicos, o que leva a SV a uma busca para **obtenção de primeiros socorros emocionais**. A necessidade de apoio psicológico e jurídico se torna evidente, intensificando a busca por um ambiente seguro para expressar suas angústias. No estágio **segundo em frente**, a SV pode trilhar três caminhos distintos: desistência, sobrevivência ou prosperidade, dependendo de sua capacidade de resiliência e do suporte recebido. Esse último estágio é crucial para determinar o impacto do evento na trajetória profissional e no bem-estar do indivíduo, podendo levá-lo ao afastamento da função, à permanência com sequelas emocionais ou fortalecimento e engajamento em iniciativas de segurança do paciente³. Cabe esclarecer que nem todas as SVs vivenciam as etapas nesta ordem e que, algumas delas não conseguem progredir em alguns estágios.

O fenômeno da SV afeta equipes da saúde em todo o mundo. No Reino Unido, 76% dos profissionais envolvidos em quase falhas ou EA relataram sofrer impactos emocionais⁸. Na região central da Europa o fenômeno também se mostra relevante. Na Alemanha⁹, 59% dos médicos relataram sentir-se como SV após EA, enquanto na Áustria 43% afirmaram essa vivência pelo menos uma vez após a ocorrência de incidentes dessa natureza¹⁰. Na Bélgica, clínicos gerais apresentaram índices elevados de hipervigilância, culpa, estresse e vergonha¹¹. Na Espanha, 70% dos enfermeiros e médicos relataram vivenciar, direta ou indiretamente, a experiência de SV, enquanto na Itália, 41% apresentou sintomas psicológicos e físicos, além de intenções de abandonar o emprego, após o evento¹².

Cerca de 50% dos profissionais de saúde no Canadá foram impactados por essa experiência em algum momento de suas carreiras^{13,14}. Nos Estados Unidos, estima-se que 53% de farmacêuticos e 15% dos técnicos de farmácia se identificaram como SV, sendo que 60% dos farmacêuticos reportaram entre uma semana a um ano para superar o EA, enquanto 20% chegou até um ano ou nunca se recuperaram do evento pós-traumático¹⁵. Outro estudo realizado neste país, entre os profissionais que não prestavam cuidado direto ao paciente, 26,7% deles relataram sentir-se como SV ao longo da carreira, e 13,3% vivenciaram essa sensação no último ano¹⁶.

Na Argentina, a maioria de profissionais que vivenciou o fenômeno da SV priorizou a comunicação do EA com a equipe, pacientes e familiares, evidenciando aspectos positivos. Contudo, houve relatos de falta de compreensão e acolhimento por parte dos supervisores¹⁷. No Chile, 90,2% de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva estiveram envolvidos em um EA, e destes, 65,6% relataram o evento à sua chefia e 66% sentiram-se culpados pelo acontecido, referindo conhecimento de apoio institucional (53%)¹⁸.

Estudo com enfermeiros brasileiros, evidenciou-se a dificuldade do grupo em relatar os EA na instituição em que atuam, pelo medo de reações de julgamentos e punições, mesmo havendo relatos de sinais e sintomas de sofrimento emocional¹⁹. Nesse mesmo país, 54,3% de enfermeiros recém-formados envolvidos em EA não conheciam o termo “segunda vítima” e, prevaleceram sentimentos negativos (94,6%) e insegurança (70,3%). A maioria recebeu apoio (59,5%), porém, nem todos de maneira formal e institucional²⁰, realidade semelhante a outro estudo nacional²¹.

O treinamento e preparo das equipes de saúde para entenderem o fenômeno da SV e os suportes oferecidos a esses profissionais, são tão importantes quanto o relato de erros. No entanto, a cultura organizacional e a maneira como os líderes lidam com a situação, impactam diretamente nas notificações dos EA. Esses dados ressaltam a necessidade premente de políticas institucionais, a fim de mitigar os efeitos negativos desse fenômeno, tornando-se desafio crítico para os sistemas de saúde no mundo. Neste sentido, estratégias de apoio aos profissionais de saúde que vivenciam o fenômeno da SV devem objetivar fornecer suporte emocional e psicológico, possibilitando ao profissional a recuperação e retomada ao trabalho.

Há programas e serviços de apoio formais, desenvolvidos por organizações hospitalares e de ensino. Assemelham-se pela abordagem à SV em três níveis de atenção, começando pelo contato inicial por colegas ou pares de trabalho, o mais brevemente possível após a ocorrência do EA. O segundo nível é o apoio prestado por profissionais treinados para identificar se ainda existem sinais de sofrimento junto às SVs. No entanto, caso persista o sofrimento emocional, esses profissionais devem ser encaminhados para um cuidado especializado, que inclui psicólogos e/ou consultores jurídicos³. Como exemplo destes programas, pode-se citar *Peer Support do Center for Professionalism and Peer Support (CPPS)*²², *Resilience in Stressful Events (RISE)*²³ e *Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)*²⁴.

Outra estratégia de apoio, refere-se à implementação de guias e ferramentas com recomendações para fortalecer a cultura de segurança, desenvolver políticas institucionais e oferecer suporte a pacientes, profissionais de saúde e instituições após um EA. Pode ser no formato de diretrizes, roteiros, listas de verificação, algoritmos de ação²⁵, entre outros, a exemplo de um guia desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality - (AHRQ)*²⁶, utilizado para orientar gestores e profissionais na implantação, monitoramento e aprimoramento do programa *Care for the Caregiver Program*. Como modelo de ferramenta, há o *Toolkit for Building a Clinician and Staff Support Program*, disponibilizado no MITSS²⁷, que auxilia como desenvolver uma cultura de segurança, capacitar os apoiadores e realizar a comunicação com a SV. Outra ferramenta eletrônica é a *Basada en el Análisis Causa-RAíz (BACRA)*²⁵, projetada para auxiliar gestores no monitoramento de riscos na assistência à saúde junto aos profissionais afetados pela ocorrência de EA.

A literatura descreve, ainda, outras formas de apoio à SV por meio de intervenções e ações, que podem ser informais ou formais. As informais incluem o compartilhamento da experiência com colegas, cônjuge, familiares, amigos, profissionais ou pessoas de confiança^{23,28,29}. Já as formais, envolvem diálogos estruturados com gestores, especialistas em saúde mental ou pares experientes treinados para esse papel^{28,30,31}. Adicionalmente, estratégias focadas no problema e na emoção^{32,33}, escrita reflexiva^{30,34}, afastamento temporário do trabalho^{35,36}, aprendizado com o erro³⁷ e feedback positivo^{38,39} são evidenciadas. As SVs reconhecem os programas de assistência aos trabalhadores¹⁴, políticas e diretrizes institucionais voltadas para proteger a relação paciente/ profissionais, como estratégia de apoio por parte das organizações^{40,41} e citam uma *Unidade de Soporte a las Segundas Víctimas (USVIC)*⁴², uma plataforma online desenvolvida para fortalecer a comunicação, esclarecer o fenômeno e fornecer suporte à segurança do paciente^{39,43}.

O suporte da liderança para com a SV também é fundamental. Líderes com perfis mais colaborativos e descentralizados, que se afastam de modelos autoritários e hierárquicos, transmitem mais segurança para que os colaboradores reportem EA, permitindo melhorias contínuas na qualidade no cuidado e na segurança do paciente^{44,45}. Aliado a isso, a forma como os líderes apoiam as SVs têm importância crucial no desfecho dessa condição. Na Finlândia, gerentes de enfermagem sugerem o apoio dos pares às SVs, desvinculado da gerência, devido à proximidade dos colegas no momento em que o evento adverso ocorre. Colegas de trabalho podem fornecer esse apoio mesmo que seja de maneira informal, ou seja, não capacitado para realizar a abordagem da SV⁴⁶. Líderes empáticos promovem um ambiente de apoio emocional e estabelecem sistemas formais e informais de suporte, como aconselhamento e grupos de apoio, ajudam a mitigar os efeitos emocionais de EA⁴⁷⁻⁵⁰.

Diante disso, é imprescindível que as instituições de saúde adotem políticas e práticas que promovam uma cultura de segurança, estimulem a notificação de erros sem punições e ofereçam suporte emocional e psicológico adequado às SVs. Programas de apoio, além de lideranças empáticas e colaborativas, são essenciais para ajudar os profissionais a superarem os traumas decorrentes de EA e retornarem ao trabalho de forma segura e confiante. Ao priorizar o bem-estar dos profissionais, não apenas se fortalece a cultura de segurança justa, mas também se constrói um sistema de saúde mais humano, resiliente e preparado para lidar com os desafios inerentes do cuidado em saúde.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Financiamento: A pesquisa não exigiu financiamento externo.

Referências

1. **Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al.** Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135-62. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
2. **Wu AW.** Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320:726. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
3. **Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW.** The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(5):325-30. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
4. **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.* 2022;19(24):16869. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>
5. **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.* 2020;16(2):e61-e74. *Erratum. J Patient Saf.* 2020;16(3):e211. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000779>
6. **Treiber LA, Jones JH.** Devastatingly Human: An Analysis of Registered Nurses' Medication Error Accounts. *Qual Health Res.* 2010;20(10):1327-1342. <https://doi.org/10.1177/1049732310372228>
7. **Cohen R, Sela Y, Hochwald IH, Nissanholz-Gannot R.** Nurses' Silence: Understanding the Impacts of Second Victim Phenomenon among Israeli Nurses. *Healthcare (Basel).* 2023;11(13):1961. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131961>
8. **Harrison R, Lawton R, Stewart K.** Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Clin Med.* 2014;14(6):585-90. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-6-585>
9. **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.* 2021;16. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>
10. **Krommer E, Ablöcher 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031913>
11. **Neyens L, Stouten E, Vanhaecht K, Mira J, Panella M, Seys D, et al.** Open Disclosure Among General Practitioners as Second Victim of a Patient Safety Incident: A Cross-Sectional Study in Flanders (Belgium). *J Patient Saf.* 2025;21(1):9-14. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001299>
12. **Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al.** The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

13. **Institute for Safe Medication Practices Canada - ISMP.** Second victim: Sharing the Journey toward Healing. *ISMP Canada Safety Bulletin*. 2017;17(9):1-6. <https://ismpcanada.ca/bulletin/the-second-victim-sharing-the-journey-toward-healing>
14. **Yoo L, Fei M.** The second victim: Supporting healthcare providers involved in medication errors. *Hospital News*. 2018;31(4):41. <https://www.ismp-canada.org/download/hnews/201804-HospitalNews-SecondVictim.pdf>
15. **Johnson TN, Tucker AM.** Pharmacy prevalence of second victim syndrome in a comprehensive cancer center. *Am J Health-Sys Pharm*. 2024;82(6):297-305. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxae267>
16. **Rivera-Chiauszi E, Finney RE, Riggan KA, Weaver AL, Long ME, Torbenson VE, et al.** Understanding the second victim experience among multidisciplinary providers in OBGYN. *J Patient Saf*. 2022;18(2):e463–e469. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000850>
17. **Brunelli MV, Seisdedos MG, Martinez MM.** Second Victim Experience: A Dynamic Process Conditioned by the Environment. A Qualitative Research. *Int J Public Health*. 2024;69:1607399. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607399>
18. **Kappes M, Delgado-Hito P, Contreras VR, Romero-García M.** Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nurs Crit Care*. 2023;28(6):1022-1030. <https://doi.org/10.1111/nicc.12967>
19. **Silveira SE, Tomaschewski-Barlem JG, Tavares APM, Paloski G do R, Feijó G dos S, Cabral CN.** Impacts of patient safety incidents on nursing: a look at the second victim. *Rev enferm UERJ*. 2023;31(1):e73147. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>
20. **Alevi JO, Draganov PB, Gonçalves GCS, Zimmermann GS, Giunta L, Mira JJ, et al.** The newly graduated nurse as a second victim. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE02721. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO002721>
21. **Quadros DV de, Magalhães AMM de, Boufleuer E, Tavares JP, Kuchenbecker R de S, et al.** Falls Suffered by Hospitalized Adult Patients: Support to the Nursing Team as the Second Victim. *Aquichan*. 2022;22(4):e2246. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.6>
22. **Shapiro J, Galowitz P.** Peer Support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med*. 2016;91(9):1200-4. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001297>
23. **Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW.** Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
24. **Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW.** How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(5):235-40. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(12\)38030-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(12)38030-6)
25. **Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al.** Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist*. 2016;31(2):3-10. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>
26. **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).** Care for the Caregiver Program Implementation Guide. Maryland: AHRQ; 2016.
27. **Tobin WN.** Medically Induced Trauma Support Services (MITSS). *Patient Safety Quality Healthcare*. 2013. <https://psnet.ahrq.gov/issue/medically-induced-trauma-support-services-mitss>
28. **Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al.** Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(5):233-40. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36038-7)
29. **Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M.** Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):325-31. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
30. **Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
31. **Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al.** The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

32. **Chan ST, Khong PCB, Wang W.** Psychological responses, coping, and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev.* 2016;64(2):242-62. <https://doi.org/10.1111/inr.12317>
33. **Coughlan B, Powell D, Higgins MF.** The second victim: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;213:11-16. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
34. **Hall L, Scott SD.** The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am.* 2012;47(3):383-93. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.05.008>
35. **White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW, et al.** Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthc Risk Manag.* 2015;34(4):30-40. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21169>
36. **Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B, Martín Rodríguez MD, Carreras Viñas M.** Gestión de segundas víctimas en Galicia. *Rev Calid Asist.* 2016;31(2):47-49. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.001>
37. **Scott SD.** The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions. *Agency for Healthcare Research and Quality.* 2011. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/second-victim-phenomenon-harsh-reality-health-care-professions>
38. **Sirriyeh RH.** Coping with medical error: the case of the health professional [Thesis Doctoral]. Leeds: University of Leeds; 2011.
39. **Nainar SMH.** Adverse events during dental care for children: implications for practitioner health and wellness. *Pediatr Dent.* 2018;15:40(5):323-326. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355425/>
40. **Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER.** Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *J Patient Saf.* 2015;11(2):73-78. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000060>
41. **Rivera EY, Lee C, Bernstein PS, Chazotte C, Goffman D.** "Second victim" experiences in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2015;125(5):1075. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000463648.49876.ba>
42. **Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E.** Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Rev Calid Asist.* 2016;31(2):49-52. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.002>
43. **Hauk L.** Support strategies for health care professionals who are second victims. *AORN J.* 2018;107(6):7-9. <https://doi.org/10.1002/aorn.12291>
44. **Reason J.** Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-70. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
45. **Marx D.** Patient Safety And The "Just Culture": A Primer For Health Care Executives. New York: Trustees of Columbia University; 2001.
46. **Järvisalo P, Haatainen K, Von Bonsdorff M, 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. <https://doi.org/10.1111/jan.16013>
47. **Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia F de OM.** Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03669. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>
48. **Liukka M, Steven A, Vizcaya Moreno MF, Sara-aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al.** Action after adverse events in healthcare: an integrative literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4717. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>
49. **Loureiro R, Lima AMN, Ferreira MM, Moreira MTF, Guerra MM, Santos J.** Influência dos estilos de liderança no burnout dos enfermeiros: uma scoping review. *J Health NPEPS.* 2022;7(1):e5987. <https://doi.org/10.30681/252610105987>
50. **Gasparino RC, Ferreira TDM, Bernardes A.** A importância da liderança em enfermagem para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável. *J Health NPEPS.* 2023;8(2):e11956. <https://doi.org/10.30681/2526101011956>