

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Delma Conceição Soares da Silva

**Eventos adversos e a experiência da segunda vítima: construção, validação psicométrica
de instrumento e análise das repercussões em profissionais de saúde**

Delma Conceição Soares da Silva

Eventos adversos e a experiência da segunda vítima: construção, validação psicométrica de instrumento e análise das repercussões em profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Dr. André Luiz Silva Alvim

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Da Silva, Delma Conceição Soares .

Eventos adversos e a experiência da segunda vítima: construção, validação psicométrica de instrumento e análise das repercussões em profissionais de saúde / Delma Conceição Soares Da Silva. -- 2026.

125 f.

Orientador: André Luiz Silva Alvim

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2026.

1. Segurança do Paciente. 2. Segunda Vítima. 3. Eventos Adversos. 4. Profissionais da Saúde. 5. Impacto Psicológico. I. Alvim, André Luiz Silva , orient. II. Título.

DELMA CONCEIÇÃO SOARES DA SILVA

**Eventos adversos e a experiência da segunda vítima:
construção, validação psicométrica de instrumento e análise das repercussões em profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 22 de junho de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Luiz Silva Alvim - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a). Dr(a). Luciane Ribeiro.
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a). Dr(a). Adriana Cristina de Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Juiz de Fora, 27/05/2026.



Documento assinado eletronicamente por **André Luiz Silva Alvim, Professor(a)**, em 22/06/2026, às 17:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **adriana cristina de oliveira iquiapaza, Usuário Externo**, em 01/07/2026, às 11:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciane Ribeiro, Professor(a)**, em 20/07/2026, às 09:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3004004** e o código CRC **F3481389**.

Dedico este trabalho à minha família, pelo suporte e incentivo permanentes; aos amigos, pela parceria ao longo do percurso; e aos professores, em especial ao meu orientador, pela orientação rigorosa, acolhimento, sensibilidade, estímulo intelectual e compromisso com a formação científica que tornaram possível a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família pelo apoio, paciência e incentivo em todos os momentos desta caminhada. Aos diretores e chefias imediatas do hospital onde trabalho, que viabilizou a possibilidade de cumprir os cronogramas das disciplinas previstas. Aos diretores dos hospitais que autorizaram a realização da pesquisa de campo. Aos amigos, pessoais, do trabalho e do mestrado, pela ajuda incondicional, pela compreensão, pelas palavras de encorajamento e pela presença constante que tornaram esta jornada mais leve e significativa.

Expresso minha sincera gratidão ao meu orientador, pelo carinho, paciência, atenção humanizada, pela orientação precisa, pelas valiosas contribuições científicas e pela confiança depositada em meu trabalho. Agradeço também aos professores e colegas do programa de pós-graduação, cujas reflexões e trocas de experiências enriqueceram imensamente minha formação acadêmica.

Por fim, reconheço que a trajetória até aqui foi marcada por aprendizado, superação e crescimento pessoal e profissional, tornando este mestrado uma etapa fundamental na construção do meu caminho como pesquisadora e profissional da saúde.

“Aprender é um ato de coragem. Requer humildade para reconhecer que ainda não se sabe e disposição para se transformar”

(CORTELLA, Mário Sérgio. *Por que fazemos o que fazemos?* Rio de Janeiro: Planeta, 2016).

“Se você não tentar, nunca vai saber se vai dar certo”.

(SILVIO SANTOS- Frase icônica - BMC NEWS, 2024)

RESUMO

Introdução: A experiência da segunda vítima após eventos adversos permanece pouco explorada de forma sistemática e abrangente em suas dimensões emocionais, psicológicas, profissionais e institucionais, o que limita a compreensão do fenômeno e a formulação de estratégias efetivas de apoio. **Objetivo:** Analisar o impacto de eventos adversos em hospitais na perspectiva da segunda vítima. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, desenvolvida em duas etapas complementares: um estudo metodológico, voltado a construção, validação de conteúdo e das propriedades psicométricas de um instrumento para mensuração da experiência da segunda vítima em eventos adversos, e um estudo transversal, destinado à aplicação do instrumento validado na população-alvo. A etapa metodológica contou com a participação de sete juízes especialistas, 30 profissionais do público-alvo e aplicação do instrumento em 205 profissionais de saúde, sendo as propriedades psicométricas avaliadas por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo, Análise Fatorial Exploratória e índices de ajuste do modelo. Na pesquisa transversal, participaram 428 profissionais de saúde das categorias médica, de enfermagem e de fisioterapia. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, mediante a aplicação de instrumento estruturado com itens em escala do tipo Likert de cinco pontos. A análise estatística foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial, incluindo o teste do qui-quadrado de Pearson, o V de Cramer e a regressão logística multinomial, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** O instrumento validado apresentou estrutura tridimensional composta por 26 itens, com adequados índices de ajuste (RMSEA = 0,073; CFI = 0,980; TLI = 0,975) e elevada confiabilidade interna (ômega de McDonald = 0,92). Entre os profissionais participantes, observou-se predominância do sexo feminino (70,5%) e da categoria de técnicos de enfermagem (45%). Aproximadamente metade dos respondentes (n=428) relatou envolvimento prévio em eventos adversos, sendo frequente a manifestação de sentimentos como medo, culpa, ansiedade, frustração e insegurança após tais ocorrências. Foram identificadas associações estatisticamente significativas entre categoria profissional e variáveis relacionadas às repercussões emocionais e comportamentais ($p < 0,001$), incluindo episódios de ansiedade, mudanças no comportamento profissional, sentimentos de culpa ou vergonha e receio de prejuízo à carreira. A análise por regressão logística multinomial evidenciou associações significativas entre variáveis relacionadas à experiência da segunda vítima, destacando-se itens como dificuldades na recuperação emocional ($p = 0,013$), percepção de superação dos efeitos emocionais ($p = 0,035$) e reflexão sobre habilidades profissionais ($p = 0,016$). O modelo final apresentou ajuste estatisticamente significativo ($p < 0,001$), indicando bom poder explicativo. Embora tenha sido relatada a existência de protocolos institucionais de segurança do paciente, verificaram-se fragilidades relacionadas à acessibilidade e ao suporte emocional disponível no ambiente de trabalho. **Conclusão:** O instrumento foi construído e validado e, após sua aplicação, verificou-se que os eventos adversos produzem repercussões emocionais e profissionais relevantes sobre os profissionais de saúde, configurando-os como segundas vítimas no contexto assistencial. A insuficiência de suporte institucional e a fragilidade das estratégias organizacionais de enfrentamento contribuem para o agravamento do sofrimento emocional e podem comprometer a qualidade da assistência prestada. Os achados reforçam a necessidade de implementação de programas estruturados de apoio às segundas vítimas e do fortalecimento da cultura de segurança do paciente, visando à promoção de ambientes de trabalho mais seguros, resilientes e orientados ao aprendizado institucional.

Palavras-chave: Segunda vítima; Saúde mental; Eventos adversos; Profissionais de saúde; Suporte psicológico; Impacto psicológico; Hospital público; Hospital filantrópico.

ABSTRACT

Introduction: The experience of the second victim following adverse events remains insufficiently explored in a systematic and comprehensive manner across its emotional, psychological, professional, and institutional dimensions, which limits understanding of the phenomenon and the development of effective support strategies. **Objective:** To analyze the impact of adverse events in hospitals from the perspective of the second victim. **Methods:** This is a quantitative study conducted in two complementary phases: a methodological study aimed at the development, content validation, and psychometric evaluation of an instrument designed to measure second victim experience following adverse events, and a cross-sectional study intended to apply the validated instrument in the target population. The methodological phase included the participation of seven expert judges, 30 professionals from the target population, and 205 healthcare professionals for psychometric testing. The instrument's psychometric properties were assessed using the Content Validity Index, Exploratory Factor Analysis, and model fit indices. In the cross-sectional phase, 428 healthcare professionals from medical, nursing, and physiotherapy backgrounds participated. Data collection took place between September 2025 and February 2026 through the application of a structured instrument using a five-point Likert scale. Statistical analysis was performed using descriptive and inferential statistics, including Pearson's chi-square test, Cramer's V, and multinomial logistic regression, with a significance level set at 5%. **Results:** The validated instrument showed a three-dimensional structure composed of 26 items, with adequate fit indices (RMSEA = 0.073; CFI = 0.980; TLI = 0.975) and high internal reliability (McDonald's omega = 0.92). Among participants, there was a predominance of females (70.5%) and nursing technicians (45%). Approximately half of the respondents (n=428) reported prior involvement in adverse events, with frequent manifestations of feelings such as fear, guilt, anxiety, frustration, and insecurity following these occurrences. Statistically significant associations were identified between professional category and variables related to emotional and behavioral repercussions ($p < 0.001$), including episodes of anxiety, changes in professional behavior, feelings of guilt or shame, and fear of career damage. Multinomial logistic regression analysis revealed significant associations between variables related to the second victim experience, highlighting items such as difficulties in emotional recovery ($p = 0.013$), perception of overcoming emotional effects ($p = 0.035$), and reflection on professional skills ($p = 0.016$). The final model showed statistically significant fit ($p < 0.001$), indicating good explanatory power. Although the existence of institutional patient safety protocols was reported, weaknesses were identified regarding accessibility and the availability of emotional support in the workplace. **Conclusion:** The instrument was developed and validated, and after its application it was found that adverse events produce significant emotional and professional repercussions among healthcare professionals, characterizing them as second victims in the clinical context. The lack of institutional support and the fragility of organizational coping strategies contribute to the worsening of emotional distress and may compromise the quality of care provided. The findings reinforce the need for the implementation of structured second victim support programs and the strengthening of patient safety culture, aiming to promote safer, more resilient, and institutionally learning-oriented healthcare environments.

Keywords: Second victim; Mental health; Adverse events; Health personnel; Psychological support; Psychological impact; Public hospital; Philanthropic hospital.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1	– Situações-Problema Hipotéticas por Categoria Profissional. Vivenciando o Papel de Segunda Vítima diante de um Evento Adverso.....	25
Tabela 1	– Validação de conteúdo realizada pelos juízes especialistas e público-alvo por meio dos critérios de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026	40
Tabela 2	– Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do pré-teste (n = 205). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.....	43
Tabela 3	– Resultados da análise paralela para definição do número de fatores, com comparação entre a variância explicada pelos dados observados e pelos dados aleatórios (IC 95%). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.....	44
Tabela 4	– Cargas fatoriais dos itens do instrumento e índices de confiabilidade dos fatores, obtidos por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.....	45
Tabela 5	– Parâmetros de discriminação dos itens do instrumento, estimados por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI), segundo os fatores identificados. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.....	46
Tabela 6	– Caracterização sociodemográfica, profissional e institucional dos participantes. Juiz de Fora, MG, Brasil (n=428)	62
Tabela 7	– Distribuição das variáveis institucionais relacionadas à segurança do paciente e notificação de eventos adversos. Juiz de Fora, MG, Brasil (n=428)	63
Tabela 8	– Associação entre categoria profissional e variáveis relacionadas às repercussões emocionais, psicológicas e institucionais após evento adverso. Juiz de Fora, MG, Brasil (n=428)	64
Tabela 9	– Análise por regressão logística multinomial das variáveis associadas aos impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à atuação profissional após evento adverso (categoria de referência: “Concordo totalmente”). Juiz de Fora, MG, Brasil (n=428)	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EA	Eventos Adversos
HU	Hospital Universitário
IMESVEA	Instrumento para Mensuração da Experiência da Segunda Vítima em Eventos Adversos
JF	Juiz de Fora
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MG	Minas Gerais
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSP	Programa de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

α	Alfa
β	Beta

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos Específicos	20
3	METODOLOGIA	21
3.1	Delineamento	21
3.2	Etapa 1 – Estudo Metodológico	21
3.2.1	Construção do Instrumento	21
3.2.2	Definição das Variáveis e Construtos	22
3.2.3	Validação das propriedades psicométricas por juízes especialistas e procedimento de coleta de dados	23
3.2.4	Validação das propriedades psicométricas pelo público-alvo e procedimento de coleta de dados	26
3.2.5	Análise dos dados	27
3.3	Etapa 2 – Estudo transversal	28
3.3.1	Tipo de Estudo	28
3.3.2	Local de Estudo	28
3.3.3	População e Amostra	28
3.3.4	Critérios de Inclusão	29
3.3.5	Critérios de Exclusão	29
3.3.6	Coleta de Dados	29
3.3.7	Análise de Dados	30
3.3.8	Aspectos Éticos	32
4	RESULTADOS E DISCUSSAO	33
4.1	Artigo 1	34
4.2	Artigo 2	55
5	CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A – Carta de Anuência de Autorização da Santa Casa	83
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	84
	APÊNDICE C – Planejamento Orçamentário	86
	APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados – Questionário	87

ANEXO A – Carta de Anuência de Autorização do Hospital Universitário	99
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP - Hospital Universitário	98
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP - Hospital Santa Casa	103
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP - E1 - Hospital Universitário.	107
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP – E1 – Hospital Santa Casa ...	116

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem ganhado destaque crescente, refletindo a necessidade de práticas que assegurem a proteção e o bem-estar dos indivíduos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como a ausência de danos evitáveis e a redução dos riscos associados à assistência a um mínimo aceitável. Nesse contexto mais amplo, envolve ações organizadas voltadas à redução de riscos, prevenção de erros e mitigação de impactos, constituindo-se como uma questão crítica diante da crescente complexidade dos sistemas de saúde (OMS, 2021; Quadrado, Tronchin, Maia, 2021).

Nos últimos anos, diversas iniciativas globais têm sido implementadas com o objetivo de promover a segurança do paciente. Entre elas, destaca-se o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela OMS, que visa não apenas incentivar a adoção de práticas seguras e a troca de informações entre os países, mas também promover uma cultura de segurança nos serviços de saúde, na qual a comunicação eficaz e o aprendizado contínuo são considerados elementos essenciais (OMS, 2021).

A cultura de segurança do paciente constitui um dos principais pilares para a redução de danos no cuidado em saúde, envolvendo valores, atitudes, competências e comportamentos que expressam o compromisso organizacional com um cuidado seguro e de qualidade. Nesse cenário, destaca-se o papel da liderança no estímulo a práticas seguras, na influência sobre as equipes e na promoção de um ambiente de confiança e responsabilidade compartilhada. Além disso, é essencial o desenvolvimento da autogestão profissional, para que os trabalhadores incorporem a segurança como princípio de sua prática, mantendo condutas éticas e seguras mesmo sem supervisão direta (OMS, 2021; Silveira et al., 2023; Strametz; Mira; Sousa, 2024; Martins et al., 2025).

Alinhada a essa perspectiva, torna-se fundamental a construção de um ambiente que estimule a comunicação aberta, o trabalho em equipe e a notificação de incidentes sem caráter punitivo, favorecendo a análise sistêmica dos erros e sua utilização como oportunidade de aprendizado organizacional. Além disso, serviços de saúde que fortalecem essa cultura tendem a implementar estratégias de apoio aos profissionais envolvidos em incidentes, reconhecendo-os como também afetados pelo processo assistencial, o que contribui para a consolidação de práticas mais seguras e para a melhoria contínua da qualidade do cuidado (OMS, 2021; Silveira et al., 2023; Strametz; Mira; Sousa, 2024; Martins et al., 2025).

Nesse sentido, as iniciativas em segurança do paciente visam reduzir os eventos adversos (EA), definidos como incidentes que causam dano ao paciente, podendo ser não intencionais e gerar prejuízos temporários, permanentes ou fatais. Esses eventos classificam-se em: *near miss*, quando não atingem o paciente; incidentes sem dano, quando há falha sem prejuízo identificado; e incidentes com dano, quando há comprometimento efetivo. Essa classificação reforça a importância de estratégias sistemáticas de prevenção e gestão de riscos nos serviços de saúde (Paula et al., 2022; Silveira et al., 2023).

No Brasil, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de EA. Nesse cenário, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) configura-se como uma estratégia essencial para a implementação de práticas seguras, a capacitação dos profissionais de saúde e o monitoramento dos EA, desempenhando papel fundamental na promoção de um ambiente seguro e na identificação e mitigação de riscos. O NSP confere aos seus integrantes autoridade, responsabilidade e autonomia para implantar e desenvolver as ações do Programa de Segurança do Paciente (Brasil, 2013; Anvisa, 2013).

Um aspecto fundamental para a implementação das estratégias previstas no Programa de Segurança do Paciente (PSP) é o estabelecimento e a manutenção de uma cultura de segurança nos serviços de saúde. Em hospitais gerais, essa cultura caracteriza-se por um conjunto de valores, atitudes e práticas voltados à garantia da segurança durante o atendimento. Pressupõe a promoção de um ambiente em que os profissionais possam comunicar erros, incidentes e riscos de forma aberta, sem receio de punições, com foco na melhoria contínua da qualidade do cuidado. Envolve, ainda, ações como capacitação permanente, adoção de protocolos padronizados, gestão de riscos, uso de tecnologias preventivas e a participação ativa de toda a equipe hospitalar, fortalecendo o compromisso coletivo com a segurança do paciente (Anvisa, 2013; Tartaglia, Matos, 2020).

No contexto hospitalar de Juiz de Fora (JF), coexistem instituições filantrópicas e públicas universitárias que contribuem de forma significativa para o fortalecimento da rede de atenção à saúde e para a consolidação da cultura de segurança do paciente. Enquanto a filantrópica oferta assistência de média e alta complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e de convênios, as públicas universitárias articulam ensino, pesquisa e assistência,

promovendo a formação profissional e a inovação. Apesar das diferenças administrativas, ambas compartilham o propósito de consolidar práticas assistenciais seguras, investindo em capacitação, protocolos baseados em evidências, melhoria da comunicação entre equipes e gestão de riscos, com foco na prevenção de falhas, redução de eventos adversos e qualificação contínua do cuidado prestado à população.

A segurança do paciente é essencial para os profissionais de saúde, mas eventos adversos podem ser inevitáveis, causando danos graves que exigem intervenção imediata, acompanhamento rigoroso e apoio psicológico. Esses incidentes frequentemente geram traumas que afetam pacientes, famílias, profissionais e a instituição, com impacto potencial em outros atendimentos (De Sordi et al., 2022). Assim, fortalecer a cultura de segurança nos diferentes contextos hospitalares é fundamental para reduzir a ocorrência de eventos adversos e promover um cuidado mais seguro, alinhado aos princípios da qualidade assistencial e da responsabilidade social em saúde (Quadrado, Tronchin, Maia, 2021).

Em 2000, Wu introduziu o conceito de “vítimas” relacionadas aos erros na assistência à saúde. Nessa classificação, a primeira vítima é o paciente que sofreu o evento adverso, juntamente com sua família. A segunda refere-se aos profissionais envolvidos, que frequentemente enfrentam consequências emocionais e psicológicas significativas. A terceira é a instituição de saúde, que pode sofrer perda de confiança e danos à reputação. Por fim, a quarta vítima compreende os pacientes afetados por profissionais emocionalmente abalados, cuja condição pode comprometer a segurança e a qualidade do atendimento (Wu et al 2017; Quadrado, Tronchin, Maia, 2021; De Sordi et al., 2022).

Dessa forma, reconhecer e enfrentar as diferentes dimensões que envolvem a segunda vítima constitui uma tarefa complexa, especialmente no que se refere à cultura de segurança e ao grau de maturidade dos profissionais e dos serviços de saúde na abordagem do problema. Os eventos adversos comprometem não apenas a qualidade do atendimento, mas também a segurança do paciente. Além disso, uma ação equivocada na área da saúde pode causar danos à integridade física, emocional e moral dos profissionais envolvidos, tornando-os, em certa medida, vítimas de seus próprios erros (Tartaglia; Matos, 2020; Quadrado; Tronchin; Maia, 2021).

A compreensão das repercussões dos eventos adversos sobre os profissionais de saúde pode ser ampliada à luz da Teoria Social Cognitiva, especialmente pelo constructo de autoeficácia, proposto por Albert Bandura. A autoeficácia refere-se às crenças do indivíduo sobre sua capacidade de organizar e executar ações diante de situações desafiadoras, influenciando diretamente o enfrentamento de erros assistenciais e suas consequências. Profissionais com maior autoeficácia tendem a apresentar maior confiança, adaptação e capacidade de enfrentamento, enquanto níveis reduzidos podem intensificar sentimento de insegurança, medo e sofrimento emocional (Filho; Murgó; Franco, 2022).

A autoeficácia é construída a partir de experiências de domínio, vivências vicárias, persuasão social e estados emocionais, dimensões fortemente influenciadas pelo contexto institucional. Ambientes punitivos e com baixo suporte fragilizam a percepção de competência, enquanto culturas organizacionais voltadas ao aprendizado, apoio entre equipes e comunicação aberta favorecem respostas mais resilientes. Nesse contexto, a autoeficácia torna-se central para compreender a experiência da segunda vítima, estando associada a melhores estratégias de enfrentamento, menor impacto psicológico e maior capacidade de recuperação profissional, contribuindo para intervenções voltadas ao fortalecimento emocional e à qualidade da assistência (Zivich; Alliprandini, 2024; Menezes et al., 2020; Matos; Sharp; Iaochite, 2024).

No contexto da segunda vítima, pesquisas indicam que barreiras como o medo da perda de confidencialidade e de julgamentos negativos dificultam o acesso dos profissionais ao suporte necessário após eventos adversos. Torna-se, portanto, imprescindível implementar programas de apoio às segundas vítimas, especialmente no Brasil, onde essa temática ainda é pouco estudada e a cultura punitiva permanece presente nos serviços de saúde (Tartaglia, Matos, 2020; Quadrado; Tronchin; Maia, 2021).

Destaca-se também que a resistência da liderança constitui obstáculo relevante à consolidação de uma cultura de apoio, sendo fundamental que os líderes demonstrem empatia e ofereçam suporte emocional e profissional aos trabalhadores da saúde (Tartaglia, Matos, 2020; Quadrado; Tronchin; Maia, 2021). Além disso, a avaliação sistemática das experiências e dos impactos vivenciados pelas segundas vítimas é essencial para identificar necessidades de suporte, subsidiar o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências e monitorar a efetividade das estratégias institucionais de acolhimento (Wu, 2017; Vanhaecht et al., 2022).

A implementação de programas de apoio às segundas vítimas é essencial para superar barreiras no acolhimento de profissionais após eventos adversos. No contexto nacional, contudo, ainda há lacunas na avaliação sistemática dessa experiência, especialmente nas dimensões emocionais, psicológicas, profissionais e institucionais, o que limita a compreensão do fenômeno e o desenvolvimento de estratégias efetivas (Tartaglia, Matos, 2020; De Sordi et al., 2022; Silveira et al., 2023).

Os eventos adversos repercutem não apenas sobre os pacientes, mas também sobre os profissionais envolvidos, desencadeando sentimentos de culpa, ansiedade, medo, sofrimento moral e insegurança quanto à prática assistencial. Quando essas repercussões não são reconhecidas e manejadas adequadamente, podem comprometer o bem-estar do trabalhador, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, reforçando a necessidade de identificar precocemente os impactos da experiência da segunda vítima e de implementar intervenções institucionais baseadas em evidências (Vanhaecht et al., 2022; Alevi et al., 2024; Rodrigues et al., 2025). Diante disso, este estudo propõe analisar múltiplas dimensões relacionadas à experiência da segunda vítima, contribuindo para o avanço do conhecimento e o fortalecimento da cultura de segurança nos serviços de saúde, considerando os impactos dos eventos adversos sobre profissionais, pacientes e organizações.

O presente estudo fundamenta-se na necessidade de analisar o impacto dos eventos adversos sobre os profissionais de saúde, considerando que as repercussões nessa população permanecem subexploradas na literatura e pouco reconhecidas no âmbito institucional. A análise de sua ocorrência e dos efeitos emocionais e profissionais decorrentes possibilita aprofundar a compreensão das condições de trabalho e do bem-estar desses profissionais, contribuindo para ambientes mais seguros e saudáveis. Além disso, a identificação da frequência dos eventos adversos e dos recursos de suporte disponíveis é fundamental para subsidiar recomendações que fortaleçam as práticas de apoio, promovam a saúde mental dos trabalhadores e qualifiquem a assistência prestada (De Sordi et al., 2022; Silveira et al., 2023).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o impacto de eventos adversos em hospitais na perspectiva da segunda vítima.

2.2 Objetivos específicos

- Desenvolver os itens e a estrutura do instrumento para mensuração da experiência da segunda vítima em eventos adversos;
- Analisar as evidências de validade e confiabilidade do instrumento elaborado;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo;
- Avaliar as repercussões emocionais, psicológicas e comportamentais associadas à experiência de eventos adversos;
- Identificar a percepção dos profissionais acerca do suporte institucional disponível após a ocorrência de eventos adversos.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, desenvolvida em duas etapas complementares, que fundamentam os artigos científicos apresentados nos resultados desta dissertação:

- **Estudo metodológico**, destinado à construção e validação das propriedades psicométricas de um instrumento para mensuração da experiência da segunda vítima em eventos adversos;
- **Estudo transversal**, voltado à aplicação do instrumento validado e à análise das repercussões emocionais, psicológicas, comportamentais e de suporte institucional decorrentes da vivência de eventos adversos no contexto assistencial.

3.2 Etapa 1 – Estudo metodológico

Foi realizado um estudo metodológico, considerando três etapas: revisão da literatura, construção do instrumento e validação das propriedades psicométricas. Esse estudo foi norteado pelo *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* (COSMIN) (Prinsen et al., 2021).

3.2.1 Construção do Instrumento por meio da revisão da literatura

Na primeira etapa, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar evidências científicas acerca do impacto dos eventos adversos na perspectiva da segunda vítima. A busca foi conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Scopus, EMBASE (Elsevier) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizaram-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e/ou *Medical Subject Headings* (MeSH): “Segurança do Paciente”, “Evento Adverso”, “Segunda Vítima” e “Profissionais de Saúde”. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados em português, espanhol ou inglês, no período de 2020 a 2025.

Na segunda etapa, com base nos achados da revisão integrativa, foi desenvolvido um instrumento categorizado em seis dimensões: repercussões pós-evento adverso, impacto psicológico, necessidades de suporte, aspecto de cultura institucional e de trabalho, recuperação e reflexão pessoal e impacto profissional. Os itens foram precedidos por um enunciado introdutório que contextualizava os participantes na condição de segunda vítima, a partir da vivência de um caso hipotético de evento adverso ocorrido em seu ambiente de trabalho. As respostas foram organizadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (“discordo totalmente”), 2 (“discordo parcialmente”), 3 (“nem concordo, nem discordo”), 4 (“concordo parcialmente”) e 5 (“concordo totalmente”), conforme proposto por Koo e Yang (2025), além de uma questão final em formato politômico (“sim”, “não” e “não se aplica”).

3.2.2 Definição das Variáveis e Construtos

Para a fundamentação do Instrumento de Medida da Experiência da Segunda Vítima frente a Eventos Adversos (IMESVEA) e análise das repercussões nos profissionais de saúde, foram delimitadas as seguintes definições operacionais para os construtos centrais desta investigação:

Autoeficácia profissional: Baseado na Teoria Social Cognitiva, refere-se às crenças do indivíduo sobre sua capacidade de organizar e executar ações diante de situações desafiadoras, influenciando o enfrentamento de erros assistenciais. (Filho, Murgo e Franco, 2022).

Cultura de segurança: Conjunto de valores, atitudes e comportamentos que expressam o compromisso organizacional com o cuidado seguro, priorizando a análise sistêmica e o aprendizado em vez da punição (OMS, 2021; Martins et al., 2025).

Cultura organizacional: Conjunto de valores, atitudes e práticas institucionais (Quadrado, Tronchin e Maia, 2021, Vanhaecht et al., 2022).

Evento adverso: Incidente que resulta em dano não intencional ao paciente, decorrente do cuidado prestado e não da condição clínica subjacente (OMS, 2021; Paula et al., 2022).

Impacto emocional: Reações afetivas e sentimentos vivenciados pelo profissional de saúde após a ocorrência do evento adverso. Este construto é operacionalizado pela manifestação de estados emocionais agudos, como culpa, vergonha, tristeza, medo e ansiedade (Rodrigues et al., 2025).

Impacto psicológico: Conjunto de alterações nos processos cognitivos, no bem-estar mental e na autopercepção do profissional. Diferencia-se do impacto emocional por envolver aspectos mais persistentes, como a perda de autoconfiança, dificuldades de concentração, estresse pós-traumático, sofrimento psíquico e o abalo da identidade profissional (Strametz et al., 2021; Marung et al., 2023).

Segunda vítima: Profissional de saúde que se envolve direta ou indiretamente em um evento adverso, erro ou incidente relacionado à assistência e que, em decorrência dessa experiência, vivencia repercussões emocionais, psicológicas e, por vezes, físicas e profissionais, manifestadas por sentimentos como culpa, vergonha, ansiedade, medo, angústia e percepção de incompetência, podendo comprometer seu bem-estar, desempenho e qualidade da assistência prestada (Wu et al., 2017).

Suporte institucional e organizacional: Refere-se à percepção do profissional sobre o acolhimento, suporte emocional e existência de programas estruturados de apoio oferecidos pela instituição (Quadrado, Tronchin e Maia, 2021, Vanhaecht et al., 2022).

Suporte social: Apoio informal proveniente de colegas de trabalho e membros da equipe, atuando como rede de proteção e apoio entre equipes. (Silveira et al., 2023).

3.2.3 Validação das propriedades psicométricas por juízes especialistas e procedimento de coleta de dados

Na terceira etapa, realizou-se a validação de conteúdo do instrumento, conduzida por juízes especialistas e pelo público-alvo. Para isso, o instrumento foi migrado para o meio eletrônico, por meio da plataforma *Google Forms*. Foram selecionados sete juízes especialistas, aos quais foi submetida a versão inicial do instrumento por meio eletrônico.

Os participantes avaliaram cada item quanto à clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica, utilizando uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (“nada claro”) a 5 (“muito claro”). Adicionalmente, foi disponibilizado um espaço aberto para sugestões qualitativas, conforme recomendado em estudos de validação de conteúdo, com o objetivo de promover o aprimoramento semântico e conceitual dos itens.

Os juízes especialistas foram selecionados com base nos critérios propostos por Fehring, que incluem formação superior na área da saúde, experiência mínima de cinco anos na temática investigada, produção científica relevante e atuação em contexto assistencial ou acadêmico

correlato. A adoção desses critérios atende às recomendações específicas para a seleção de experts em estudos de validação, assegurando rigor metodológico e representatividade conceitual nas avaliações realizadas (Melo et al., 2011; Quadros et al., 2022).

O painel de juízes especialistas foi composto por profissionais da área da saúde, entre médicos e enfermeiros, convidados por correio eletrônico. Na ocasião, foram apresentados os objetivos do estudo, disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e encaminhado o *link* para acesso ao formulário estruturado de avaliação. O preenchimento do instrumento ocorreu após a concordância formal dos participantes em integrar a pesquisa, sendo cada item analisado quanto à sua pertinência, clareza e adequação conceitual (De Sordi et al., 2022; Quadros et al., 2022).

As respostas dos juízes foram organizadas em um banco de dados no *Microsoft Excel* 2020 e analisadas posteriormente. Nessa etapa, foram examinadas as pontuações atribuídas a cada item, bem como as sugestões de modificação apresentadas pelos especialistas, as quais subsidiaram a reformulação semântica e conceitual de determinados enunciados.

Além da avaliação dos itens, os juízes também procederam à validação de uma situação-problema elaborada para integrar o instrumento (Quadro 1). Foi desenvolvida com o objetivo de padronizar o contexto de análise e possibilitar a mensuração da experiência relacionada ao papel de segunda vítima. Assim, os participantes que não haviam vivenciado diretamente essa condição foram convidados a se colocar hipoteticamente na situação descrita. Considerando que atuam na instituição, possuem experiência profissional no contexto investigado e convivem com colegas que já enfrentaram eventos adversos, entende-se que detêm conhecimento suficiente da dinâmica institucional para responder de forma fundamentada ao cenário apresentado. Por sua vez, aqueles que já haviam experiência do papel de segunda vítima foram orientados a rememorar situações semelhantes ao responder aos itens. Essa estratégia metodológica buscou assegurar maior uniformidade na interpretação do contexto, fortalecer a validade do construto e qualificar a mensuração da experiência investigada.

Quadro 1. Situações-Problema Hipotéticas por Categoria Profissional. Vivenciando o Papel de Segunda Vítima diante de um Evento Adverso.

Categoria profissional	Situação-problema
Enfermagem	Hoje, ao iniciar seu plantão, você foi responsável pelo cuidado de um paciente grave, com histórico de doenças pulmonares crônicas e em insuficiência respiratória, necessitando de intubação. Durante o processo de intubação orotraqueal, você ficou encarregado de administrar a sedação intravenosa com fentanil e propofol. No entanto, por uma distração momentânea e falta de comunicação clara com a equipe, você administrou uma dose excessiva de fentanil, ultrapassando os limites recomendados. O erro só foi identificado após a intubação, quando o paciente apresentou hipoventilação severa, hipotensão e bradicardia. A equipe médica realizou a reanimação com suporte vasopressor, mas o paciente sofreu danos cerebrais irreversíveis devido à hipóxia prolongada, evoluindo para um coma irreversível.
Medicina	Hoje, ao iniciar seu turno de trabalho, você, como médico, ficou responsável por um paciente grave, com histórico de doenças pulmonares crônicas. O paciente apresentava sinais de insuficiência respiratória grave, o que levou à decisão de realizar intubação orotraqueal. Durante o procedimento, ocorreu uma falha técnica, e o tubo foi introduzido no esôfago, em vez da traqueia. Isso resultou em ventilação inadequada, causando hipoxemia severa e queda na saturação de oxigênio, o que levou à hipotensão. Após a correção do erro, o tempo prolongado de hipoxemia causou danos cerebrais irreversíveis, e o paciente entrou em coma irreversível, apesar das tentativas de tratamento.
Fisioterapia	Hoje, ao iniciar seu plantão como fisioterapeuta, você foi responsável pelo cuidado de um paciente grave, com histórico de doenças pulmonares crônicas. O paciente foi intubado devido à insuficiência respiratória, e você realizou fisioterapia respiratória para otimizar a ventilação mecânica e remover secreções pulmonares. Durante as manobras de vibração torácica e percussão, foi aplicada alta pressão sem que você percebesse que o dispositivo endotraqueal estava mal posicionado. Isso provocou o deslocamento parcial do tubo, comprometendo a ventilação e resultando em hipoxemia, queda na saturação de oxigênio e alterações no ritmo cardíaco e na pressão arterial. A equipe médica corrigiu a posição do tubo, mas o tempo de hipoxemia causou danos cerebrais irreversíveis, levando o paciente ao coma irreversível.

Os itens que não atingiram o índice mínimo de concordância estabelecido para validação de conteúdo foram revisados e posteriormente submetidos a uma segunda rodada de avaliação pelos especialistas, com vistas ao aprimoramento e refinamento final do instrumento.

3.2.4 Validação das propriedades psicométricas pelo público-alvo e procedimento de coleta de dados

A validação de conteúdo junto ao público-alvo contou com a participação de 30 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, vinculados a hospitais. Foi uma amostra por conveniência, selecionada a partir das redes profissionais da pesquisadora, cujos participantes não integraram a etapa principal da pesquisa, sendo envolvidos exclusivamente no processo de avaliação do instrumento. Foram incluídos profissionais em atuação assistencial ou com, no mínimo, cinco anos de experiência nessa área, sendo excluídos aqueles em funções exclusivamente administrativas ou gerenciais. O recrutamento ocorreu por convite eletrônico, enviado via aplicativo multiplataforma, contendo os objetivos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o link para o formulário eletrônico, cujo preenchimento foi realizado após a concordância formal com a participação.

Após a etapa de validação de conteúdo, procedeu-se à coleta de dados através da aplicação do instrumento por meio de abordagens presenciais e remotas, com a aplicação do instrumento a uma amostra de 205 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos/auxiliares de enfermagem, atuantes em setores assistenciais de um hospital público e de um hospital filantrópico, ambos localizados no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Estabeleceram-se como critérios de inclusão os profissionais de saúde em exercício assistencial direto ao paciente nas referidas instituições, com tempo mínimo de vínculo institucional de seis meses e que concordaram em participar do estudo mediante aceite do TCLE. Foram excluídos aqueles que participaram da etapa de validação de conteúdo.

Na abordagem presencial, os convites foram realizados nos respectivos setores assistenciais por uma mestranda ou por uma acadêmica de enfermagem previamente treinada com apresentação dos objetivos e procedimentos do estudo. Nas estratégias remotas, o pesquisador estabeleceu contato por e-mail, telefone e aplicativo multiplataforma com representantes do Núcleo de Segurança do Paciente, Coordenação da Divisão Médica, Coordenação da Divisão de Enfermagem, Direção de Ensino e setor de Comunicação das instituições participantes. Após a apresentação dos objetivos da pesquisa, foi disponibilizado o *link* de acesso ao formulário eletrônico elaborado no *Google Forms*, para ampla divulgação entre os profissionais de saúde.

Quanto às perdas amostrais, registrou-se a exclusão de cinco formulários, decorrente de respostas incompletas ou da não concordância formal dos profissionais em participar da

pesquisa. Na coleta realizada por meio eletrônico, não houve perdas entre os participantes que concluíram o instrumento, uma vez que o formulário *online* exigia o preenchimento obrigatório de todos os itens.

Após a conclusão de todas as etapas da validação de conteúdo, realizada no período de junho a agosto de 2025, obteve-se a versão final do instrumento composto por 27 questões, intitulada “Instrumento para Mensuração da Experiência da Segunda Vítima em Eventos Adversos” (IMESVEA).

3.2.5 Análise dos dados

A análise da validade de conteúdo foi realizada por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Os escores atribuídos pelos avaliadores às dimensões de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica foram utilizados para o cálculo do CVC, adotando-se como ponto de corte o valor mínimo de $CVC \geq 0,80$, conforme recomendado pela literatura (Yusoff, 2019). Os itens que apresentaram valores inferiores a esse limite foram submetidos à revisão ou exclusão, assegurando consistência metodológica antes da sistematização e análise final dos dados.

As respostas obtidas nas etapas de validação por juízes especialistas e pelo público-alvo foram inicialmente organizadas e sistematizadas em planilhas eletrônicas, permitindo o tratamento e a verificação dos dados coletados.

Na terceira etapa, foram validadas as propriedades psicométricas por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE). A análise foi realizada utilizando uma matriz policórica e o método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS). A decisão quanto ao número de fatores a serem retidos foi tomada por meio da técnica de Análise Paralela, com permutação aleatória dos dados observados, e a rotação adotada foi a Robust Promin (Lorenzo-Seva; Ferrando, 2019).

A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker–Lewis Index* (TLI). Foram considerados adequados valores de RMSEA inferiores a 0,08, com intervalo de confiança não ultrapassando 0,10, bem como valores de CFI e TLI superiores a 0,90 ou, preferencialmente, a 0,95.

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice H, que mensura o quanto um conjunto de itens representa um fator comum, cujos valores variam de 0 a 1. Valores elevados de H ($> 0,80$) indicam uma variável latente bem definida e com maior probabilidade de estabilidade em diferentes estudos, enquanto valores baixos sugerem uma variável latente mal

definida e potencialmente instável (Ferrando; Lorenzo-Seva, 2018). Também foi implementada a medida de importância de Pratt, a fim de complementar a interpretação das cargas fatoriais, expressando, em termos percentuais, o quanto cada fator explica dos itens (Wu; Zumbo, 2017). Por fim, o parâmetro de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados utilizando a parametrização de Reckase.

3.3 Etapa 2 – Estudo transversal

3.3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, seguindo as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), a fim de assegurar a qualidade metodológica, a transparência na descrição dos procedimentos e a confiabilidade dos resultados (Vandenbroucke et al., 2014).

3.3.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido em duas instituições hospitalares de referência regional em assistência à saúde na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, sendo uma de grande porte e outra de médio porte. A primeira caracteriza-se como instituição pública, vinculada ao ensino, à pesquisa e à extensão, enquanto a segunda consiste em uma instituição filantrópica com ampla atuação na rede assistencial do município. Ambas prestam atendimentos de média e alta complexidade, dispõem de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além de apresentarem elevado fluxo de pacientes, configurando-se como cenários estratégicos para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde.

3.3.3 População e amostra

Foi realizado um cálculo prévio de poder estatístico com o objetivo de estimar o tamanho amostral mínimo necessário para as análises propostas. Para essa estimativa, considerou-se um tamanho de efeito moderado (Cohen's $w = 0,3$), poder estatístico de 80% ($1 - \beta = 0,80$) e nível de significância bilateral de 5% ($\alpha = 0,05$). Com base nesses parâmetros, o número mínimo estimado foi de 87 participantes, suficiente para detectar o efeito previamente especificado com o poder desejado. No entanto, foram incluídos 428 participantes no estudo. A ampliação da amostra justifica-se pela estratégia de inclusão de todos os respondentes

elegíveis no período de coleta, visando reduzir a variabilidade amostral e aumentar a precisão das estimativas. Além disso, o maior número de participantes possibilita análises mais estáveis, maior consistência dos resultados e maior segurança na interpretação das associações investigadas, especialmente em estudos observacionais com múltiplas variáveis. O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio do *software* G*Power versão 3.1.9.7.

3.3.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde das categorias médica, de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e fisioterapia, atuantes nos hospitais público e filantrópico do município de JF, Minas Gerais, que desempenhavam atividades diretamente relacionadas à assistência ao paciente nos setores: Unidade de Internação, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Pronto Socorro, Maternidade, Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Nefrologia, Ambulatório, Centro de Diagnostico de Imagem, Hemodiálise, Endoscopia, TMO, Métodos Genéticos, Hospital Dia e que manifestaram concordância em participar da pesquisa por meio do TCLE (Apêndice B).

3.3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os profissionais com tempo de contratação inferior a seis meses na instituição, aqueles que exerciam exclusivamente atividades administrativas, sem vínculo com a assistência direta ao paciente, bem como os que se encontravam afastados por condições de saúde, em interrupção temporária das atividades laborais por motivo clínico ou em qualquer outro tipo de licença durante o período de coleta de dados. Também foram excluídos profissionais que não pertenciam às categorias de enfermagem, medicina ou fisioterapia, assim como os participantes que apresentaram instrumentos preenchidos de forma incompleta. Ademais, não foram incluídos estudantes, estagiários ou indivíduos que não possuíam formação profissional concluída na área da saúde.

3.3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2025 a fevereiro de 2026, conforme cronograma estabelecido, após a submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições (Anexos B, C, D e E).

Participaram do estudo profissionais de saúde das categorias médica, enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e fisioterapia, atuantes em setores assistenciais das duas instituições. A coleta foi realizada por meio de abordagens presenciais e remotas, com aplicação do instrumento estruturado intitulado: Instrumento para Mensuração da Experiência da Segunda Vítima em Eventos Adversos (IMESVEA) (Apêndice D) cujo detalhamento metodológico completo encontra-se apresentado no Artigo 1.

Na abordagem presencial, os convites foram realizados diretamente nos setores assistenciais por uma mestrande e/ou por uma acadêmica de enfermagem, com apresentação dos objetivos e procedimentos da pesquisa. A coleta foi realizada em diferentes horários e turnos (manhã, tarde e noite), com o objetivo de contemplar profissionais de todas as escalas de trabalho. Os instrumentos eram, em sua maioria, preenchidos no momento da aplicação. Em alguns casos, entretanto, foram entregues para preenchimento posterior, sendo recolhidos no plantão subsequente (até dois dias depois), em razão da elevada demanda de trabalho que impossibilitava o seu preenchimento imediato. Além disso, alguns profissionais optaram por responder em momento oportuno, com maior calma e tranquilidade, o que favoreceu a elaboração de respostas mais refletidas e confiáveis, livres de possíveis pressões do ambiente assistencial.

Na estratégia remota, a pesquisadora estabeleceu contato, por e-mail, telefone e aplicativo multiplataforma, com representantes do Núcleo de Segurança do Paciente, Coordenações da Divisão Médica e de Enfermagem, Direção de Ensino e setor de Comunicação das instituições participantes. Após a apresentação dos objetivos do estudo, foi disponibilizado o *link* de acesso ao formulário eletrônico elaborado na plataforma *Google Forms*, para ampla divulgação entre os profissionais. O detalhamento metodológico completo encontra-se apresentado no Artigo 2.

3.3.7 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Inicialmente, realizou-se estatística descritiva para caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, bem como do perfil dos hospitais quanto à notificação de eventos adversos e das variáveis do instrumento de avaliação, com apresentação de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis mensuradas em escala do tipo Likert, calcularam-se média (M) e mediana (Md).

Previamente à realização das análises fatoriais, verificou-se a adequação dos dados por meio do teste de esfericidade de Bartlett e do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O teste de Bartlett avalia a hipótese de que a matriz de correlações é uma matriz identidade, sendo desejável resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$), indicando a existência de correlações suficientes entre os itens para a aplicação da análise fatorial. O índice KMO, por sua vez, mensura a adequação da amostra quanto ao grau de correlação parcial entre as variáveis, variando de 0 a 1, sendo considerados aceitáveis valores acima de 0,60, bons acima de 0,70 e excelentes acima de 0,80.

Atendida a adequação dos dados, procedeu-se à análise fatorial exploratória (AFE), com o objetivo de investigar a estrutura interna do instrumento e identificar a organização dos itens em dimensões latentes. Considerando a natureza ordinal das variáveis, mensuradas em escala do tipo Likert, utilizou-se o estimador *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), considerado mais adequado para esse tipo de dado por não assumir distribuição normal multivariada. Para a retenção dos fatores, foram considerados critérios teóricos e estatísticos, incluindo análise dos autovalores, variância explicada e interpretabilidade dos fatores. A interpretação das cargas fatoriais levou em conta valores mínimos aceitáveis de 0,30, priorizando-se aquelas com maior magnitude e coerência teórica.

Para verificar a associação entre as variáveis do instrumento e a variável resposta (categoria profissional, considerada politômica), aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson. A magnitude do efeito foi avaliada por meio do V de Cramer, considerando-se os seguintes pontos de corte: $>0,1$ (efeito pequeno), $>0,3$ (efeito moderado) e $>0,5$ (efeito alto).

Posteriormente, realizou-se regressão logística multinomial, adotando como variável dependente a afirmação: “Após a ocorrência desse evento adverso, experimentei impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à minha atuação profissional”. Por se tratar de uma escala do tipo Likert, a categoria “Concordo totalmente” foi definida como referência. Dessa forma, as estimativas do modelo representam a razão de chances (*odds ratio* – OR) de pertencimento a cada uma das demais categorias da variável dependente (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro e concordo parcialmente) em comparação à categoria de referência. Assim, valores de OR superiores a 1 indicam aumento da chance de o participante pertencer à categoria analisada em relação à categoria “Concordo totalmente”, enquanto valores de OR inferiores a 1 indicam redução da chance de pertencimento à categoria analisada, implicando maior probabilidade relativa de estar na categoria “Concordo totalmente”. Portanto,

no presente estudo, variáveis com $OR < 1$ foram interpretadas como associadas ao aumento relativo da concordância total, uma vez que reduziram a probabilidade de respostas nas categorias alternativas quando comparadas à categoria de referência. Em todas as análises, adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.3.8 Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sendo aprovado sob os pareceres nº: 7589566 / 7717157 (Anexos B e D); nº 7643109 / 7863280 (Anexos C e E); Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº: 88207925.5.1001.5133 e nº: 88207925.5.3001.5139.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, e manifestaram seu consentimento por meio da leitura do TCLE (Apêndice C) e aceite, assinando-o presencialmente ou concordando com ele por meio da versão online antes de participar da pesquisa, conforme previsto nas normas éticas vigentes.

No decorrer da elaboração deste trabalho, a autora utilizou inteligência artificial generativa (ChatGPT - *OpenAI*) para apoio na revisão gramatical e aprimoramento da redação acadêmica. Após o uso da ferramenta, a autora revisou criticamente e ajustou todo o conteúdo conforme necessário, assumindo total responsabilidade pelo material apresentado nesta publicação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em dois artigos científicos:

- **Artigo 1:** Desenvolvimento e validação do IMESVEA: instrumento para mensuração da experiência da segunda vítima em eventos adversos em saúde.
- **Artigo 2:** Eventos adversos e a segunda vítima: impactos emocionais e profissionais em uma análise multiprofissional hospitalar.

4.1 ARTIGO 1

Desenvolvimento e validação do IMESVEA: instrumento para mensuração da experiência da segunda vítima em eventos adversos em saúde

RESUMO

Objetivo: Construir, validar o conteúdo e avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento destinado a mensurar a experiência da segunda vítima em eventos adversos, contemplando as dimensões emocionais e físicas, o suporte institucional e as repercussões organizacionais. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, realizado por meio de revisão da literatura, construção do instrumento e validação de suas propriedades psicométricas no período de junho a agosto de 2025. Participaram do estudo sete juízes especialistas e 30 profissionais do público-alvo. Posteriormente, o instrumento foi aplicado a 205 profissionais de saúde. A análise dos dados foi realizada por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo, da Análise Fatorial Exploratória e da avaliação dos índices de ajuste do modelo. **Resultados:** O instrumento final foi composto por 26 itens. A análise fatorial indicou uma estrutura tridimensional, com bons índices de ajuste (RMSEA = 0,073; CFI = 0,980; TLI = 0,975). Os fatores apresentaram elevada confiabilidade, com ômega de McDonald de 0,92, além de índices satisfatórios de fidedignidade composta e estabilidade fatorial. **Conclusão:** O instrumento foi construído e validado, mostrando-se adequado para mensurar a experiência da segunda vítima entre profissionais de saúde no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Segunda Vítima; Estudos de Validação; Segurança do Paciente; Evento Adversos; Profissional de Saúde.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente consolidou-se como pilar essencial da qualidade da assistência em saúde, com crescente relevância nos âmbitos nacional e internacional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como “a ausência de danos evitáveis ao paciente e a redução do risco de danos associados à assistência à saúde a um mínimo aceitável”, reconhecendo a complexidade dos sistemas de saúde e a necessidade de práticas que minimizem riscos. Nesse contexto, destaca-se que a promoção de cuidados seguros exige abordagens sistêmicas voltadas à identificação de riscos, ao fortalecimento de processos e à melhoria contínua dos serviços, com foco na proteção do paciente e na qualificação do cuidado (OMS, 2021; Quadrado; Tronchin; Maia, 2021; Silveira et al., 2024; Rodrigues, et al., 2025).

No âmbito dessas iniciativas, torna-se fundamental fortalecer o desenvolvimento de políticas e programas voltados à segurança do paciente, capazes de promover práticas baseadas em evidências, comunicação efetiva e aprendizagem organizacional. A consolidação de uma

cultura de segurança pressupõe ambientes institucionais que valorizem a transparência, o relato de incidentes e eventos adversos, além do uso sistemático das informações para o aprimoramento dos processos de trabalho, contribuindo para a redução de falhas e para o aumento da confiabilidade dos serviços prestados (Quadros et al., 2022; Alevi et al., 2024).

Nesse contexto, os eventos adversos (EA) assumem papel central na discussão sobre a qualidade e a segurança da assistência. Correspondem a incidentes não intencionais que podem causar danos ao paciente, variando de situações sem consequências clínicas a ocorrências graves. A classificação em *near miss*, incidentes sem dano e incidentes com dano evidencia a diversidade de riscos nos ambientes de cuidado e reforça a necessidade de estratégias sistemáticas de prevenção e monitoramento, uma vez que os danos podem apresentar diferentes níveis de gravidade, desde efeitos temporários até permanentes e, em casos mais severos, levar ao óbito (Paula et al., 2022; Quadros et al., 2022; Tavares et al., 2022; Silveira et al., 2023).

A implementação de diretrizes e programas de segurança do paciente, incluindo a criação de núcleos específicos, representa um avanço na organização dos serviços de saúde ao apoiar a redução de riscos e a promoção de práticas assistenciais seguras (De Sordi et al., 2022; Tavares et al., 2022). Contudo, a efetividade dessas ações depende do fortalecimento da cultura de segurança e, apesar dos avanços institucionais, a ocorrência de eventos adversos ainda evidencia fragilidades nos processos assistenciais (Tartaglia; Matos, 2020; Quadrado; Tronchin; Maia, 2021).

Além do impacto direto sobre os pacientes, os eventos adversos produzem repercussões significativas sobre os profissionais de saúde envolvidos. A literatura reconhece que esses trabalhadores podem vivenciar intenso sofrimento emocional e psicológico após um incidente, sendo descritos como “segundas vítimas”. Esse fenômeno evidencia que os erros assistenciais ultrapassam a dimensão técnica, gerando consequências que afetam o desempenho profissional, a saúde mental e a qualidade do cuidado ofertado (Wu et al., 2017; Strametz et al 2021; De Sordi et al., 2022; Vanhaecht, et al 2022).

Nesse contexto, a compreensão das respostas individuais dos profissionais frente aos eventos adversos pode ser aprofundada a partir de referenciais teóricos que expliquem os processos cognitivos e emocionais envolvidos, destacando-se a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. A autoeficácia, conceito central dessa teoria, refere-se às crenças do indivíduo sobre sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para lidar com situações desafiadoras, influenciando diretamente pensamentos, emoções e comportamentos. No contexto da segurança do paciente, essa percepção exerce papel fundamental na forma como os profissionais enfrentam situações críticas, como erros assistenciais e suas consequências.

Assim, níveis mais elevados de autoeficácia estão associados a maior confiança, resiliência e capacidade de enfrentamento, enquanto níveis reduzidos podem intensificar sentimentos de insegurança, medo e sofrimento emocional diante de eventos adversos (Filho; Murgo; Franco, 2022).

A teoria descreve que a autoeficácia de Albert Bandura é construída por quatro fontes: experiências de domínio, vivências vicárias, persuasão social e estados emocionais. No ambiente hospitalar, eventos adversos, especialmente em contextos punitivos ou sem suporte, podem fragilizar a percepção de competência, enquanto culturas que incentivam o aprendizado, o apoio entre equipes e a comunicação aberta fortalecem a autoeficácia. Assim, esse constructo é central para compreender a experiência da segunda vítima, influenciando o enfrentamento e a recuperação dos profissionais, estando associado a melhores estratégias de *coping*, menor impacto psicológico e maior segurança no retorno às atividades (Menezes et al., 2020; Matos; Sharp; Iaochite, 2024; Zivich; Alliprandini, 2024).

Estudos recentes ampliam o conceito de segunda vítima ao incluir profissionais direta e indiretamente afetados por eventos adversos, frequentemente associados a sofrimento emocional e intenção de abandono da profissão (Marung et al., 2023; Lima; Matos; Aguiar, 2024). Contudo, o acesso ao apoio permanece limitado por culturas punitivas e ausência de programas formais, o que agrava o sofrimento e reforça a necessidade de estratégias institucionais de acolhimento e proteção aos trabalhadores da saúde (Silveira et al., 2023; Silveira et al., 2024).

Apesar da relevância do fenômeno da segunda vítima, observa-se que os instrumentos mais utilizados para sua avaliação foram desenvolvidos e validados predominantemente em contextos internacionais. Entre eles, destaca-se o *Second Victim Experience and Support Tool* (SVEST), elaborado inicialmente nos Estados Unidos, com o objetivo de mensurar o sofrimento dos profissionais envolvidos em eventos adversos, bem como as percepções de suporte institucional, de colegas e da liderança, além de aspectos relacionados à intenção de rotatividade e absenteísmo. No cenário brasileiro, embora haja avanços com a adaptação transcultural desse instrumento, evidenciando boa qualidade de tradução e validade de conteúdo, sua aplicação ainda demanda cautela, considerando as especificidades culturais, organizacionais e linguísticas dos serviços de saúde no país, que podem influenciar a compreensão dos itens e a fidedignidade dos resultados obtidos (De Sordi et al., 2022; Vanhaecht et al., 2022; Lima; Matos; Aguiar, 2024; Zhang et al., 2024).

Nesse contexto, embora o Brasil disponha de iniciativas voltadas à adaptação e validação de instrumentos para avaliação da experiência da segunda vítima, persistem lacunas importantes quanto à abrangência das dimensões analisadas. O SVEST, por exemplo, contempla múltiplos domínios, incluindo sofrimento psicológico e físico, apoio organizacional e autoeficácia profissional, evidenciando a complexidade do fenômeno. No entanto, ainda se observa a necessidade de instrumentos que considerem, de forma mais aprofundada, as particularidades do contexto brasileiro, especialmente no que se refere às condições de trabalho, à cultura organizacional e às estratégias institucionais de apoio, aspectos fundamentais para subsidiar intervenções eficazes voltadas à segurança do paciente e ao cuidado com os profissionais de saúde (Tartaglia; Matos, 2020; De Sordi et al., 2022; Quadros et al., 2022).

Além disso, faz-se necessária uma avaliação mais abrangente da cultura organizacional, contemplando aspectos como abertura para comunicação dos eventos adversos, aprendizagem organizacional, percepção de justiça e responsabilização, bem como o compromisso institucional com o acolhimento e o suporte aos profissionais envolvidos. Esses elementos permitem identificar barreiras e potencialidades para o fortalecimento de uma cultura de segurança e de apoio às segundas vítimas, ampliando o alcance das intervenções institucionais (De Sordi et al., 2022; Vanhaecht et al., 2022; Alevi et al., 2024).

O presente estudo surge da necessidade de aprofundar a compreensão da experiência das segundas vítimas no Brasil, por meio da validação de conteúdo de um instrumento desenvolvido para profissionais de saúde, que abrange dimensões sociodemográficas, emocionais, psicológicas, organizacionais e profissionais. Ao possibilitar uma avaliação mais abrangente do impacto dos eventos adversos, o instrumento visa identificar necessidades, mapear recursos de suporte e subsidiar intervenções institucionais, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, a promoção da saúde mental dos trabalhadores e a qualificação da assistência nos serviços de saúde (Quadros et al., 2022; Lima; Matos; Aguiar, 2024; Rodrigues et al., 2025).

Diante disso, o objetivo deste estudo foi construir, validar o conteúdo e avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento destinado a mensurar a experiência da segunda vítima em eventos adversos, contemplando as dimensões emocionais e físicas, o suporte institucional e as repercussões organizacionais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza metodológica, desenvolvido em três etapas: revisão da literatura, construção do instrumento e a validação de suas propriedades

psicométricas. Essa pesquisa foi conduzida conforme as diretrizes do *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN) (Prinsen et al. 2021).

Na primeira etapa do estudo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar evidências científicas sobre o impacto de eventos adversos na perspectiva da segunda vítima. A busca foi conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além das bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Scopus, EMBASE (Elsevier) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS) e/ou *Medical Subject Headings* (MeSH): “Segurança do Paciente”, “Evento Adverso”, “Segunda Vítima” e “Profissionais de Saúde”. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês, no período de 2020 a 2025.

Na segunda etapa, com base na revisão integrativa e nos pressupostos da Teoria Social Cognitiva, foi desenvolvida a primeira versão do instrumento, composta por 35 itens, distribuídos nas seguintes dimensões: sofrimento psicológico, sintomas físicos, percepção de apoio institucional, apoio dos colegas, necessidades de suporte e repercussões laborais (Filho; Murgo; Franco, 2022). As respostas foram organizadas em escala do tipo Likert, de 1 a 5 pontos (Koo; Yang, 2025), variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, além de uma questão final com formato de resposta dicotômica (“sim”, “não” e “não se aplica”), em consonância com instrumentos previamente consolidados na literatura científica.

Na terceira etapa, procedeu-se à validação de conteúdo do instrumento, realizada por juízes especialistas e pelo público-alvo, por meio do instrumento inicialmente construído e migrado para o meio eletrônico, na plataforma *Google Forms*. Os participantes avaliaram cada item quanto à abrangência: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica, utilizando uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (“nada claro”) a 5 (“muito claro”). Adicionalmente, foi disponibilizado espaço para sugestões qualitativas, conforme recomendado em estudos de validação de conteúdo, visando ao aprimoramento semântico e conceitual dos itens.

Foram selecionados juízes especialistas com experiência em segurança do paciente, selecionados com base em critérios propostos por Fehring. Esses critérios incluíram formação superior na área da saúde, experiência mínima de cinco anos na área temática, produção científica relevante e atuação em contexto assistencial ou acadêmico correlato. A utilização desses

critérios atende às recomendações específicas para a seleção de experts em estudos de validação, assegurando rigor metodológico e representatividade conceitual nas avaliações realizadas (Melo et al 2011; Quadros, et al 2022). Além disso, a adoção de um processo estruturado de validação por especialistas contribui para o aprimoramento da qualidade, da confiabilidade e da aplicabilidade dos instrumentos desenvolvidos, fortalecendo sua utilização na prática clínica e em pesquisas na área da saúde (Marinho, et al. 2016).

Os juízes especialistas receberam o instrumento acompanhado de um formulário estruturado de avaliação, no qual cada item foi analisado quanto à abrangência: pertinência, clareza e adequação conceitual (De Sordi et al., 2022; Quadros et al., 2022). O painel foi composto por sete profissionais da área da saúde, entre médicos e enfermeiros, convidados por correio eletrônico, no qual foram apresentados os objetivos do estudo, disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e encaminhado o link para acesso ao formulário eletrônico. O preenchimento ocorreu após a concordância formal dos participantes em integrar a pesquisa.

A validação de face junto ao público-alvo contou com a participação de 30 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, vinculados a instituições hospitalares. Foram incluídos profissionais em atuação assistencial ou com, no mínimo, cinco anos de experiência nessa área, sendo excluídos aqueles em funções exclusivamente administrativas ou gerenciais. O recrutamento ocorreu por convite eletrônico, enviado via aplicativo multiplataforma a partir de redes profissionais da pesquisadora. O convite apresentava os objetivos do estudo, o TCLE e o *link* para o formulário eletrônico, cujo preenchimento ocorreu após a concordância formal com a participação.

Após a etapa de validação de face, procedeu-se o teste piloto, onde à coleta de dados ocorreu por meio de abordagens presenciais e remotas, com a aplicação do instrumento a uma amostra de 205 profissionais de saúde, incluindo médicos (n=41), enfermeiros (n=40), fisioterapeutas (n=11), técnicos e auxiliares de enfermagem (n=113), atuantes em setores assistenciais de um hospital público com duas unidades (uma com foco em internação e outra ambulatorial), além de um hospital filantrópico, ambos localizados no município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão os profissionais de saúde em exercício assistencial direto ao paciente nas referidas instituições que concordaram em participar do estudo mediante aceite do TCLE. Foram excluídos aqueles que participaram da etapa de validação de face.

Na abordagem presencial, os convites foram realizados nos respectivos setores assistenciais por uma mestrande ou por uma acadêmica de enfermagem com apresentação dos

objetivos e procedimentos do estudo. Nas estratégias remotas, o pesquisador estabeleceu contato por e-mail, telefone e aplicativo multiplataforma com representantes do Núcleo de Segurança do Paciente, Coordenação da Divisão Médica, Coordenação da Divisão de Enfermagem, Direção de Ensino e setor de Comunicação das instituições participantes. Após a apresentação dos objetivos da pesquisa, foi disponibilizado o *link* de acesso ao formulário eletrônico elaborado no *Google Forms*, para ampla divulgação entre os profissionais de saúde.

Quanto às perdas amostrais, registrou-se a exclusão de cinco formulários, decorrente de respostas incompletas ou da não concordância formal dos profissionais em participar da pesquisa. Na coleta realizada por meio eletrônico, não houve perdas entre os participantes que concluíram o instrumento, uma vez que o formulário *online* exigia o preenchimento obrigatório de todos os itens.

Em relação ao tratamento dos dados válidos, a análise da validade de conteúdo foi realizada por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Os escores atribuídos pelos avaliadores às dimensões de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica foram utilizados para o cálculo do CVC, adotando-se como ponto de corte o valor mínimo de $CVC \geq 0,80$, conforme recomendado pela literatura (Yusoff, 2019). Os itens que apresentaram valores inferiores a esse limite foram submetidos à revisão ou exclusão, assegurando consistência metodológica antes da sistematização e análise final dos dados.

As respostas obtidas nas etapas de validação por juízes especialistas e pelo público-alvo foram inicialmente organizadas e sistematizadas em planilhas eletrônicas, permitindo o tratamento e a verificação dos dados coletados.

Na terceira etapa, foram validadas as propriedades psicométricas por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE). Previamente à realização da AFE, verificou-se a adequação dos dados por meio do teste de esfericidade de Bartlett e do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O teste de Bartlett avalia a hipótese de que a matriz de correlações é uma matriz identidade, sendo desejável resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$), indicando a existência de correlações suficientes entre os itens para a aplicação da análise fatorial. O índice KMO, por sua vez, mensura a adequação da amostra quanto ao grau de correlação parcial entre as variáveis, variando de 0 a 1, sendo considerados aceitáveis valores acima de 0,60, bons acima de 0,70 e excelentes acima de 0,80.

A análise foi conduzida utilizando matriz de correlações policóricas e o método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS), considerado mais adequado para variáveis ordinais mensuradas em escala do tipo Likert. A decisão quanto ao número de fatores a serem retidos foi tomada por meio da técnica de Análise Paralela, com permutação

aleatória dos dados observados, e a rotação adotada foi a Robust Promin (Lorenzo-Seva; Ferrando, 2019).

A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker–Lewis Index* (TLI). Foram considerados adequados valores de RMSEA inferiores a 0,08, com intervalo de confiança não ultrapassando 0,10, bem como valores de CFI e TLI superiores a 0,90 ou, preferencialmente, a 0,95.

A estabilidade dos fatores foi avaliada por meio do índice H, que mensura o quanto um conjunto de itens representa um fator comum, cujos valores variam de 0 a 1. Valores elevados de H ($> 0,80$) indicam uma variável latente bem definida e com maior probabilidade de estabilidade em diferentes estudos, enquanto valores baixos sugerem uma variável latente mal definida e potencialmente instável (Ferrando; Lorenzo-Seva, 2018). Também foi implementada a medida de importância de Pratt, a fim de complementar a interpretação das cargas fatoriais, expressando, em termos percentuais, o quanto cada fator explica dos itens (Wu; Zumbo, 2017). Por fim, o parâmetro de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados utilizando a parametrização de Reckase.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições participantes, sob os pareceres nº 7.589.566 e nº 7.717.157.

RESULTADOS

O resultado será apresentado de acordo com as etapas para a construção do instrumento, na etapa de revisão sistemática resultou inicialmente em 51 publicações, das quais, após a análise dos títulos e resumos, 20 estudos apresentaram aderência ao tema proposto. Em seguida, procedeu-se à leitura na íntegra, confirmando-se sua adequação ao objetivo da pesquisa. Dessa forma, a amostra final foi composta por 20 artigos que abordavam diretamente a experiência da segunda vítima no contexto de eventos adversos em saúde.

Os estudos incluídos foram analisados de forma sistemática, contemplando as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos. Posteriormente, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos selecionados e a extração padronizada das informações de interesse. Os conteúdos foram submetidos a leituras sucessivas e organizados de acordo com sua convergência temática, possibilitando a identificação de conceitos, dimensões e evidências relacionadas à experiência da segunda vítima. Esses resultados subsidiaram a definição da estrutura con-

ceitual do instrumento, a delimitação de seus domínios e a elaboração dos itens da versão preliminar, assegurando que sua construção fosse baseada em evidências científicas e representasse os principais aspectos do fenômeno investigado.

Durante o processo de construção do instrumento, foi elaborada inicialmente uma versão composta por 35 questões, precedidas por um enunciado que contextualizava os participantes na condição de segunda vítima, a partir da vivência de um caso hipotético de evento adverso ocorrido em seu ambiente de trabalho. Os itens contemplavam as seguintes dimensões: sofrimento psicológico, sintomas físicos, percepção de apoio institucional, apoio dos colegas, necessidades de suporte e repercussões laborais.

A validação de face foi realizada em duas etapas complementares, envolvendo juízes especialistas e o público-alvo. O painel de especialistas foi composto por sete juízes, dos quais três (42,9%) eram do sexo masculino e quatro (57,1%) do sexo feminino, com idades variando entre 38 e 47 anos, e uma média de 44 anos. Todos relataram experiência prévia e atuação na área de segurança do paciente. Quanto ao vínculo profissional, três (42,9%) exerciam cargos de gestão em saúde e quatro (57,1%) atuavam na docência. O tempo médio de experiência profissional foi de 14 anos. Em relação à formação acadêmica, todos possuíam pós-graduação, sendo dois (28,6%) especialistas, dois (28,6%) mestres e três (42,8%) doutores.

Quatro itens não atingiram o valor mínimo na primeira rodada de avaliação; destes, três foram reformulados semanticamente e submetidos a uma segunda rodada de análise pelos especialistas, enquanto um item foi excluído por apresentar redundância conceitual com outro item do instrumento. Ademais, 17 itens tiveram sua redação revisada com o objetivo de aprimorar a clareza e a compreensão, incluindo ajustes gramaticais, como substituição de preposições e reorganização de sujeitos nas frases. Três itens receberam notas explicativas para elucidar conceitos considerados potencialmente ambíguos, como evento adverso, segunda vítima e cultura organizacional.

Os resultados da validação de face realizada pelos juízes especialistas, com base nos critérios de abrangência como clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica, demonstraram que todos os itens alcançaram valores de $CVC \geq 0,80$, indicando concordância satisfatória entre os avaliadores e adequada representatividade conceitual das dimensões propostas.

Na etapa de validação de conteúdo e face, participaram 30 profissionais de saúde, sendo 17 (56,7%) do sexo feminino e 13 (43,3%) do sexo masculino, com idades entre 24 e 51 anos e uma média de 36 anos. Quanto à categoria profissional, 19 (63,5%) eram enfermeiros, quatro (13,2%) técnicos de enfermagem, um (3,3%) fisioterapeuta e seis (20%) médicos. Em relação

à atuação profissional, 23 (76,7%) exerciam funções assistenciais, seis (20%) ocupavam cargos de gestão em saúde e um (3,3%) atuavam na docência, com tempo médio de experiência profissional de 11 anos.

A avaliação indicou desempenho satisfatório dos itens, com CVC médio global de 0,86. No entanto, oito itens foram excluídos por não atingirem o ponto de corte estabelecido e por apresentarem similaridade conceitual.

Considerando de forma integrada as contribuições dos juízes especialistas e do público-alvo, o instrumento passou por ajustes estruturais e semânticos, dos 35 itens inicialmente propostos, nove itens foram excluídos. Dessa forma, a versão final do instrumento foi composta por 26 itens, mantendo a coerência teórica das dimensões avaliadas e aprimorando sua clareza, relevância e aplicabilidade. Os resultados da validação de conteúdo, contemplando ambas as etapas de avaliação, encontram-se apresentados de forma unificada na Tabela 1.

Tabela 1. Validação de conteúdo realizada pelos juízes especialistas e público-alvo por meio dos critérios de clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.

Item	Juízes especialistas			Público-alvo		
	Clareza da linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica	Clareza da linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica
Seção 1 - Impacto Emocional						
01. Após a ocorrência desse evento adverso, experimentei impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à minha atuação profissional.	0,943	1,000	1,000	0,900	0,907	0,900
02: Após a ocorrência deste evento adverso, passei a apresentar episódios de ansiedade, medo ou pânico relacionados às minhas atividades profissionais.	0,943	1,000	1,000	0,907	0,873	0,880
03: Após a ocorrência deste evento adverso, percebi mudanças no meu comportamento profissional durante a rotina de trabalho.	0,943	1,000	1,000	0,880	0,873	0,867
04. Após a ocorrência deste evento adverso, passei a ter mais dificuldade para lidar com minhas emoções no ambiente de trabalho, sentindo-me com mais frequência triste, frustrado ou angustiado.	0,943	1,000	1,000	0,840	0,847	0,847
05. Após o evento adverso, eu experimentei sentimento de culpa ou vergonha relacionados ao ocorrido.	1,000	1,000	1,000	0,900	0,867	0,853
06. Após a ocorrência do evento adverso, senti medo de que minha carreira fosse prejudicada.	0,943	1,000	1,000	0,893	0,867	0,867
07. Após o evento adverso, tive dificuldade em procurar apoio emocional por medo de julgamento ou estigmatização.	0,800	1,000	1,000	0,927	0,873	0,900
08. Após o evento adverso, senti que a equipe de saúde se comunicou de forma clara e acolhedora em relação às minhas emoções e à repercussão do ocorrido.	0,914	1,000	1,000	0,893	0,807	0,900

Seção 2 - Impacto Psicológico

09. Desde a ocorrência do evento adverso, percebo que o impacto psicológico da situação tem interferido na minha qualidade de vida fora do ambiente de trabalho.	0,886	1,000	1,000	0,900	0,887	0,873
10. Após o evento adverso, senti que minha confiança e autoestima em relação às minhas habilidades profissionais foram afetadas.	0,886	1,000	1,000	0,867	0,867	0,887
11. Após o evento adverso, percebi que a liderança do hospital demonstrou interesse pelo meu bem-estar emocional.	0,829	1,000	1,000	0,840	0,887	0,927
12. Após o evento adverso, senti que meus colegas de trabalho foram solidários e me apoiaram emocionalmente para lidar com a situação.	0,943	1,000	1,000	0,820	0,820	0,800

Seção 3 - Necessidades de Suporte

13. O hospital onde trabalho oferece suporte emocional e programas de apoio psicológico (como terapia ou grupos de apoio) adequado para os profissionais envolvidos em eventos adversos.	1,000	1,000	1,000	0,820	0,813	0,807
14. Tenho facilidade em procurar suporte psicológico ou emocional dentro do ambiente de trabalho, caso precise.	0,886	1,000	1,000	0,813	0,807	0,820
15. O hospital onde trabalho deveria oferecer treinamentos sobre como lidar com os aspectos emocionais e psicológicos decorrentes de eventos adversos	0,943	1,000	1,000	0,927	0,933	0,940

Seção 4 - Aspectos de Cultura Institucional e de Trabalho

16. A cultura organizacional do hospital onde trabalho — entendida como o conjunto de valores, atitudes e práticas institucionais — preocupa-se com a saúde mental dos profissionais após a ocorrência de eventos adversos.	0,800	1,000	1,000	0,807	0,800	0,800
17. A liderança do hospital adota medidas tanto para prevenir eventos adversos quanto para apoiar os profissionais afetados por essas situações.	0,800	1,000	1,000	0,820	0,807	0,813

18. Eu acredito que a exposição a eventos adversos pode afetar a saúde mental a longo prazo.	1,000	1,000	1,000	0,907	0,880	0,887
19. No hospital onde trabalho, percebo que há mais foco nos resultados clínicos do que no bem-estar emocional dos profissionais de saúde.	0,943	1,000	0,971	0,800	0,880	0,873
20. Senti que os colegas de trabalho e a liderança me culpavam pela ocorrência do evento.	0,971	1,000	1,000	0,827	0,820	0,887

Seção 5 - Recuperação e Reflexão Pessoal

21. Sinto que consegui superar os efeitos emocionais causados pelo evento adverso.	0,829	0,943	0,943	0,873	0,873	0,847
22. O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente.	1,000	1,000	1,000	0,933	0,920	0,927
23. Senti que minha experiência após o evento adverso não foi suficientemente reconhecida ou valorizada pela equipe de trabalho ou pela liderança.	0,886	0,943	0,943	0,800	0,920	0,820

Seção 6 - Impacto Profissional

24. Após o evento adverso, minha relação com os colegas de trabalho piorou.	1,000	1,000	1,000	0,813	0,840	0,913
25. Eu tive dificuldades em retomar meu trabalho da mesma forma que antes do evento adverso.	1,000	1,000	1,000	0,840	0,800	0,827

Seção 7 - Avaliação Geral

26. Caso você já tenha vivenciado um evento adverso relacionado à segurança do paciente, sentiu-se acolhido e apoiado pela instituição onde trabalha?	0,829	0,914	0,914	0,800	0,800	0,873
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------

A amostra de validação de conteúdo pré-teste composta por 205 profissionais do público-alvo, evidenciou um perfil predominantemente composto por profissionais de saúde do sexo feminino, com maior concentração na faixa etária entre 26 e 35 anos (34,1%), seguida por indivíduos entre 36 e 45 anos (29,3%). Observou-se ainda predominância de profissionais da equipe de enfermagem, especialmente técnicos de enfermagem (54,6%), refletindo a composição típica das equipes assistenciais hospitalares. Quanto ao vínculo institucional, a maioria dos participantes estava vinculada a hospital de natureza filantrópica (78,5%) (Tabela 2).

No que se refere à experiência profissional, destacou-se maior concentração de participantes com tempo de atuação entre 1 e 5 anos (41,5%), seguida por profissionais com menos de um ano (20,5%) de trabalho na instituição, evidenciando um grupo com relativa inserção recente no ambiente hospitalar. Em relação aos setores de atuação, houve predominância de profissionais alocados em unidades de internação (46,3%), seguidas por outros setores assistenciais, unidades de terapia intensiva (12,7%) e centro cirúrgico (9,8%) (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do pré-teste (n = 205). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variável	Categoria	N	%
Faixa etária	< 25 anos	32	15,6
	26–35 anos	70	34,1
	36–45 anos	60	29,3
	46–55 anos	36	17,6
	> 55 anos	7	3,4
Sexo	Feminino	144	70,2
	Masculino	60	29,3
	Não declarou	1	0,5
Categoria profissional	Técnico de enfermagem	112	54,6
	Enfermeiro	40	19,5
	Médico	41	20,0
	Fisioterapeuta	11	5,4
	Auxiliar de enfermagem	1	0,5
Vínculo institucional	Hospital filantrópico	161	78,5
	Hospital público	44	21,5
Tempo de atuação	< 1 ano	42	20,5
	1–5 anos	85	41,5
	6–10 anos	38	18,5
	11–15 anos	17	8,3
	> 15 anos	23	11,2
Setor de atuação	Unidade de internação	95	46,3
	UTI	26	12,7
	Centro cirúrgico	20	9,8
	Pronto atendimento	19	9,3
	Outros*	45	22,0

*Maternidade, Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Nefrologia, Ambulatório, Centro de Diagnostico de Imagem, Hemodiálise, Endoscopia, TMO, Métodos Genéticos, Hospital Dia.

Para validação das propriedades psicométricas, os testes de esfericidade de Bartlett (2246,9, $gl = 351$, $p < 0,001$) e KMO (0,71) sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação

dos itens. A análise paralela demonstrou que as três primeiras variáveis apresentaram os maiores percentuais de variância explicada nos dados reais, correspondendo a 34,6%, 18,1% e 7,6%, respectivamente, superando os valores obtidos nos dados aleatórios com intervalo de confiança de 95%. Em conjunto, essas variáveis explicam mais de 60% da variância total do construto, evidenciando sua forte representatividade na estrutura fatorial do instrumento. Destaca-se que tais itens estão relacionados aos impactos emocionais e psicológicos decorrentes de eventos adversos, incluindo manifestações de ansiedade, medo e mudanças no comportamento profissional, o que reforça a centralidade dessas dimensões na experiência da segunda vítima e sua relevância para a compreensão do fenômeno no contexto investigado (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados da análise paralela para definição do número de fatores, com comparação entre a variância explicada pelos dados observados e pelos dados aleatórios (IC 95%). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variáveis	Percentual de variância explicada dos dados reais	Percentual de variância explicada dos dados aleatórios (95% IC)
1	34.6194*	8.8662
2	18.1525*	7.9123
3	7.6320*	7.3742
4	4.9827	6.9049
5	4.7858	6.5100
6	3.7993	6.1466
7	3.1726	5.7938
8	2.7125	5.4707
9	2.5687	5.1531
10	2.1768	4.8874
11	1.9934	4.5958
12	1.8526	4.3252
13	1.8039	4.0568
14	1.6060	3.8081
15	1.3748	3.5654
16	1.1095	3.3189
17	0.9956	3.0957
18	0.9274	2.8576
19	0.8015	2.6272
20	0.7298	2.3656
22	0.4933	1.9063
23	0.4038	1.6575
24	0.2750	1.3797
25	0.2478	1.0381
26	0.1951	0.6906

*O número de fatores a ser retido é três, pois os fatores dos dados reais apresentam porcentagem de variância explicada maior do que os dados aleatórios.

As cargas fatoriais dos itens podem ser observadas na Tabela 4. Também são reportados os índices de Fidedignidade Composta, bem como estimativas de replicabilidade dos escores fatoriais.

Tabela 4. Cargas fatoriais dos itens do instrumento e índices de confiabilidade dos fatores, obtidos por meio da Análise Fatorial Exploratória. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variáveis	Fator 1	Fator 2	Fator 3
V1 Após a ocorrência desse evento adverso, experimentei impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à minha atuação profissional.	0.219	-0.046	0.598
V2 Após a ocorrência deste evento adverso, passei a apresentar episódios de ansiedade, medo ou pânico relacionados às minhas atividades profissionais.	0.005	0.089	0.904
V3 Após a ocorrência deste evento adverso, percebi mudanças no meu comportamento profissional durante a rotina de trabalho.	0.104	0.158	0.894
V4 Após a ocorrência deste evento adverso, passei a ter mais dificuldade para lidar com minhas emoções no ambiente de trabalho, sentindo-me com mais frequência triste, frustrado ou angustiado.	0.091	-0.191	0.900
V5 Após o evento adverso, eu experimentei sentimento de culpa ou vergonha relacionados ao ocorrido.	0.001	0.147	0.933
V6 Após a ocorrência do evento adverso, senti medo de que minha carreira fosse prejudicada.	-0.078	0.287	0.952
V7 Após o evento adverso, tive dificuldade em procurar apoio emocional por medo de julgamento ou estigmatização.	-0.002	0.126	0.814
V8 Após o evento adverso, senti que a equipe de saúde se comunicou de forma clara e acolhedora em relação às minhas emoções e à repercussão do ocorrido.	0.552	0.227	0.287
V9 Desde a ocorrência do evento adverso, percebo que o impacto psicológico da situação tem interferido na minha qualidade de vida fora do ambiente de trabalho.	0.042	-0.201	0.851
V10 Após o evento adverso, senti que minha confiança e autoestima em relação às minhas habilidades profissionais foram afetadas.	0.090	-0.071	0.907
V11 Após o evento adverso, percebi que a liderança do hospital demonstrou interesse pelo meu bem-estar emocional.	0.812	0.174	0.202
V12 Após o evento adverso, senti que meus colegas de trabalho foram solidários e me apoiaram emocionalmente para lidar com a situação.	0.249	0.558	0.130
V13 O hospital onde trabalho oferece suporte emocional e programas de apoio psicológico (como terapia ou grupos de apoio) adequado para os profissionais envolvidos em eventos adversos.	1.000	-0.196	0.038
V14 Tenho facilidade em procurar suporte psicológico ou emocional dentro do ambiente de trabalho, caso precise.	0.873	-0.142	0.048
V15 O hospital onde trabalho deveria oferecer treinamentos sobre como lidar com os aspectos emocionais e psicológicos decorrentes de eventos adversos.	-0.066	0.275	0.430
V16 A cultura organizacional do hospital onde trabalho — entendida como o conjunto de valores, atitudes e práticas institucionais — preocupa-se com a saúde mental dos profissionais após a ocorrência de eventos adversos.	0.907	-0.033	-0.003
V17 A liderança do hospital adota medidas tanto para prevenir eventos adversos quanto para apoiar os profissionais afetados por essas situações.	0.680	0.136	0.060
V18 Eu acredito que a exposição a eventos adversos pode afetar a saúde mental a longo prazo.	-0.053	0.263	0.592
V19 No hospital onde trabalho, percebo que há mais foco nos resultados clínicos do que no bem-estar emocional dos profissionais de saúde.	-0.445	-0.035	0.130
V20 Senti que os colegas de trabalho e a liderança me culpavam pela ocorrência do evento	-0.250	-0.301	0.370
V21 Sinto que consegui superar os efeitos emocionais causados pelo evento adverso.	-0.125	0.020	0.634
V22 O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente.	0.050	0.623	-0.123

V23 Senti que minha experiência após o evento adverso não foi suficientemente reconhecida ou valorizada pela equipe de trabalho ou pela liderança.	-0.041	0.599	0.429
V24 Após o evento adverso, minha relação com os colegas de trabalho piorou.	-0.091	-0.15	0.332
V25 Eu tive dificuldades em retomar meu trabalho da mesma forma que antes do evento adverso.	0.030	-0.466	0.447
V26 Caso você já tenha vivenciado um evento adverso relacionado à segurança do paciente, sentiu-se acolhido e apoiado pela instituição onde trabalha?	0.065	-0.159	0.753
Confiabilidade composta	0,975	0,919	0,988
H-Latent	0,951	0,845	0,976
H-observed	1,007	0,8131	1,000

Fator 1: Suporte Institucional e Cultura Organizacional; Fator 2: Repercussões Profissionais e Interpessoais; Fator 3: Impacto Emocional e Psicológico.

Os índices de ajuste do instrumento foram adequados ($\chi^2 = 570,66$, $gl = 273$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,073 (0,050 – 0,080); CFI = 0,980; TLI = 0,975). A fidedignidade composta dos fatores também se mostrou aceitável para todos os fatores.

Os parâmetros de discriminação e os *thresholds* dos itens foram avaliados por meio de Teoria de Resposta ao Item. Conforme pode ser visto na tabela 5, o item mais discriminativo do fator 1 foi “O hospital onde trabalho oferece suporte emocional e programas de apoio psicológico (como terapia ou grupos de apoio) adequado para os profissionais envolvidos em eventos adversos” ($a = 2,826$). Para o fator 2, o item mais discriminativo foi “O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente” ($a = 0,861$). Para o terceiro fator, o item mais discriminativo foi “Após a ocorrência do evento adverso, senti medo de que minha carreira fosse prejudicada” ($a = 2,688$).

Tabela 5. Parâmetros de discriminação dos itens do instrumento, estimados por meio da Teoria de Resposta ao Item, segundo os fatores identificados. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2026.

Variáveis	Fator 1	Fator 2	Fator 3
V1	0,267	-0,056	0,728
V2	0,010	0,189	1,918
V3	0,192	0,291	1,647
V4	0,267	-0,558	2,630
V5	0,002	0,341	2,162
V6	-0,220	0,811	2,688
V7	-0,004	0,206	1,324
V8	0,838	0,648	0,437
V9	0,103	-0,489	2,069
V10	0,208	-0,164	2,087
V11	1,493	0,320	0,372

V12	0,330	0,740	0,172
V13	2,826	-0,553	0,106
V14	1,514	-0,246	0,084
V15	-0,073	0,308	0,481
V16	2,039	-0,075	-0,006
V17	0,983	0,196	0,087
V18	-0,066	0,325	0,732
V19	-0,521	-0,041	0,152
V20	-0,344	-0,413	0,508
V21	-0,170	0,027	0,865
V22	0,070	0,861	-0,170
V23	-0,052	0,769	0,550
V24	-0,102	-0,171	0,372
V25	0,043	-0,669	0,642
V26	0,106	-0,258	1,225

Nota: * item mais discriminativo de cada uma das dimensões. Fator 1: Suporte Institucional e Cultura Organizacional (V8, V11, V13, V14, V16, V17, V19); Fator 2: Repercussões Profissionais e Interpessoais (V12, V22, V23); Fator 3: Impacto Emocional e Psicológico (V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V9, V10, V15, V18, V20, V21, V24, V25, V26).

Em relação aos *Thresholds* dos itens, não foi encontrado nenhum padrão inesperado de resposta, de modo que, quanto maior foi a categoria de resposta da escala, maior foi o nível de traço latente necessário para endossá-lo. Em relação a confiabilidade do instrumento, os testes Ômega de McDonald (0,92) e Alfa de Cronbach (0,91) apresentaram valores satisfatórios.

Após a conclusão de todas as etapas da validação de conteúdo, realizada no período de junho a agosto de 2025, obteve-se a versão final do instrumento composta por 26 questões, intitulada Instrumento para Mensuração da Experiência da Segunda Vítima em Eventos Adversos (IMESVEA). A versão consolidada apresentou clareza semântica, consistência conceitual e adequação às dimensões teóricas propostas, demonstrando-se apropriada para aplicação em pesquisas futuras e em contextos assistenciais, com potencial para subsidiar a avaliação sistemática da experiência da segunda vítima entre profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

O presente estudo contribui para a segurança do paciente ao desenvolver e validar um instrumento psicometricamente robusto para mensurar a experiência da segunda vítima entre profissionais de saúde no contexto hospitalar brasileiro. A literatura evidencia que eventos adversos geram impactos que ultrapassam o dano ao paciente, afetando os profissionais envolvidos em dimensões emocionais, psicológicas, organizacionais e éticas. Assim, reforça-se a importância de estratégias institucionais que integrem o cuidado aos profissionais à cultura de

segurança do paciente e de instrumentos válidos para o monitoramento sistemático desse fenômeno (Tartaglia; Matos, 2020; Vanhaecht et al., 2022; Silveira et al., 2023; Strametz; Mira; Sousa, 2024).

O IMESVEA é composto por 26 itens distribuídos em sete dimensões teóricas: impacto emocional, impacto psicológico, necessidades de suporte, cultura institucional e ambiente de trabalho, recuperação e reflexão pessoal, impacto profissional e avaliação geral, alinhadas aos principais domínios descritos na literatura sobre a experiência da segunda vítima. Fundamentadas em uma revisão integrativa, essas dimensões refletem respostas emocionais e psicológicas, repercussões no desempenho profissional e na qualidade de vida, bem como demandas por suporte organizacional decorrentes de eventos adversos, permitindo uma avaliação abrangente do fenômeno nos âmbitos individual, relacional e institucional (Vanhaecht et al., 2022; Silveira et al., 2023; Strametz; Mira; Sousa, 2024).

Na comparação com instrumentos previamente validados, destaca-se o SVEST, amplamente utilizado em estudos internacionais para mensurar o sofrimento psicológico, o suporte organizacional e as repercussões profissionais associadas à experiência da segunda vítima. Embora represente um marco na área, a literatura aponta limitações relacionadas à adaptação cultural e às especificidades organizacionais de sistemas de saúde distintos daquele em que foi desenvolvido. Nesse contexto, o IMESVEA diferencia-se por ter sido construído e validado a partir da realidade hospitalar brasileira, incorporando de forma explícita dimensões relativas à cultura institucional, à recuperação pessoal e à reflexão profissional, além de contemplar diferentes categorias profissionais, o que amplia sua aplicabilidade prática sem prejuízo da consistência conceitual do construto (Vanhaecht et al., 2022; Lima; Matos; Aguiar, 2024; Strametz; Mira; Sousa, 2024).

Os elevados índices de validade de conteúdo evidenciam a abrangência quanto a clareza, a pertinência prática e a relevância teórica dos itens, conforme avaliação de especialistas e do público-alvo. Esses achados corroboram estudos metodológicos que destacam a importância de processos rigorosos de validação para o desenvolvimento de instrumentos culturalmente adequados e sensíveis às nuances do sofrimento profissional e das respostas organizacionais no contexto brasileiro. A participação do público-alvo reforçou a compreensibilidade e a aplicabilidade dos itens na prática assistencial, fortalecendo a validade ecológica do instrumento (Prinsen et al., 2021; De Sordi et al., 2022; Quadros et al., 2022; Lima; Matos; Aguiar, 2024; Alevi et al., 2024).

A identificação de uma estrutura fatorial tridimensional reforça a compreensão da experiência da segunda vítima como um constructo multidimensional e integrado. Embora o

instrumento tenha sido originalmente organizado em múltiplas seções teóricas, a AFE revelou a existência de três fatores latentes que sintetizam empiricamente os domínios avaliados. Esse achado é consistente com a literatura psicométrica, que reconhece que construtos complexos podem apresentar estruturas fatoriais mais parcimoniosas quando analisados empiricamente, refletindo padrões reais de correlação entre os itens e a forma como os profissionais vivenciam o fenômeno na prática (Vanhaecht et al., 2022; Marung et al., 2023).

A estrutura fatorial encontrada revela consonância com a Teoria Social Cognitiva, proposta por Albert Bandura, ao refletir o princípio da reciprocidade triádica entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. No presente estudo, essa dinâmica manifesta-se, respectivamente, no impacto emocional e psicológico (fatores pessoais), nas repercussões profissionais e interpessoais (fatores comportamentais) e no suporte institucional e na cultura organizacional (fatores ambientais) na vivência dos eventos adversos, o que evidencia que a experiência da segunda vítima não pode ser compreendida de forma isolada ou linear, mas sim como resultado de interações contínuas e bidirecionais entre o indivíduo, suas ações e o contexto em que está inserido, o que reforça a validade teórica da estrutura fatorial identificada e amplia a interpretação dos achados à luz de um modelo explicativo consolidado na literatura (Menezes et al., 2020; ; Marung et al., 2023; Zivich; Alliprandini, 2024).

A concentração de cargas fatoriais elevadas em um fator associado ao sofrimento emocional e psicológico indica que esse componente constitui o eixo central da experiência da segunda vítima. Ansiedade, culpa, medo de punição ou prejuízo à carreira, alterações comportamentais e impacto na qualidade de vida tendem a ocorrer de forma integrada, justificando sua agregação em um único fator latente. Evidências nacionais e internacionais corroboram que essas manifestações não são vivenciadas isoladamente, mas como respostas inter-relacionadas ao evento adverso, reforçando a consistência empírica dos achados (Silveira et al., 2023; Strametz; Mira; Sousa, 2024).

Os fatores relacionados ao suporte institucional, à cultura organizacional e às repercussões profissionais evidenciam o papel central das organizações de saúde no acolhimento e na recuperação das segundas vítimas. Serviços de saúde que dispõem de políticas formais de apoio emocional, comunicação transparente e aprendizado organizacional tendem a reduzir o sofrimento prolongado dos profissionais, fortalecer a confiança institucional e promover uma cultura justa. A adequada fidedignidade composta e os elevados índices de replicabilidade observados indicam estabilidade e consistência dos fatores identificados, corroborando a robustez psicométrica do instrumento (Tartaglia; Matos, 2020; Vanhaecht et al., 2022; Strametz; Mira; Sousa, 2024).

O fator relacionado ao suporte organizacional apresentou elevada capacidade discriminativa, especialmente nos itens que avaliam a oferta de programas estruturados de apoio às segundas vítimas. A literatura aponta que a ausência de suporte institucional contribui para o sofrimento emocional persistente, o medo de estigmatização e o afastamento do trabalho, enquanto programas formais favorecem a recuperação, a aprendizagem organizacional e a segurança do paciente. Pesquisas brasileiras reforçam que a implementação desses programas ainda é incipiente, o que evidencia a importância de instrumentos capazes de identificar lacunas institucionais (Quadrado; Tronchin; Maia, 2021; Paula et al., 2022; Tavares, et al 2022; Rodrigues et al., 2025)

O fator associado à reflexão profissional e ao reconhecimento institucional reforça a relevância dos processos de aprendizagem organizacional após eventos adversos. Ambientes que favorecem a reflexão crítica, o diálogo aberto e a valorização da experiência profissional contribuem para o desenvolvimento individual e coletivo, reduzindo a recorrência de incidentes e fortalecendo a cultura de segurança. Em contrapartida, contextos punitivos intensificam o sofrimento das segundas vítimas e comprometem a confiança organizacional, conforme amplamente discutido na literatura nacional e internacional (Tartaglia; Matos, 2020; Quadros et al., 2022; Alevi et al 2024; Silveira et al., 2024).

O terceiro fator, relacionado ao impacto emocional e psicológico, reuniu itens que abordam ansiedade, culpa, medo de consequências profissionais e dificuldade de retomada das atividades laborais. Esses achados corroboram estudos que descrevem elevados níveis de sofrimento emocional entre profissionais envolvidos em eventos adversos, podendo evoluir para estresse crônico, adoecimento psíquico e comprometimento da qualidade do cuidado. A literatura nacional destaca, ainda, a invisibilidade desse sofrimento e a necessidade de estratégias institucionais para sua mitigação (Silveira et al., 2023; Silveira et al., 2024).

Os índices de ajuste do modelo e os elevados valores de confiabilidade observados no IMESVEA demonstram a consistência interna e a estabilidade do instrumento, sendo comparáveis aos de instrumentos internacionais amplamente utilizados, como o SVEST. Esses resultados reforçam a adequação psicométrica da escala desenvolvida para uso em pesquisas, diagnósticos institucionais e práticas clínicas no contexto brasileiro (Vanhaecht et al., 2022; Lima; Matos; Aguiar, 2024; Zhang et al., 2024).

Do ponto de vista organizacional, o instrumento validado pode subsidiar diagnósticos institucionais relacionados à cultura de segurança e ao suporte oferecido aos profissionais. Serviços que monitoram sistematicamente a experiência da segunda vítima apresentam maior capacidade de implementar estratégias eficazes de prevenção de eventos adversos e de promoção

da segurança do paciente, fortalecendo ambientes mais seguros, éticos e humanizados (Tronchin; Maia, 2021; Paula et al., 2022; Quadrado; Tavares et al., 2022; Quadros et al., 2022).

Por fim, os achados deste estudo dialogam diretamente com diretrizes internacionais de segurança do paciente, que enfatizam o cuidado com a saúde emocional dos profissionais como elemento central para a redução de danos evitáveis na assistência à saúde (WHO, 2021; Vanhaecht et al., 2022; Marung, et al 2023; Strametz; Mira; Sousa, 2024).

Como limitações, destaca-se o uso de amostragem por conveniência, o que pode limitar a generalização dos achados. A contribuição do IMESV representa, portanto, um avanço relevante para a pesquisa, a gestão e a prática em saúde no Brasil, alinhando-se às recomendações globais e contribuindo para o fortalecimento de uma cultura de segurança centrada nas pessoas.

CONCLUSÃO

O presente estudo alcançou seu objetivo ao construir e validar o Instrumento para Mensuração da Experiência da Segunda Vítima em Eventos Adversos - IMESVEA, apresentando evidências consistentes de validade de conteúdo, validade de construto e confiabilidade. A estrutura fatorial identificada evidencia a experiência da segunda vítima como um fenômeno multidimensional, que integra sofrimento emocional e psicológico, suporte institucional, cultura organizacional e repercussões profissionais, em consonância com a literatura nacional e internacional.

A disponibilização de um instrumento validado e contextualizado para a realidade hospitalar brasileira representa um avanço para a pesquisa e a prática em segurança do paciente, possibilitando diagnósticos institucionais mais precisos e o monitoramento sistemático da experiência dos profissionais após eventos adversos. Ele poderá subsidiar a formulação e a avaliação de estratégias institucionais de apoio às segundas vítimas, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança, a promoção da saúde mental dos profissionais e a melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- ALEVI, J. O. et al. O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 37, eAPE02721, 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002721>.
- BROWN, T. A. *Confirmatory factor analysis for applied research*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2006.

DE SORDI, L. P. et al. A experiência da segunda vítima: adaptação transcultural de um instrumento para o contexto brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.pt>.

FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, v. 78, n. 5, p. 762–780, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013164417719308>.

FILHO, J.O.C.; MURGO, C.S.; FRANCO, A.F. Autoeficácia na educação médica: uma revisão sistemática da literatura. *EDUR. Educação em Revista*. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-469835900>

KOO, M.; YANG, S.-W. Likert-type scale. *Encyclopedia*, v. 5, n. 1, art. 18, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010018>.

LIMA, A. P. A.; MATOS, M. A. A.; AGUIAR, C. V. N. Translation and validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised into Brazilian Portuguese. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 70, n. 11, e20241154, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241154>.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2019. Relatório técnico.

MARINHO, P. M. L. et al. Construção e validação de instrumento de avaliação do uso de tecnologias leves em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2816, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.1002.2816.

MARUNG, H. et al. Second victims among German emergency medical services physicians (SeViD-III-Study). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, 4267, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054267>.

MATOS, M.M.; SHARP, J.G.; IAOCHITE, R.T. Construção e evidências de validade da Escala de Autoeficácia de Professores Universitários Brasileiros. *Educação: Teoria e Prática/ Rio Claro, SP/* v. 34, n.67/2024. eISSN 1981-8106 e76[2024] <http://dx.doi.org/10.18675/1981-8106.v34.n.67.s18236>

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424–431, 2011.

MENEZES, A.N. et al. A influência da crença de autoeficácia no desempenho dos alunos do ifmg – bambuí. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2020, v. 24 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392020202380>

PAULA, A. G. et al. Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa. *Revista Nursing*, 2022.

PRINSEN, C. A. C. et al. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, v. 30, n. 8, p. 2197–2210, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. O. M. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>.

QUADROS, D. V. et al. Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à enfermagem como segunda vítima. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 30, e3617, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3617>.

QUADROS, D. V. et al. Falls suffered by hospitalized adult patients: support to the nursing team as the second victim. *Aquichan*, v. 22, n. 4, e2246, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.6>.

RODRIGUES, F. M. et al. Segunda vítima: experiência e percepção dos profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Nursing*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i321p10595-10605>.

SILVEIRA, S. E. et al. Impactos de incidentes de segurança do paciente na enfermagem: um olhar para a segunda vítima. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>.

SILVEIRA, S. E. et al. Apoio organizacional para profissionais de enfermagem envolvidos em incidente de segurança do paciente. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 8, p. 1–19, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-008>.

STRAMETZ, R. et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, v. 16, n. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>.

STRAMETZ, R.; MIRA, J. J.; SOUSA, P. The second victim phenomenon: comprehensive support and systemic change in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 36, n. 3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae090>.

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. Segunda vítima: afinal, o que é isso? *Einstein (São Paulo)*, 2020. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5619.

TAVARES, A. P. M. et al. Patient safety incidents and the second victim phenomenon among nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 56, e20220005, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en>.

VANDENBROUCKE JP. et al. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg*. 2014 Dec;12(12):1500-24. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.07.014.

VANHAECHT, K. et al. An evidence and consensus-based definition of second victim. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, 16869, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global patient safety action plan 2021–2030*. Geneva: WHO, 2021.

WU, A. W. et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? *Journal of Patient Safety*, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000256>.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*, v. 11, n. 2, p. 49–54, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>.

ZIVICH, B.S.; ALLIPRANDINI, P.M.Z. Autoeficácia acadêmica e autorregulação da aprendizagem: uma pesquisa bibliográfica. *Educ. Anál.*, Londrina, v.9, n.1, p.318-332, JAN./MAR.2024. DOI:10.5433/1984-7939.2024v9n1p318

ZHANG, C. et al. A qualitative study of head nurses' experience in China. *BMC Nursing*, v. 23, 592, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02255-7>.

4.2 ARTIGO 2

Eventos adversos e a segunda vítima: impactos emocionais e profissionais em uma análise multiprofissional hospitalar

RESUMO

Objetivo: Analisar o impacto emocional e profissional relacionado à experiência da segunda vítima após a ocorrência de eventos adversos em hospitais, bem como os fatores associados a essa vivência. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 428 profissionais de saúde, entre enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos e auxiliares de enfermagem. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, por meio de instrumento estruturado e validado. A análise estatística incluiu estatística descritiva, teste qui-quadrado, medida de efeito pelo V de Cramer e regressão logística multinomial. **Resultados:** Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre categoria profissional e repercussões emocionais e comportamentais ($p < 0,001$). Observou-se associação com dificuldades de recuperação emocional ($p = 0,013$), percepção de superação ($p = 0,035$) e reflexão sobre habilidades profissionais ($p = 0,016$), com modelo global significativo ($p < 0,001$). Identificaram-se fragilidades no suporte emocional institucional. **Conclusão:** Os eventos adversos impactam significativamente a experiência da segunda vítima entre profissionais de saúde hospitalares, associando-se a repercussões emocionais e profissionais relevantes e evidenciando fragilidades no suporte institucional.

Palavras-chave: Segunda Vítima; Segurança do Paciente; Evento Adversos; Profissionais de Saúde; Impacto Emocional; Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de eventos adversos (EA) em serviços de saúde representa um desafio para a qualidade e segurança assistencial, impactando não apenas os pacientes, mas também os profissionais diretamente envolvidos nesses incidentes. Nesse contexto, emerge o fenômeno da segunda vítima, caracterizado pelas repercussões emocionais, psicológicas e profissionais vivenciadas pelos trabalhadores após a participação em situações que resultam em dano ao paciente. Evidências recentes demonstram que esses profissionais frequentemente apresentam sentimentos de culpa, ansiedade, medo e insegurança, capazes de comprometer sua saúde mental e o desempenho laboral, configurando-se como um relevante problema organizacional e de segurança do paciente (Silveira et al., 2023; Alevi et al., 2024; Rodrigues et al., 2025).

Os EA são definidos como incidentes não intencionais ou inesperados que resultam em danos temporários, permanentes ou até mesmo fatais resultando em óbito do paciente, podendo ser classificados como *near miss*, incidentes sem dano e incidentes com dano. Estudos internacionais apontam que tais eventos apresentam natureza multifatorial, frequentemente

associados a sistêmicas, fragilidades nos processos organizacionais e problemas de comunicação entre equipes de saúde (Marung et al., 2023; Strametz; Martins et al., 2025).

Nesse cenário, o paciente diretamente afetado pelo EA é denominado a primeira vítima, entretanto, pesquisas ampliam essa compreensão ao reconhecer que os efeitos dos eventos adversos transcendem o paciente e repercutem em diferentes níveis do sistema de saúde. O profissional envolvido na ocorrência é caracterizado como segunda vítima, podendo vivenciar sofrimento emocional, psicológico e ocupacional significativo. A instituição de saúde pode sofrer impactos organizacionais, financeiros e reputacionais, sendo descrita como terceira vítima, enquanto pacientes subsequentes podem ser indiretamente afetados pelo desempenho de profissionais emocionalmente abalados após a experiência do erro, configurando-se como quartas vítimas. Essas múltiplas repercussões reforçam a necessidade de estratégias institucionais baseadas em liderança ativa, comunicação aberta, cultura justa, reconhecimento positivo, suporte organizacional e aprendizagem sistêmica a partir dos incidentes (Silveira et al., 2023; Strametz; Mira; Sousa, 2024; Martins et al., 2025).

Em relação ao fenômeno da segunda vítima, os profissionais frequentemente apresentam alterações comportamentais e cognitivas que influenciam a tomada de decisão clínica e o retorno às atividades assistenciais, podendo aumentar o risco de novos incidentes na ausência de suporte adequado (Marung et al., 2023; Strametz; Mira et al., 2024; Silveira et al., 2023; Martins et al., 2025).

Nesse contexto, a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura destaca a autoeficácia como elemento central para compreender como os profissionais interpretam, enfrentam e se recuperam dessas experiências, influenciando diretamente o comportamento, a tomada de decisão e a adaptação frente a situações adversas. Achados apontam que níveis mais elevados de autoeficácia estão associados a maior resiliência, melhores estratégias de enfrentamento e menor impacto psicológico, reforçando sua relevância na análise da experiência da segunda vítima (Menezes et al., 2020; Filho; Murgó; Franco, 2022).

Além disso, a autoeficácia relaciona-se a processos de autorregulação e desenvolvimento de competências, influenciando o desempenho profissional e a capacidade de recuperação após eventos críticos. Assim, sua incorporação como referencial teórico contribui para uma compreensão mais ampla dos fatores individuais envolvidos na experiência da segunda vítima e subsidia a construção de instrumentos e intervenções voltadas ao fortalecimento emocional e à melhoria das práticas assistenciais (Matos; Sharp; Iaochite, 2024; Zivich; Alliprandini, 2024).

Evidências recentes indicam que a exposição a EA constitui uma experiência frequente entre profissionais de saúde, com prevalências que variam de 30% a mais de 50% ao longo da

trajetória profissional, especialmente em ambientes hospitalares e serviços de emergência. Entre os profissionais envolvidos, são comuns manifestações de sofrimento emocional, incluindo sentimentos de culpa, medo, ansiedade e insegurança, que podem repercutir negativamente na saúde mental e no desempenho profissional (Marung et al., 2023; Strametz, Mira et al., 2024). Somado a esse cenário, barreiras institucionais, como o receio de julgamentos, a persistência de culturas organizacionais punitivas e a insuficiência de estratégias formais de apoio, podem dificultar o acesso dos profissionais a suporte adequado, contribuindo para potenciais repercussões na segurança do paciente (Silveira et al., 2023; Martins et al., 2025).

Apesar do avanço da literatura na compreensão do fenômeno da segunda vítima, pesquisas têm sido conduzidas em contextos europeus e norte-americanos, com ênfase predominante em categorias profissionais específicas ou em cenários assistenciais delimitados, como serviços de emergência pré-hospitalar (Marung et al., 2023; Mira et al., 2024). Além disso, parcela significativa das investigações concentra-se na estimativa de prevalência e na descrição de sintomas emocionais, com menor aprofundamento nas repercussões profissionais e na análise de fatores institucionais associados à experiência vivenciada. Esse panorama evidencia a limitação de estudos que integrem múltiplas categorias da equipe multiprofissional e diferentes contextos hospitalares, particularmente em países latino-americanos (Alevi et al., 2024; Marung et al., 2023; Mira et al., 2024).

Persistem, portanto, lacunas quanto à análise comparativa entre categorias profissionais e à compreensão das relações entre os EA e os impactos emocionais, repercussões profissionais e variáveis institucionais, como cultura organizacional e o suporte. Nesse sentido, o presente estudo diferencia-se ao examinar, de forma integrada, os impactos emocionais e profissionais da experiência da segunda vítima e os fatores associados a essa vivência em profissionais atuantes em hospitais, contribuindo para a ampliação do conhecimento em contextos assistenciais ainda pouco explorados e oferecendo subsídios empíricos para o desenvolvimento de estratégias institucionais de apoio mais alinhadas às especificidades dos serviços de saúde (Silveira et al., 2023; Marung et al., 2023; Mira et al., 2024).

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o impacto emocional e profissional relacionado à experiência da segunda vítima após a ocorrência de eventos adversos em hospitais e os fatores associados a essa vivência.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido de acordo com as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), a fim de assegurar a qualidade metodológica, a transparência na descrição dos procedimentos e a confiabilidade dos resultados (Vandenbroucke et al., 2014).

Local de Estudo

O estudo foi realizado em um hospital público composto por duas unidades de médio porte e em um hospital filantrópico de grande porte, ambos reconhecidos como referências regionais em assistência e ensino na área da saúde. O hospital público, integralmente vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), possuem entre 137 e 140 leitos e atendem Juiz de Fora e mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira. Dispõem de enfermarias, hospital-dia, ambulatórios especializados e oito salas cirúrgicas, com média mensal de 7.500 atendimentos ambulatoriais e 300 internações, sendo um deles com perfil predominantemente ambulatorial. O hospital filantrópico integra a rede assistencial municipal e macrorregional, realizando atendimentos pelo SUS e por convênio próprio. Conta com 473 a 500 leitos, incluindo cerca de 50 de Unidade de Terapia Intensiva, além de 11 salas cirúrgicas e volume anual superior a 29 mil procedimentos cirúrgicos.

Amostra

O cálculo do tamanho amostral foi realizado previamente com auxílio do *software* G*Power, versão 3.1.9.7, adotando-se tamanho de efeito moderado (Cohen's $w = 0,3$), poder estatístico de 80% ($1-\beta = 0,80$) e nível de significância bilateral de 5% ($\alpha = 0,05$). Com base nesses parâmetros, estimou-se a necessidade mínima de 87 participantes para detectar o efeito proposto com poder adequado. No entanto, a amostra final foi composta por 428 profissionais, uma vez que foram incluídos todos os respondentes elegíveis durante o período de coleta. Essa ampliação amostral contribui para maior precisão das estimativas, redução da variabilidade e maior estabilidade dos modelos analíticos.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde das categorias médica, de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e fisioterapia, atuantes nos hospitais público e

filantrópico do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, que desempenhavam atividades diretamente relacionadas à assistência ao paciente e que possuíam tempo mínimo de seis meses de vínculo empregatício na instituição. Foram excluídos do estudo os profissionais que exerciam exclusivamente atividades administrativas, estudantes e residentes multiprofissionais.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, por meio de estratégias presencial e remota. Na modalidade presencial, os profissionais elegíveis foram abordados diretamente nos setores pela pesquisadora e por dois acadêmicos previamente treinados, após apresentação dos objetivos e procedimentos do estudo. A calibração entre os três avaliadores foi verificada previamente por meio do Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC), adotando-se o modelo *two-way random* com concordância absoluta, obtendo-se valor de 0,91, indicativo de excelente concordância interavaliadores.

A aplicação ocorreu em diferentes turnos (manhã, tarde e noite), a fim de contemplar distintas escalas de trabalho. Os instrumentos eram, em sua maioria, preenchidos no momento da aplicação. Em alguns casos, entretanto, foram entregues para preenchimento posterior, sendo recolhidos no plantão subsequente (até dois dias depois), em razão da elevada demanda de trabalho que impossibilitava o seu preenchimento imediato. Além disso, alguns profissionais optaram por responder em momento oportuno, com maior calma e tranquilidade, o que favoreceu a elaboração de respostas mais refletidas e confiáveis, livres de possíveis pressões do ambiente assistencial. Na modalidade remota, o estudo foi divulgado com apoio dos Núcleos de Segurança do Paciente e das coordenações das divisões médica e de enfermagem das instituições participantes. O instrumento foi disponibilizado em formato eletrônico, por meio de link gerado na plataforma digital *Google Forms*.

Foram utilizados um instrumento desenvolvido pelos pesquisadores. A primeira parte do instrumento, destinado à caracterização dos participantes, é composto por 13 itens e aborda três dimensões: dados sociodemográficos, perfil dos hospitais e frequência de eventos adversos. A segunda parte do instrumento, intitulado Instrumento para Mensuração da Experiência da Segunda Vítima em Eventos Adversos (IMESVEA), é composto por 26 itens organizados em sete dimensões: impacto emocional, impacto psicológico, necessidades de suporte, cultura institucional e ambiente de trabalho, recuperação e reflexão pessoal, impacto profissional e avaliação geral. Esse instrumento visa avaliar as repercussões emocionais, psicológicas e profissio-

nais decorrentes de eventos adversos, bem como identificar as necessidades de suporte e considerar os aspectos institucionais. A fundamentação do IMESVEA está baseada na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, que analisa a interação entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais na determinação das ações humanas.

O IMESVEA apresentou evidências de validade baseadas no conteúdo, com Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) $\geq 0,80$ para todos os itens. A validade baseada na estrutura interna foi verificada por meio de Análise Fatorial Exploratória, precedida pela avaliação da adequação da matriz de correlações, com índice KMO satisfatório e teste de esfericidade de Bartlett significativo, confirmando a organização dimensional do instrumento. A consistência interna demonstrou índices adequados de confiabilidade. As respostas do IMESVEA foram organizadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 = “discordo totalmente” a 5 = “concordo totalmente”.

Foram recebidos 445 instrumentos preenchidos, dos quais 17 foram excluídos por apresentarem respostas incompletas ou por ausência de concordância formal por meio do TCLE. Ressalta-se que, na coleta realizada por meio eletrônico, não houve perdas entre os participantes que concluíram o instrumento, uma vez que a plataforma adotada exigia o preenchimento obrigatório de todos os itens antes do envio

Análise e tratamento dos dados

Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Inicialmente, realizou-se estatística descritiva para caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, bem como do perfil dos hospitais quanto à notificação de eventos adversos e das variáveis do instrumento de avaliação, com apresentação de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis mensuradas em escala do tipo Likert, calcularam-se média (M) e mediana (Md).

Para verificar a associação entre as variáveis do instrumento e a variável resposta (categoria profissional, considerada politômica), aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson. A magnitude do efeito foi avaliada por meio do V de Cramer, considerando-se os seguintes pontos de corte: $>0,1$ (efeito pequeno), $>0,3$ (efeito moderado) e $>0,5$ (efeito alto).

Posteriormente, realizou-se regressão logística multinomial, adotando como variável dependente a afirmação: “Após a ocorrência desse evento adverso, experimentei impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à minha atuação profissional”. Por se tratar de uma escala do tipo Likert, a categoria “Concordo totalmente” foi definida como referência. Dessa

forma, as estimativas do modelo representam a razão de chances (*odds ratio* – OR) de pertencimento a cada uma das demais categorias da variável dependente (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro e concordo parcialmente) em comparação à categoria de referência. Assim, valores de OR superiores a 1 indicam aumento da chance de o participante pertencer à categoria analisada em relação à categoria “Concordo totalmente”, enquanto valores de OR inferiores a 1 indicam redução da chance de pertencimento à categoria analisada, implicando maior probabilidade relativa de estar na categoria “Concordo totalmente”. Portanto, no presente estudo, variáveis com $OR < 1$ foram interpretadas como associadas ao aumento relativo da concordância total, uma vez que reduziram a probabilidade de respostas nas categorias alternativas quando comparadas à categoria de referência. Em todas as análises, adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sendo aprovado sob os pareceres nº: 7717157 e 7863280.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 428 profissionais de saúde atuantes diretamente na assistência ao paciente nas instituições hospitalares investigadas. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo características sociodemográficas e variáveis relacionadas ao contexto de trabalho.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, profissional e institucional dos participantes (n=428). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil 2026.

Variáveis	Frequência	Porcentual
Idade		
Menos de 25 anos	36	8,4
26 a 35 anos	119	27,8
36 a 45 anos	172	40,2
46 a 55 anos	83	19,4
Mais de 55 anos	18	4,2
Sexo		
Feminino	302	70,5
Masculino	126	29,5
Categoria profissional		
Técnico/Auxiliar de enfermagem	193	45

Enfermeiro	106	24,7
Médico	99	23,1
Fisioterapeuta	30	7,2
Tipo de hospital		
Público	250	58,4
Filantropico	179	41,6
Tempo de trabalho no hospital		
Menos de 1 ano	64	14,9
1 a 5 anos	146	34,1
6 a 10 anos	146	34,1
11 a 15 anos	27	6,3
Mais de 15 anos	45	10,5
Setor que atua		
Unidade de Internação	146	34,1
Centro Cirúrgico	62	14,5
Unidade de Terapia Intensiva	55	12,8
Unidade de Pronto Atendimento	20	4,7
Outros*	145	33,9

*Maternidade, Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Nefrologia, Ambulatório, Centro de Diagnostico de Imagem, Hemodiálise, Endoscopia, TMO, Métodos Genéticos, Hospital Dia.

No que se refere às variáveis institucionais relacionadas à segurança do paciente, observou-se elevada percepção positiva quanto à adoção de protocolos frequentemente revisados e atualizados, com 190 (44,4%) dos participantes concordando totalmente e 162 (37,9%) concordando parcialmente com essa afirmação. De forma semelhante, verificou-se reconhecimento expressivo quanto à existência de sistemas de notificação de eventos adversos nas instituições, sendo que 307 (71,7%) dos profissionais relataram concordar totalmente com sua presença. Destaca-se ainda que 198 (46,3%) dos respondentes concordaram totalmente e 137 (32%) concordaram parcialmente que os eventos adversos são devidamente registrados por meio de notificação. Entretanto, apesar da existência desses mecanismos formais, apenas 136 (31,8%) dos participantes concordaram totalmente e 137 (32%) concordaram parcialmente que os meios de notificação são amplamente conhecidos e acessíveis aos profissionais, evidenciando possíveis fragilidades na disseminação e operacionalização desses processos no ambiente de trabalho. Além disso, aproximadamente metade dos respondentes relatou já ter presenciado ou se envolvido diretamente em evento adverso durante sua atuação profissional, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das variáveis institucionais relacionadas à segurança do paciente e notificação de eventos adversos (n=428). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil 2026.

Variáveis	CT	CP	N	DP	DT	M (Md)
O hospital onde trabalho possui uma equipe interdisciplinar estruturada, organizada e atuante	157 (36,7)	166 (39)	44 (10,3)	46 (10,7)	15 (3,5)	3,9 (4,0)
O hospital onde trabalho está equipado com tecnologias de saúde avançadas e atualizadas	97 (22,7)	211 (49,3)	43 (10,0)	57 (13,3)	21 (4,9)	3,7 (4,0)
O hospital onde trabalho adota protocolos de segurança do paciente e qualidade frequentemente revisados e atualizados	190 (44,4)	163 (38,1)	38 (8,8)	31 (7,2)	07 (1,6)	4,1 (4,0)
Eu já presenciei ou fui diretamente envolvido(a) em um evento adverso durante o meu trabalho no hospital	140 (32,7)	79 (18,4)	58 (13,6)	26 (6,1)	125 (29,2)	3,1 (3,0)
O hospital onde trabalho possui um sistema para notificação de eventos adversos	307 (71,7)	70 (16,3)	29 (6,8)	13 (3,0)	09 (2,1)	4,1 (4,0)
No hospital onde trabalho, os eventos adversos são devidamente registrados por meio de notificação	198 (46,3)	137 (32,0)	57 (13,3)	25 (5,8)	11 (2,6)	3,7 (4,0)
No hospital onde trabalho, os meios de notificação de eventos adversos são acessíveis e amplamente conhecidos pelos profissionais	136 (31,8)	137 (32,0)	62 (14,5)	66 (15,4)	27 (6,3)	3,6 (4,0)

CT = Concordo totalmente; CP = Concordo parcialmente; N = Neutro; DP = Discordo parcialmente; DT = Discordo totalmente; M = Média; Md = Mediana.

Dos 428 participantes, 185 (43,2%) relataram já ter vivenciado envolvimento direto em evento adverso relacionado à segurança do paciente. Entre esses profissionais, 107 (25,0%) referiram não terem se sentido acolhidos ou apoiados pela instituição onde trabalham, enquanto 78 (18,2%) afirmaram ter recebido acolhimento e apoio institucional após o ocorrido.

A análise de associação entre categoria profissional e variáveis relacionadas às repercussões emocionais, psicológicas e institucionais após a ocorrência de eventos adversos revelou associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em diferentes dimensões avaliadas. Destacaram-se, com tamanho de efeito moderado, as variáveis relacionadas à presença de episódios de ansiedade, medo ou pânico ($p=0,001$; $V=0,346$), mudanças no comportamento profissional durante a rotina de trabalho ($p=0,001$; $V=0,305$), sentimento de culpa ou vergonha associados ao ocorrido ($p=0,001$; $V=0,316$) e medo de prejuízo à carreira profissional ($p=0,001$; $V=0,314$). Também foi observada associação significativa entre categoria profissional e relato de impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à atuação profissional após o evento adverso ($p=0,001$; $V=0,294$) (Tabela 3).

Na Tabela 3, foram observadas associações estatisticamente significativas em diversos itens relacionados às repercussões emocionais e psicológicas dos eventos adversos, com diferenças concentradas nas categorias de maior concordância, especialmente “concordo totalmente”. Destacaram-se os enfermeiros, que apresentaram médias mais elevadas, indicando

maior reconhecimento dos impactos emocionais. Em contrapartida, médicos e técnicos de enfermagem apresentaram, em alguns itens, menores médias e maior distribuição em categorias intermediárias, como “concordo parcialmente” e “neutro”, sugerindo menor intensidade na percepção desses impactos ou maior variabilidade nas respostas. A categoria “neutro” pode refletir não apenas ausência de posicionamento, mas também ambivalência emocional, insegurança ou influência de fatores organizacionais, como medo de julgamento, cultura punitiva ou insuficiência de suporte institucional.

Tabela 3. Associação entre categoria profissional e variáveis relacionadas às repercussões emocionais, psicológicas e institucionais após evento adverso (n=428). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil 2026.

Variável	Total (n/percentagem)					M (Md)	Categoria profissional				p- Valor*	V de Cramer
	CT	CP	N	DP	DT		Enf.	Médico	Fisioterap.	Téc. Enf.		
Fator 1: Suporte institucional e cultura organizacional												
Após o evento adverso, senti que a equipe de saúde se comunicou de forma clara e acolhedora em relação às minhas emoções e à repercussão do ocorrido	66 (15,4)	113 (26,4)	131 (30,6)	64 (15,0)	54 (12,6)	3,2 (3,0)	3,3 (4,0)	2,9 (3,0)	3,3 (3,0)	3,1 (3,0)	0,048	0,223
Após o evento adverso, percebi que a liderança do hospital demonstrou interesse pelo meu bem-estar emocional."	35 (8,2)	93 (21,7)	130 (30,4)	75 (17,5)	95 (22,2)	2,7 (3,0)	2,7 (3,0)	2,5 (3,0)	2,8 (3,0)	2,9 (3,0)	0,038	0,227
O hospital onde trabalho oferece suporte emocional e programas de apoio psicológico (como terapia ou grupos de apoio) adequado para os profissionais envolvidos em eventos adversos	43 (10,0)	73 (17,1)	108 (25,2)	80 (18,7)	124 (29,0)	2,6 (3,0)	2,9 (3,0)	2,4 (2,0)	2,3 (2,0)	2,5 (3,0)	0,040	0,226
Tenho facilidade em procurar suporte psicológico ou emocional dentro do ambiente de trabalho, caso precise	65 (15,2)	85 (19,9)	83 (19,4)	85 (19,9)	110 (25,7)	2,8 (3,0)	2,9 (3,0)	2,5 (2,0)	3,1 (3,0)	2,8 (3,0)	0,075	0,214
A cultura organizacional do hospital onde trabalho, entendida como o conjunto de valores, atitudes e práticas institucionais — preocupa-se com a saúde mental dos profissionais após a ocorrência de eventos adversos	38 (8,9)	102 (23,8)	114 (26,6)	82 (19,2)	92 (21,5)	2,8 (3,0)	2,8 (3,0)	2,8 (3,0)	2,7 (3,0)	2,8 (3,0)	0,074	0,214

A liderança do hospital adota medidas tanto para prevenir eventos adversos quanto para apoiar os profissionais afetados por essas situações	58 (13,6)	136 (31,8)	102 (23,8)	72 (16,8)	60 (14,0)	3,1 (3,0)	3,1 (3,0)	3,1 (3,0)	3,0 (3,0)	3,2 (3,0)	0,260	0,185
---	--------------	---------------	---------------	--------------	--------------	--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------	-------

No hospital onde trabalho, percebo que há mais foco nos resultados clínicos do que no bem-estar emocional dos profissionais de saúde	177 (41,4)	140 (32,7)	78 (18,2)	16 (3,7)	17 (4,0)	4 (4,0)	4,1 (4,0)	3,9 (4,0)	3,8 (4,0)	4,1 (4,0)	0,398	0,172
--	---------------	---------------	--------------	-------------	-------------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------	-------

Fator 2: Repercussões Profissionais e Interpessoais

Após o evento adverso, senti que meus colegas de trabalho foram solidários e me apoiaram emocionalmente para lidar com a situação	96 (22,4)	157 (36,7)	94 (22,0)	46 (10,7)	35 (8,2)	3,5 (4,0)	3,4 (4,0)	3,5 (4,0)	3,5 (4,0)	3,6 (4,0)	0,559	0,158
---	--------------	---------------	--------------	--------------	-------------	--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------	-------

O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente	232 (54,2)	130 (30,4)	51 (11,9)	8 (1,9)	7 (1,6)	4,3 (5,0)	4,4 (5,0)	4,5 (5,0)	4,4 (4,5)	4,2 (4,0)	0,066	0,217
--	---------------	---------------	--------------	---------	---------	--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------	-------

Senti que minha experiência após o evento adverso não foi suficientemente reconhecida ou valorizada pela equipe de trabalho ou pela liderança	54 (12,6)	133 (31,1)	172 (40,2)	33 (7,7)	36 (8,4)	3,3 (3,0)	3,5 (4,0)	3,2 (3,0)	3,2 (3,0)	3,2 (3,0)	0,195	0,193
---	--------------	---------------	---------------	-------------	-------------	--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------	-------

Fator 3: Impacto Emocional e Psicológico

Após a ocorrência desse evento adverso, experimentei impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à minha atuação profissional	257 (60,1)	97 (22,7)	41 (9,6)	15 (3,5)	18 (4,2)	4,3 (5,0)	4,7 (5,0)	4,2 (5,0)	4,3 (5,0)	4,0 (5,0)	0,001	0,294
--	---------------	--------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------	-------

Após a ocorrência deste evento adverso, passei a apresentar episódios de ansiedade, medo ou pânico relacionados às minhas atividades profissionais	141 (32,9)	132 (30,8)	70 (16,4)	35 (8,2)	50 (11,7)	3,6 (4,0)	4,1 (5,0)	3,2 (3,0)	3,6 (4,0)	3,6 (4,0)	0,001	0,346
Após a ocorrência deste evento adverso, percebi mudanças no meu comportamento profissional durante a rotina de trabalho	173 (40,4)	143 (33,4)	52 (12,1)	21 (4,9)	39 (9,1)	3,9 (4,0)	4,3 (5,0)	3,7 (4,0)	4,0 (4,0)	3,8 (4,0)	0,001	0,305
Após a ocorrência deste evento adverso, passei a ter mais dificuldade para lidar com minhas emoções no ambiente de trabalho, sentindo-me com mais frequência triste, frustrado ou angustiado	112 (26,2)	126 (29,4)	71 (16,6)	49 (11,4)	70 (16,4)	3,3 (4,0)	3,7 (4,0)	2,9 (3,0)	3,6 (4,0)	3,3 (4,0)	0,001	0,283
Após o evento adverso, eu experimentei sentimento de culpa ou vergonha relacionados ao ocorrido	158 (36,9)	139 (32,5)	56 (13,1)	27 (6,3)	48 (11,2)	3,7 (4,0)	4,0 (5,0)	3,5 (4,0)	4,0 (4,0)	3,7 (4,0)	0,001	0,316
Após a ocorrência do evento adverso, senti medo de que minha carreira fosse prejudicada	199 (46,5)	111 (25,9)	47 (11,0)	26 (6,1)	45 (10,5)	3,9 (4,0)	4,1 (5,0)	3,4 (4,0)	3,9 (4,0)	4,0 (5,0)	0,001	0,314
Após o evento adverso, tive dificuldade em procurar apoio emocional por medo de julgamento ou estigmatização	102 (23,8)	110 (25,7)	62 (14,5)	55 (12,9)	99 (23,1)	3,1 (3,0)	3,3 (4,0)	2,7 (3,0)	2,9 (3,0)	3,3 (4,0)	0,009	0,249
Desde a ocorrência do evento adverso, percebo que o impacto psicológico da situação tem interferido na minha qualidade de vida fora do ambiente de trabalho	101 (23,6)	144 (33,6)	73 (17,1)	34 (7,9)	76 (17,8)	3,4 (4,0)	3,7 (4,0)	3,1 (4,0)	3,5 (4,0)	3,2 (4,0)	0,003	0,262

Após o evento adverso, senti que minha confiança e autoestima em relação às minhas habilidades profissionais foram afetadas	111 (25,9)	145 (33,9)	67 (15,7)	44 (10,3)	61 (14,3)	3,4 (4,0)	3,8 (4,0)	3,2 (4,0)	3,3 (4,0)	3,4 (4,0)	0,035	0,228
O hospital onde trabalho deveria oferecer treinamentos sobre como lidar com os aspectos emocionais e psicológicos decorrentes de eventos adversos	276 (64,5)	86 (20,1)	45 (10,5)	8 (1,9)	13 (3,0)	4,4 (5,0)	4,6 (5,0)	4,3 (5,0)	4,4 (5,0)	4,3 (5,0)	0,110	0,206
Eu acredito que a exposição a eventos adversos pode afetar a saúde mental a longo prazo	277 (64,7)	100 (23,4)	39 (9,1)	10 (2,3)	2 (0,5)	4,5 (5,0)	4,7 (5,0)	4,6 (5,0)	4,5 (5,0)	4,3 (5,0)	0,180	0,195
Senti que os colegas de trabalho e a liderança me culpavam pela ocorrência do evento	40 (9,3)	107 (25,0)	145 (33,9)	71 (16,6)	65 (15,2)	2,9 (3,0)	3,1 (3,0)	2,6 (3,0)	2,5 (3,0)	3,1 (3,0)	0,032	0,23
Sinto que consegui superar os efeitos emocionais causados pelo evento adverso	65 (15,2)	174 (40,7)	121 (28,3)	47 (11,0)	21 (4,9)	3,5 (4,0)	3,5 (4,0)	3,6 (4,0)	3,3 (3,0)	3,4 (4,0)	0,461	0,166
Após o evento adverso, minha relação com os colegas de trabalho piorou	19 (4,4)	71 (16,6)	153 (35,7)	75 (17,5)	110 (25,7)	2,6 (3,0)	2,7 (3,0)	2,3 (2,0)	2,6 (3,0)	2,5 (3,0)	0,563	0,157
Eu tive dificuldades em retomar meu trabalho da mesma forma que antes do evento adverso	70 (16,4)	135 (31,5)	94 (22,0)	50 (11,7)	79 (18,5)	3,1 93,0)	3,4 (4,0)	2,9 (3,0)	3,3 (4,0)	3,1 (3,0)	0,033	0,229

*Teste Qui-quadrado; CT = Concordo totalmente; CP = Concordo parcialmente; N = Neutro; DP = Discordo parcialmente; DT = Discordo totalmente; M = Média; Md = Mediana; Enf. = Enfermeiro; Fisioterap. = Fisioterapeuta; Téc. Enf. = Técnico de Enfermagem.

A regressão logística multinomial, tendo como variável dependente a percepção de impacto emocional e/ou psicológico após evento adverso e como categoria de referência “concordo totalmente”, evidenciou que variáveis relacionadas a manifestações emocionais e aspectos do contexto de trabalho estiveram associadas à maior probabilidade de concordância total com o impacto emocional.

Observou-se que a presença de ansiedade, medo ou pânico, bem como sentimentos de culpa ou vergonha, o impacto na confiança e autoestima profissional, a percepção de maior foco institucional em resultados clínicos, a falta de reconhecimento institucional e a piora na relação com colegas também se associaram à maior probabilidade de concordância total em comparação às categorias de discordância total. Adicionalmente, experiência prévia com evento adverso e reflexão sobre as habilidades profissionais mostraram-se associadas à maior probabilidade de concordância total em comparação à discordância parcial. Na comparação com a categoria neutra, maior probabilidade de concordância total associou-se à idade, ao sexo, ao menor tempo de atuação no hospital e à reflexão profissional. Por outro lado, variáveis como dificuldade em buscar apoio emocional por medo de julgamento, percepção de culpa atribuída pela equipe ou liderança, apoio de colegas, categoria profissional e percepção de superação emocional associaram-se a menor probabilidade de concordância total, conforme as diferentes categorias comparadas (Tabela 4).

Tabela 4. Análise por regressão logística multinomial das variáveis associadas aos impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à atuação profissional após evento adverso (categoria de referência: “Concordo totalmente”) (n=428). Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil 2026.

Categoria comparada	Variáveis	OR	IC 95%	P-Valor*
Discordo totalmente	- Setor que atua	2,46	1,05 – 5,76	0,039
	- Após a ocorrência deste evento adverso, passei a apresentar episódios de ansiedade, medo ou pânico relacionados às minhas atividades profissionais	0,12	0,03 – 0,54	0,006
	- Após o evento adverso, eu experimentei sentimentos de culpa ou vergonha relacionados ao ocorrido	0,06	0,01 – 0,45	0,007
	- Após o evento adverso, tive dificuldade em procurar apoio emocional por medo de julgamento ou estigmatização	7,33	1,26 – 42,82	0,027
	- No hospital onde trabalho, percebo que há mais foco nos resultados clínicos do que no bem-estar emocional dos profissionais de saúde	0,16	0,04 – 0,62	0,008

Discordo parcialmente	- Senti que minha experiência após o evento adverso não foi suficientemente reconhecida ou valorizada pela equipe de trabalho ou pela liderança	0,11	0,02 – 0,47	0,003
	- Após o evento adverso, minha relação com os colegas de trabalho piorou	0,26	0,08 – 0,88	0,03
	- Eu já presenciei ou fui diretamente envolvido(a) em um evento adverso durante o meu trabalho no hospital	0,31	0,13 – 0,76	0,01
	- Após a ocorrência deste evento adverso, passei a apresentar episódios de ansiedade, medo ou pânico relacionados às minhas atividades profissionais	0,08	0,02 – 0,36	0,001
	- Após o evento adverso, tive dificuldade em procurar apoio emocional por medo de julgamento ou estigmatização	5,09	1,26 – 20,51	0,022
	- Após o evento adverso, senti que minha confiança e autoestima em relação às minhas habilidades profissionais foram afetadas	0,09	0,02 – 0,48	0,005
	- Após o evento adverso, senti que meus colegas de trabalho foram solidários e me apoiaram emocionalmente para lidar com a situação	4,54	1,25 – 16,49	0,021
	- No hospital onde trabalho, percebo que há mais foco nos resultados clínicos do que no bem-estar emocional dos profissionais de saúde	0,12	0,03 – 0,49	0,003
	- Senti que os colegas de trabalho e a liderança me culpavam pela ocorrência do evento	6,57	1,72 – 25,09	0,006
	- O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente	0,27	0,08 – 0,98	0,046
	- Senti que minha experiência após o evento adverso não foi suficientemente reconhecida ou valorizada pela equipe de trabalho ou pela liderança	0,19	0,05 – 0,79	0,022
Neutro	- Idade	0,31	0,15 – 0,68	0,003
	- Sexo	0,33	0,13 – 0,85	0,022
	- Categoria profissional	1,78	1,12 – 2,81	0,014
	- Tempo de trabalho no hospital	2,1	1,18 – 3,73	0,012
	- No hospital onde trabalho, percebo que há mais foco nos resultados clínicos do que no bem-estar emocional dos profissionais de saúde	0,59	0,36 – 0,98	0,039
	- O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente	0,36	0,19 – 0,70	0,002
Concordo parcialmente	- Categoria profissional	1,35	1,05 – 1,72	0,018
	- Após a ocorrência deste evento adverso, passei a apresentar episódios de ansiedade, medo ou pânico relacionados às minhas atividades profissionais	0,67	0,46 – 0,99	0,047
	- Após o evento adverso, eu experimentei sentimentos de culpa ou vergonha relacionados ao ocorrido	0,64	0,45 – 0,91	0,013

- Sinto que consegui superar os efeitos emocionais causados pelo evento adverso	1,51	1,03 – 2,23	0,035
- O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente	0,6	0,39 – 0,92	0,02
- O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente	1,52	1,08 – 2,14	0,016

*Regressão logística multinomial; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confiança de 95%.

O modelo final apresentou ajuste estatisticamente significativo em comparação ao modelo apenas com intercepto ($\chi^2(152) = 369,30$; $p < 0,001$), indicando que o conjunto de variáveis independentes contribuiu de forma significativa para a explicação da variável dependente. Os valores de pseudo R^2 indicaram bom poder explicativo do modelo (Nagelkerke = 0,646; McFadden = 0,384).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que o fenômeno da segunda vítima permanece fortemente presente no contexto hospitalar, demonstrando que os eventos adversos ultrapassam a dimensão técnico-assistencial e repercutem diretamente sobre a saúde mental dos profissionais envolvidos. A elevada frequência de profissionais que relataram impactos emocionais após eventos adversos reforça que o sofrimento psicológico decorrente dessas experiências constitui um problema persistente nos serviços de saúde, em consonância com achados nacionais e internacionais (Marung et al., 2023; Alevi et al., 2024; Mahat et al., 2024; Rodrigues et al., 2025).

Os achados também sugerem que a vulnerabilidade emocional associada aos eventos adversos não se restringe a profissionais em início de carreira. Embora a literatura frequentemente descreva maior insegurança entre trabalhadores recém-formados, especialmente enfermeiros, os resultados deste estudo indicam que profissionais com maior tempo de atuação igualmente permanecem suscetíveis aos impactos emocionais relacionados aos eventos adversos (Quadros et al., 2022; Silveira et al., 2023; Alevi et al., 2024). Esse resultado pode indicar que a experiência profissional, isoladamente, não constitui fator protetor suficiente diante de situações potencialmente traumáticas, sobretudo em ambientes organizacionais marcados por elevada pressão assistencial e responsabilização profissional.

A associação entre impactos emocionais, ansiedade, medo, pânico e sentimentos de culpa evidencia que os eventos adversos podem produzir importante desgaste psicológico, repercutindo na forma como os profissionais percebem sua competência e segurança no exercício do trabalho. Nesse contexto, a autorresponsabilização observada em profissionais

envolvidos em eventos adversos parece estar relacionada à cultura historicamente punitiva presente nos serviços de saúde, na qual o erro ainda é frequentemente interpretado como falha individual, e não como resultado de fragilidades sistêmicas (Quadros et al., 2022; Silveira et al., 2023; Alevi et al., 2024; Brunelli et al., 2026).

Além disso, os sentimentos de culpa e vergonha identificados podem favorecer processos de sofrimento prolongado, principalmente quando associados à ausência de suporte emocional e institucional adequado. Estudos prévios demonstram que profissionais expostos a eventos adversos frequentemente apresentam manifestações emocionais persistentes, incluindo tristeza, angústia, ansiedade e estresse, capazes de comprometer o bem-estar psicológico e a qualidade de vida (Brunelli et al., 2026). Dessa forma, o sofrimento emocional relacionado ao fenômeno da segunda vítima não deve ser compreendido apenas como reação individual, mas como resultado da interação entre fatores pessoais, comportamentais e do contexto de trabalho.

A autopercepção do profissional e sua capacidade de autocuidado são fortemente influenciadas pela cultura organizacional, pelas relações interpessoais estabelecidas na equipe, pelas condições institucionais de apoio e pela forma como os eventos adversos são gerenciados. Assim, a experiência da segunda vítima é moldada por múltiplas dimensões, evidenciando que a promoção da saúde mental dos trabalhadores depende tanto de estratégias individuais quanto de intervenções organizacionais voltadas ao fortalecimento de uma cultura de segurança, apoio e aprendizado (Vanhaecht et al., 2022; Alevi et al., 2024; Rodrigues et al., 2025).

As repercussões observadas sobre a trajetória profissional também merecem destaque, especialmente no que se refere ao medo de prejuízos à carreira e à redução da autoconfiança profissional. Esses achados sugerem que os eventos adversos podem produzir impactos que ultrapassam o momento do incidente, influenciando a forma como os profissionais passam a exercer suas atividades e se relacionar com o ambiente de trabalho. Em contextos nos quais prevalecem culturas institucionais punitivas, o medo de julgamento e responsabilização tende a intensificar o sofrimento emocional e dificultar estratégias de enfrentamento mais saudáveis (Alevi et al., 2024; Zhang et al., 2024; Martins et al., 2025).

Em relação à dimensão pessoal, os achados evidenciam que o fenômeno da segunda vítima extrapola o ambiente laboral e repercute negativamente na vida cotidiana dos profissionais. A interferência na qualidade de vida fora do trabalho observada neste estudo reforça que o sofrimento emocional decorrente dos EA não se limita ao contexto assistencial, alcançando aspectos psicossociais e relacionais. Estudos nacionais e internacionais apontam que profissionais expostos a EA frequentemente apresentam alterações emocionais persistentes, comprometimento do sono, dificuldade de concentração e desgaste mental, fatores que podem

favorecer novos erros e agravar o sofrimento psíquico (Quadros et al., 2022; Silveira et al., 2024; Brunelli et al., 2026). Assim, a experiência da SV deve ser compreendida como um fenômeno complexo, de repercussão multifatorial e potencialmente prolongada.

Os resultados também evidenciam a influência do contexto organizacional na intensificação do sofrimento emocional. A associação entre percepção de maior foco institucional nos resultados clínicos, ausência de reconhecimento profissional e piora das relações interpessoais demonstra que ambientes organizacionais pouco acolhedores tendem a ampliar os impactos emocionais decorrentes dos EA. Esse cenário sugere que a experiência da SV não decorre exclusivamente do evento em si, mas também da maneira como a instituição responde ao profissional envolvido. Estudos prévios destacam que culturas organizacionais punitivas, marcadas por fragilidade comunicacional e baixa valorização do trabalhador, dificultam os processos de recuperação emocional e aprendizado institucional (Strametz et al., 2021; Mahat et al., 2024; Martins et al., 2025; Silva et al., 2025).

Nesse contexto, o suporte institucional mostrou-se insuficiente e fragmentado. Embora os profissionais tenham reconhecido maior frequência de apoio informal entre colegas, a baixa percepção de suporte psicológico estruturado revela fragilidades institucionais importantes. A literatura demonstra que o acolhimento entre pares constitui importante estratégia inicial de enfrentamento, especialmente pela identificação compartilhada da experiência vivenciada. Contudo, quando esse suporte ocorre de forma isolada, sem políticas institucionais consistentes, sua efetividade tende a ser limitada e temporária (Silveira et al., 2024; Strametz; Mira; Sousa, 2024; Vanhaecht et al., 2022; Ong et al., 2025).

A dificuldade em buscar ajuda emocional, associada ao receio de julgamento e à percepção de culpabilização pela equipe ou liderança, evidencia a permanência de barreiras culturais importantes no contexto brasileiro. A persistência de práticas associadas à punição e ao estigma pode contribuir tanto para o silenciamento dos profissionais quanto para a subnotificação dos EA, comprometendo a cultura de segurança e os processos de aprendizagem organizacional. Estudos nacionais e internacionais indicam que ambientes que promovem suporte entre pares, acolhimento institucional e comunicação não punitiva favorecem redução do isolamento emocional, menor sensação de julgamento e maior engajamento profissional (Almeida; Moura, 2022; Caputo et al., 2024; Mahat et al., 2024; Ong et al., 2025).

Apesar dos benefícios observados em programas de apoio entre pares, evidências recentes demonstram que profissionais expostos ao fenômeno da SV continuam apresentando maior intenção de rotatividade, absenteísmo e desgaste ocupacional, mesmo após intervenções institucionais (Mahat et al., 2024; Ong et al., 2025). Neste caso, infere-se que impactos

emocionais dos EA podem permanecer a longo prazo, afetando não apenas o bem-estar psicológico, mas também a permanência do profissional nos serviços de saúde. Assim, estratégias pontuais de acolhimento podem não ser suficientes quando desvinculadas de mudanças organizacionais mais amplas relacionadas à cultura institucional, condições de trabalho e valorização profissional (Ong et al., 2025).

Embora os profissionais tenham reconhecido o potencial reflexivo dos EA sobre suas práticas assistenciais, a percepção limitada de reconhecimento institucional indica fragilidades na transformação dessa experiência em aprendizado organizacional efetivo. A literatura aponta que instituições que promovem ambientes psicologicamente seguros favorecem não apenas a recuperação emocional dos profissionais, mas também o desenvolvimento de culturas organizacionais orientadas ao aprendizado e à prevenção de novos incidentes (Alevi et al., 2024; Strametz; Mira; Sousa, 2024; Rodrigues et al., 2025). Nessa perspectiva, o aprendizado decorrente do EA depende não somente da reflexão individual, mas da capacidade institucional de acolher, analisar e transformar criticamente essas experiências.

Diante desse cenário, os achados reforçam a necessidade de implementação de estratégias organizacionais permanentes voltadas ao apoio às SV. A literatura destaca que programas estruturados de acolhimento psicológico, suporte jurídico, gerenciamento de incidentes e capacitação de lideranças contribuem para redução do sofrimento emocional e fortalecimento da cultura de segurança do paciente (Marung et al., 2023; Zhang et al., 2024; Mahat et al., 2025). Além disso, os resultados sugerem que a percepção de capacidade para lidar com situações críticas encontra-se diretamente relacionada à experiência emocional decorrente dos EA. Nesse sentido, a teoria da autoeficácia contribui para compreender como o suporte institucional, o reconhecimento profissional e as oportunidades de aprendizado podem favorecer processos de enfrentamento mais adaptativos e maior resiliência ocupacional (Filho; Murgo; Franco, 2022; Matos; Sharp; Iaochite, 2024).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal impossibilita o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis investigadas, além de limitar a análise da evolução temporal do sofrimento emocional decorrente dos eventos adversos. Dessa forma, não foi possível identificar a duração, persistência ou progressão dos impactos emocionais ao longo do tempo. A sensibilidade do tema também pode ter influenciado a participação dos respondentes, favorecendo possível viés de seleção. Apesar dessas limitações, o estudo contribui para ampliar a compreensão sobre o fenômeno da segunda vítima no contexto hospitalar brasileiro, especialmente ao evidenciar repercussões emocionais, profissionais e organizacionais

relacionadas aos eventos adversos. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais e com abordagens multimétodos, a fim de aprofundar a compreensão dos mecanismos envolvidos na experiência da segunda vítima e das estratégias institucionais de enfrentamento.

O estudo apresenta contribuições relevantes ao demonstrar a magnitude do fenômeno da segunda vítima e sua associação consistente com impactos emocionais significativos, em consonância com a literatura nacional e internacional. A identificação de variáveis preditoras, como ansiedade, culpa, percepção de desvalorização e dificuldade em buscar apoio, oferece subsídios importantes para o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas e efetivas. Nesse sentido, os achados reforçam a necessidade de implementação de programas institucionais estruturados de suporte, que contemplem acolhimento emocional imediato e acompanhamento contínuo, bem como a promoção de uma cultura organizacional não punitiva e centrada no aprendizado. Ademais, ao demonstrar que o sofrimento emocional impacta não apenas o bem-estar do profissional, mas também a qualidade da assistência, o estudo contribui para a integração entre estratégias de apoio à SV e políticas de segurança do paciente, além de destacar a importância da formação em saúde voltada ao desenvolvimento de competências socioemocionais, como a autoeficácia e a resiliência profissional.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram elevada magnitude do fenômeno da segunda vítima entre profissionais de saúde hospitalares, com repercussões emocionais, profissionais e organizacionais significativas após a ocorrência de eventos adversos. Ansiedade, medo, culpa, redução da autoconfiança e dificuldade em buscar apoio emocional associaram-se ao maior impacto psicológico, enquanto fragilidades no suporte institucional e na cultura organizacional mostraram-se fatores potencializadores do sofrimento emocional. O estudo reforça a necessidade de estratégias institucionais estruturadas voltadas ao acolhimento psicológico, ao fortalecimento da cultura de segurança e à promoção de ambientes não punitivos, capazes de favorecer a recuperação emocional dos profissionais e contribuir para a qualificação da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALEVI, J. O. et al. O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 37, eAPE02721, 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002721>.
- ALMEIDA, P.P. MOURA, G.G. As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais. *Vigil Sanit Debate*, Rio de Janeiro, 10(3):3-12, agosto 2022. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01976>
- BROWN, T. A. *Confirmatory factor analysis for applied research*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2006.
- BRUNELLI, M.V. et al. The second victim phenomenon in Latin America: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2026;34:e4828 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7978.4828>
- CAPUTO, A.L. et al. Second victim in intensive care unit: cross-sectional study, 2025. DOI:10.59843/2618-3692.v27.n46.50342
- DE SORDI, L. P. *et al.* Experiência da segunda vítima: adaptação transcultural de um instrumento para o contexto brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 43, e 20210010, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.pt>
- FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, v. 78, n. 5, p. 762–780, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013164417719308>.
- FILHO, J.O.C.; MURGO, C.S.; FRANCO, A.F. Autoeficácia na educação médica: uma revisão sistemática da literatura. *EDUR. Educação em Revista*. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-469835900>
- KOO, M.; YANG, S.-W. Likert-type scale. *Encyclopedia*, v. 5, n. 1, art. 18, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010018>
- LIMA, A. P. A.; MATOS, M. A. A.; AGUIAR, C. V. N. Translation and validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised into Brazilian Portuguese. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 70, n. 11, e20241154, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241154>
- LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2019. Relatório técnico.
- MARTINS, R.F. et al. Ações de apoio a enfermagem envolvida como segunda vítima de erros e eventos adversos: revisão integrativa. *Revista Varia Scientia - Ciência da saúde* v9n2 2023.
- MARTINS, M. S. et al. 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>

MARUNG, H. et al. Second victims among German emergency medical services physicians (SeViD-III-Study). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, 4267, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054267>.

MATOS, M.M.; SHARP, J.G.; IAOCHITE, R.T. Construção e evidências de validade da Escala de Autoeficácia de Professores Universitários Brasileiros. *Educação: Teoria e Prática*/ Rio Claro, SP/ v. 34, n.67/2024. eISSN 1981-8106 e76[2024] <http://dx.doi.org/10.18675/1981-8106.v34.n.67.s18236>

MAHAT, S et al. Impact of second victim distress on healthcare professionals'intent to leave, absenteeism and resilience: A mediation model of organizational support:: EMPIRICAL RESEARCH QUANTITATIVE *Journal of Advanced Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd J Adv Nurs. 2024;81:5376–5388 DOI: 10.1111/jan.16291 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.16291>.

MENEZES, A.N. et al. A influência da crença de autoeficácia no desempenho dos alunos do ifmg – bambuí. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2020, v. 24 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392020202380>

MIRA, J. *et al.* The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) Policy Statement on the Second Victim Phenomenon for Increasing Patient Safety. *Public Health Reviews*, v. 45, p. 1607175, 2024. DOI: 10.3389/phrs.2024.1607175.

OLIVEIRA MLC, et al. Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde. *Rev Educ Saúde*. 2020 Jul;8(1):190–8. doi: <http://doi.org/10.29237/2358-9868.2020v8i1.p190-1986>.

ONG, T.S.K. et al. Keywords: second victim syndrome, SVS, medical errors, healthcare, healthcare professionals *Journal of Healthcare Leadership* 2025:17 225–239 <https://www.dovepress.com/terms.php>

PAULA, A. G. et al. Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa. *Revista Nursing*, 2022.

PRINSEN, C. A. C. et al. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, v. 30, n. 8, p. 2197–2210, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. O. M. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 55, e03669, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>

QUADROS, D. V. *et al.* Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à enfermagem como segunda vítima. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 30, e3617, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3617>

QUADROS, D. V. *et al.* Falls suffered by hospitalized adult patients: support to the nursing team as the second victim. *Aquichan*, v. 22, n. 4, e2246, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.6>

RODRIGUES, F. M. *et al.* Segunda vítima: experiência e percepção dos profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Nursing*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i321p10595-10605>.

SILVA, Q.G.C; SANANA, S.S; CASTRO, A.A.D.S; Eventos adversos aos profissionais de saúde: as consequências de ser a segunda vítima. *Revista REMI V.2* 2026. DOI: 10.61164/q90xmh98

SILVEIRA, S. E. *et al.* Impactos de incidentes de segurança do paciente na enfermagem: um olhar para a segunda vítima. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>.

SILVEIRA, S. E. *et al.* Apoio organizacional para profissionais de enfermagem envolvidos em incidente de segurança do paciente. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 8, p. 1–19, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-008>.

STRAMETZ, R. *et al.* Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, v. 16, n. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>.

STRAMETZ, R.; MIRA, J. J.; SOUSA, P. The second victim phenomenon: comprehensive support and systemic change in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 36, n. 3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae090>.

VANHAECHT, K. *et al.* An evidence and consensus-based definition of second victim. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, 16869, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>.

ZIVICH, B.S.; ALLIPRANDINI, P.M.Z. Autoeficácia acadêmica e autorregulação da aprendizagem: uma pesquisa bibliográfica. *Educ. Anál.*, Londrina, v.9, n.1, p.318-332, JAN./MAR.2024. DOI: [10.5433/1984-7939.2024v9n1p318](https://doi.org/10.5433/1984-7939.2024v9n1p318)

ZHANG, C. *et al.* A qualitative study of head nurses' experience in China. *BMC Nursing*, v. 23, 592, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02255-7>.

5 CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação percorreu dois eixos complementares e indissociáveis: o desenvolvimento de um instrumento psicometricamente robusto e a análise do impacto humano decorrente da vivência de eventos adversos pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, a construção e validação do IMESVEA representam uma contribuição relevante para o cenário nacional, ao disponibilizar um instrumento com evidências satisfatórias de validade e consistência interna, capaz de mensurar de forma abrangente as dimensões emocionais, profissionais e organizacionais relacionadas à experiência da segunda vítima. Os fatores identificados reforçam a pertinência teórica e empírica da estrutura do instrumento, demonstrando sua aplicabilidade tanto para a produção de conhecimento científico quanto para a avaliação de contextos institucionais e ocupacionais. Além disso, o IMESVEA possibilita a identificação de fragilidades, necessidades de suporte e repercussões associadas aos eventos adversos, favorecendo o planejamento de estratégias fundamentadas em evidências voltadas à promoção da saúde mental, da cultura de segurança e da qualidade assistencial.

A aplicação prática do IMESVEA revelou que o fenômeno da segunda vítima não é um evento isolado, mas uma realidade persistente e silenciosa entre os profissionais de saúde. Os dados mostram que a ansiedade, a culpa e o medo não apenas acompanham o erro, mas transbordam para a vida pessoal, afetando a qualidade de vida e a identidade profissional. Ficou evidente que o sofrimento é agravado por um contexto organizacional muitas vezes rígido, onde o receio do julgamento e a falta de suporte institucional estruturado deixam o trabalhador vulnerável. Embora o apoio entre colegas seja um refúgio comum, ele se mostrou insuficiente para lidar com a complexidade do trauma emocional, evidenciando a urgência de respostas institucionais mais robustas.

Um dos achados mais reveladores foi a transversalidade desse sofrimento: ele não escolhe tempo de casa. Enquanto o recém-formado lida com a insegurança da adaptação, o veterano carrega o peso de uma responsabilidade acumulada. Sob a ótica da Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura, construída por quatro fontes: experiências de domínio, vivências vicárias, persuasão social e estados emocionais, compreende-se que o evento adverso compromete diretamente a confiança do profissional em sua própria competência. Quando a instituição falha em oferecer um ambiente seguro e não punitivo, ela permite que essa percepção de capacidade se deteriore, o que compromete não apenas a saúde mental do trabalhador, mas a própria segurança do paciente e a qualidade da assistência futura.

Cientificamente, este trabalho entrega um ciclo completo: oferece o método (o instrumento validado) e a prova de sua necessidade (a análise empírica). Os resultados reforçam que o cuidado com a segunda vítima é multifatorial e exige que fatores individuais e organizacionais caminhem juntos. Em última análise, conclui-se que ignorar o sofrimento do profissional de saúde é um risco para todo o sistema. A transição de uma cultura punitiva para uma cultura de suporte não é apenas uma escolha ética, mas uma estratégia de gestão essencial. Investir na saúde emocional de quem cuida é o único caminho possível para consolidar uma cultura de segurança que seja, de fato, centrada no ser humano, tanto naquele que recebe o cuidado quanto naquele que o presta.

REFERÊNCIAS

ALEVI, J. O. *et al.* O enfermeiro recém-formado na condição de segunda vítima. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 37, eAPE02721, 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002721>.

ALMEIDA, P.P. MOURA, G.G. As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais. *Vigil Sanit Debate*, Rio de Janeiro, 10(3):3-12, agosto 2022. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01976>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Dispõe sobre a regulamentação de produtos para saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2013.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2006.

BRUNELLI M.V. *et al.* The second victim phenomenon in Latin America: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2026;34:e4828 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7978.4828>

CAPUTO, A.L. *et al.* Second victim in intensive care unit: cross-sectional study, 2025. DOI: [10.59843/2618-3692.v27.n46.50342](https://doi.org/10.59843/2618-3692.v27.n46.50342)

DE SORDI, L. P. *et al.* Experiência da segunda vítima: adaptação transcultural de um instrumento para o contexto brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, e 20210010, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210010.pt>

FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, v. 78, n. 5, p. 762–780, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013164417719308>

FILHO, J.O.C.; MURGO, C.S.; FRANCO, A.F. Autoeficácia na educação médica: uma revisão sistemática da literatura. *EDUR. Educação em Revista*. 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-469835900>

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA. **Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2025. Disponível em: <https://www.santacasajf.org.br/>. Acesso em: 29 out. 2025.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Hospital Universitário da UFJF**. Juiz de Fora, 2025. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ufjf/servicos/hu/>. Acesso em: 29 out. 2025.

KOO, M.; YANG, S.-W. Likert-type scale. **Encyclopedia**, v. 5, n. 1, art. 18, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010018>

LIMA, A. P. A.; MATOS, M. A. A.; AGUIAR, C. V. N. Translation and validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised into Brazilian Portuguese. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 70, n. 11, e20241154, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241154>

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. **Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation**. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2019. Relatório técnico.

MARINHO, P. M. L. et al. **Construção e validação de instrumento de avaliação do uso de tecnologias leves em Unidades de Terapia Intensiva**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2816, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.1002.2816.

MARTINS, R.F. et al. Ações de apoio a enfermagem envolvida como segunda vítima de erros e eventos adversos: revisão integrativa. **Revista Varia Scientia - Ciência da saúde** v9n2 2023.

MARTINS, M. S. et al. 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>

MARUNG, H. *et al.* Second victims among German emergency medical services physicians (SeViD-III-Study). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, 4267, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054267>

MATOS, M.M.; SHARP, J.G.; IAOCHITE, R.T. Construção e evidências de validade da Escala de Autoeficácia de Professores Universitários Brasileiros. **Educação: Teoria e Prática/ Rio Claro, SP/ v. 34, n.67/2024. eISSN 1981-8106 e76[2024]** <http://dx.doi.org/10.18675/1981-8106.v34.n.67.s18236>

MAHAT, S et al. Impact of second victim distress on healthcare professionals'intent to leave, absenteeism and resilience: A mediation model of organizational support:: EMPIRICAL RESEARCH QUANTITATIVE Journal of Advanced Nursing published by John Wiley & Sons Ltd J Adv Nurs. 2024;81:5376–5388 DOI: 10.1111/jan.16291 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.16291>.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424–431, 2011.

MENEZES, A.N. et al. A influência da crença de autoeficácia no desempenho dos alunos do ifmg – bambuí. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2020, v. 24 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392020202380>

MIRA, J. *et al.* The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) Policy Statement on the Second Victim Phenomenon for Increasing Patient Safety. *Public Health Reviews*, v. 45, p. 1607175, 2024. DOI: 10.3389/phrs.2024.1607175.

ONG, T.S.K. et al. Keywords: second victim syndrome, SVS, medical errors, healthcare, healthcare professionals *Journal of Healthcare Leadership* 2025:17 225–239
<https://www.dovepress.com/terms.php>

PAULA, A. G. et al. Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa. **Revista Nursing**, São Paulo, 2022.

PRINSEN, C. A. C. et al. COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. **Quality of Life Research**, v. 30, n. 8, p. 2197–2210, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R.; MAIA, F. O. M. Estratégias para apoiar profissionais de saúde na condição de segunda vítima: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e03669, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>

QUADROS, D. V. et al. Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à enfermagem como segunda vítima. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, e3617, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.3617>

QUADROS, D. V. et al. Falls suffered by hospitalized adult patients: support to the nursing team as the second victim. **Aquichan**, v. 22, n. 4, e2246, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.6>

RODRIGUES, F. M. et al. Segunda vítima: experiência e percepção dos profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Nursing**, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v29i321p10595-10605>

SILVA, Q.G.C; SANANA, S.S; CASTRO, A.A.D.S; Eventos adversos aos profissionais de saúde: as consequências de ser a segunda vítima. **Revista REMI V.2** 2026. DOI: 10.61164/q90xmh98

SILVEIRA, S. E. et al. Impactos de incidentes de segurança do paciente na enfermagem: um olhar para a segunda vítima. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 31, e73147, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>

SILVEIRA, S. E. et al. Apoio organizacional para profissionais de enfermagem envolvidos em incidente de segurança do paciente. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 8, p. 1–19, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-008>

STRAMETZ, R. et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, v. 16, n. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00300-8>

STRAMETZ, R.; MIRA, J. J.; SOUSA, P. The second victim phenomenon: comprehensive support and systemic change in healthcare. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 36, n. 3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae090>

TARTAGLIA, A.; MATOS, M. A. Segunda vítima: afinal, o que é isso? **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eED5619, 2020. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5619

TAVARES, A. P. M. *et al.* Patient safety incidents and the second victim phenomenon among nursing students. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20220005, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0005en>

VANHAECHT, K. *et al.* An evidence and consensus-based definition of second victim. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, 16869, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva: WHO, 2021.

WU, A. W. *et al.* The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 13, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000256>

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Education in Medicine Journal**, v. 11, n. 2, p. 49–54, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>

ZIVICH, B.S.; ALLIPRANDINI, P.M.Z. Autoeficácia acadêmica e autorregulação da aprendizagem: uma pesquisa bibliográfica. **Educ. Anál., Londrina**, v.9, n.1, p.318-332, JAN./MAR.2024. DOI:10.5433/1984-7939.2024v9n1p318

ZHANG, C. *et al.* A qualitative study of head nurses' experience in China. **BMC Nursing**, v. 23, 592, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02255-7>

APÊNDICE A – Carta de Anuência de Autorização da Santa Casa

Eu Delma Conceição Soares da Silva, mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob orientação do professor Andre Luiz Silva Alvim, venho solicitar autorização para a realização de uma pesquisa de campo no Hospital Santa Casa de Juiz de Fora, que consistirá na aplicação de um questionário online para os profissionais da saúde na área da medicina, enfermagem e fisioterapia no período de abril a setembro de 2025.

O tema da pesquisa é **"Avaliação da segunda vítima de eventos adversos em hospital público e filantrópico"**. O objetivo é avaliar o impacto dos eventos adversos sob a perspectiva da segunda vítima entre profissionais de saúde em hospital público e filantrópico, considerando as consequências emocionais, psicológicas e as necessidades de suporte desses profissionais, correlacionando os resultados com estudos já publicados. Espera-se, assim contribuir de maneira significativa para o desenvolvimento de estratégias de apoio e a implementação de práticas que melhorem a segurança do paciente e o bem-estar dos profissionais.

Comprometo-me a conduzir a pesquisa com rigor ético e científico, respeitando a confidencialidade e os direitos dos participantes. Todos os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e para a melhoria dos serviços de saúde.

Juiz de Fora, 20 / 03 / 2025

Dr. Eduardo Rodrigues Borato
DIRETOR CLÍNICO
CPF: 061.176.286.25
CRM-MG 46296

AUTORIZADO pelo Diretor Clínico

APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador Responsável: Delma Conceição Soares da Silva

Telefone: (31) 99958-4041

E-mail: delma21soares@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO”**. Neste estudo pretendemos **“AVALIAR O IMPACTO DOS EVENTOS ADVERSOS SOB A PERSPECTIVA DA SEGUNDA VÍTIMA EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO NA CIDADE DE JUIZ DE FORA, CONSIDERANDO AS CONSEQUÊNCIAS EMOCIONAIS, PSICOLÓGICAS E AS NECESSIDADES DE SUPORTE DESSES PROFISSIONAIS”**. O motivo que nos leva a estudar **“é devido a necessidade urgente de compreender o impacto dos eventos adversos, não apenas sobre os pacientes, mas também sobre os profissionais de saúde, cuja condição muitas vezes é subestimada. A avaliação da ocorrência e dos efeitos emocionais e psicológicos sobre os profissionais permitirá um aprofundamento nas condições de trabalho e bem-estar, contribuindo para um ambiente mais seguro e saudável. A identificação da frequência de eventos adversos, juntamente com os recursos de suporte disponíveis, é essencial para formular recomendações que melhorem as práticas de apoio, favorecendo a saúde mental dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento prestado”**.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: **“A coleta de informações ocorrerá por meio de preenchimento físico ou online de um questionário realizado no Google Forms”**. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **“Risco Psicológico aos participantes podendo se sentir desconfortável com o preenchimento de questionário que pode trazer questões sensíveis, no entanto, são questões relacionadas às variáveis demográficas (idade, sexo tempo de serviço); experiência com eventos adversos (fatores de estresse, reações emocionais); acesso e uso de suporte psicológico que serão tratadas com todo o cuidado e sigilo.”**. A pesquisa contribuirá para **“fornecer dados relevantes sobre a experiência da segunda vítima em hospital público e filantrópico de grande porte, localizado na cidade de Juiz de Fora/MG, com o intuito de subsidiar a formulação de estratégias eficazes para apoiar esses profissionais em momentos de crise. Obter uma visão detalhada sobre o impacto do fenômeno da segunda vítima, destacando a importância de um suporte emocional, psicológico e organizacional para os profissionais de saúde, além de contribuir para uma melhora no bem-estar e na qualidade do atendimento nos hospitais.”**.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº

466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se disponível no google forms, onde será arquivada pelo pesquisador responsável, **“eletronicamente”**.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do (a) participante (a)

Data

Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)

Data

Em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF:

Av. Eugênio do Nascimento, s/nº - Bairro Dom Bosco
CEP: 36038-330 - Juiz de Fora – MG

Telefone: (32) 98802-0118

APÊNDICE C – PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO
Título do Projeto: Avaliação da segunda vítima de eventos adversos em hospital público e filantrópico.
Pesquisador Responsável: Delma Conceição Soares da Silva (Mestranda)
Instituição / Unidade / Departamento: UFJF
Fonte(s) do(s) Recurso(s) (Instituição ou Pessoal): Pessoal pesquisadora: Delma Conceição Soares da Silva

RECEITAS	
Recurso 1: XXXXX	Valor: R\$ 0,00
Recurso 2: XXXXX	Valor: R\$ 0,00

DESPESAS *	
Descrição Pessoal / Pesquisador: Tradutor linguístico	Valor: R\$ 1.000,00
Descrição Despesas /Alimentação: Lanche/ almoço	Valor: R\$: 300,00
Descrição Despesas / Material de Consumo: Material de escritório	Valor: R\$: 1.000,00
Descrição Despesas / Outras: Gasolina	Valor: R\$: 500,00
Descrição Taxas: Publicação do artigo em revista	Valor: R\$: 2.000,00

VALOR TOTAL:	Valor: R\$: 4.800,00
---------------------	-----------------------------

*O estudo não acarretará custos para as instituições relacionados e respectivos participantes. Havendo necessidade de visitas nos hospitais os gastos para a realização do presente estudo serão financiados pelo próprio pesquisador.

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO

Instrumento para Mensuração da Experiência da Segunda Vítima em Eventos Adversos
(IMESVEA)

Coleta de dados da pesquisa: Avaliação do impacto de eventos adversos na perspectiva da segunda vítima em hospital público e filantrópico.

Este formulário faz parte da pesquisa “Avaliação da Segunda Vítima de Eventos Adversos em hospital público e filantrópico”, cujo objetivo é avaliar o impacto dos eventos adversos sob a perspectiva da segunda vítima em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora, considerando as consequências emocionais, psicológicas e as necessidades de suporte desses profissionais.

Sua participação é voluntária e essencial para a construção de conhecimento sobre esse tema. Todas as informações fornecidas serão tratadas de forma confidencial e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos.

Acesse pelo QR Code o nosso TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido):



Ao prosseguir, você declara estar ciente dos objetivos da pesquisa e concorda em participar.

Agradecemos sua contribuição!

Delma Silva

Mestranda da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU e Santa Casa, sob os pareceres de números: 7.717.157 e 7.643.109

Você aceita fazer parte deste estudo, após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?

() Sim () Não

QUESTIONÁRIO

Seção 1: Variáveis Sociodemográficas

1. Qual a sua idade?

- ☐ Menos de 25 anos
- ☐ 26 a 35 anos
- ☐ 36 a 45 anos
- ☐ 46 a 55 anos
- ☐ Mais de 55 anos

2. Gênero:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefiro não declarar

3. Qual é a sua formação Profissional?

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Técnico de Enfermagem
- ☐ Auxiliar de Enfermagem
- ☐ Medicina
- ☐ Fisioterapia

4. Em qual Hospital você trabalha atualmente?

- ☐ HU – UFJF (EBSERH)
- ☐ Santa Casa de JF

5. Quanto tempo você trabalha neste hospital?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 a 5 anos
- ☐ 6 a 10 anos
- ☐ 11 a 15 anos
- ☐ Mais de 15 anos

6. Em qual unidade/ setor do Hospital você trabalha atualmente?

- ☐ Unidade de Internação
- ☐ Unidade de Terapia Intensiva
- ☐ Centro Cirúrgico
- ☐ Unidade de Pronto Atendimento
- ☐ Outros: _____

Seção 2: Perfil dos Hospitais

7. O hospital onde trabalho possui uma equipe interdisciplinar estruturada, organizada e atuante.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

8. O hospital onde trabalho está equipado com tecnologias de saúde avançadas e atualizadas.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

9. O hospital onde trabalho adota protocolos de segurança do paciente e qualidade (atendimento, serviço, cuidado...) frequentemente revisados e atualizados.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

Seção 3: Frequência de Eventos Adversos Notificados

10. Considerando-se “evento adverso” como um incidente que resulta em dano não intencional ao paciente, decorrente do cuidado prestado e não da condição clínica subjacente, eu já presenciei ou fui diretamente envolvido (a) em um evento adverso durante o meu trabalho no hospital.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

11. O hospital onde trabalho possui um sistema para notificação de eventos adversos.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

12. No hospital onde trabalho, os eventos adversos são devidamente registrados por meio de notificação.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

13. No hospital onde trabalho, os meios de notificação de eventos adversos são acessíveis e amplamente conhecidos pelos profissionais

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

Leia o caso hipotético abaixo de acordo com a sua área de formação profissional e logo em seguida responda o questionário “vivenciando” o seu papel de “segunda vítima”. A segunda vítima de um evento adverso é o profissional de saúde que, após um erro ou incidente, experimenta impacto emocional e psicológico devido ao ocorrido.

ENFERMAGEM

Hoje, ao iniciar seu plantão, você foi responsável pelo cuidado de um paciente grave, com histórico de doenças pulmonares crônicas e em insuficiência respiratória, necessitando de intubação. Durante o processo de intubação orotraqueal, você ficou encarregado de administrar a sedação intravenosa com fentanil e propofol. No entanto, por uma distração momentânea e falta de comunicação clara com a equipe, você administrou uma dose excessiva de fentanil, ultrapassando os limites recomendados. O erro só foi identificado após a intubação, quando o paciente apresentou hipoventilação severa, hipotensão e bradicardia. A equipe médica realizou a reanimação com suporte vasopressor, mas o paciente sofreu danos cerebrais irreversíveis devido à hipóxia prolongada, evoluindo para um coma irreversível.

MEDICINA

Hoje, ao iniciar seu turno de trabalho, você, como médico, ficou responsável por um paciente grave, com histórico de doenças pulmonares crônicas, como asma e DPOC. O paciente apresentava sinais de insuficiência respiratória grave, o que levou à decisão de realizar intubação orotraqueal. Durante o procedimento, ocorreu uma falha técnica, e o tubo foi introduzido no esôfago, em vez da traqueia. Isso resultou em ventilação inadequada, causando hipoxemia severa e queda na saturação de oxigênio, o que levou à hipotensão. Após a correção do erro, o tempo prolongado de hipoxemia causou danos cerebrais irreversíveis, e o paciente entrou em coma irreversível, apesar das tentativas de tratamento.

FISIOTERAPIA

Hoje, ao iniciar seu plantão como fisioterapeuta, você foi responsável pelo cuidado de um paciente grave, com histórico de doenças pulmonares crônicas. O paciente foi intubado devido à insuficiência respiratória, e você realizou fisioterapia respiratória para otimizar a ventilação mecânica e remover secreções pulmonares. Durante as manobras de vibração torácica e percussão, foi aplicada alta pressão sem que você percebesse que o dispositivo endotraqueal estava mal posicionado. Isso provocou o deslocamento parcial do tubo, comprometendo a ventilação e resultando em hipoxemia, queda na saturação de oxigênio e alterações no ritmo cardíaco e na pressão arterial. A equipe médica corrigiu a posição do

tubo, mas o tempo de hipoxemia causou danos cerebrais irreversíveis, levando o paciente ao coma irreversível.

Instruções:

Responda aos itens da Seção 04, do item 14 a seção 09 do item 38 com base na situação hipotética apresentada, considerando o contexto da instituição.

Seção 4: Impacto Emocional

14. Após a ocorrência desse evento adverso, experimentei impactos emocionais e/ou psicológicos relacionados à minha atuação profissional.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

15. Após a ocorrência deste evento adverso, passei a apresentar episódios de ansiedade, medo ou pânico relacionados às minhas atividades profissionais.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

16. Após a ocorrência deste evento adverso, percebi mudanças no meu comportamento profissional durante a rotina de trabalho.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

17. Após a ocorrência deste evento adverso, passei a ter mais dificuldade para lidar com minhas emoções no ambiente de trabalho, sentindo-me com mais frequência triste, frustrado ou angustiado.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

18. Após o evento adverso, eu experimentei sentimentos de culpa ou vergonha relacionados ao ocorrido.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

19. Após a ocorrência do evento adverso, senti medo de que minha carreira fosse prejudicada.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

20. Após o evento adverso, tive dificuldade em procurar apoio emocional por medo de julgamento ou estigmatização.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

21. Após o evento adverso, senti que a equipe de saúde se comunicou de forma clara e acolhedora em relação às minhas emoções e à repercussão do ocorrido.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

Seção 5: Impacto Psicológico

22. Desde a ocorrência do evento adverso, percebo que o impacto psicológico da situação tem interferido na minha qualidade de vida fora do ambiente de trabalho.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

23. Após o evento adverso, senti que minha confiança e autoestima em relação às minhas habilidades profissionais foram afetadas.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

24. Após o evento adverso, percebi que a liderança do hospital demonstrou interesse pelo meu bem-estar emocional.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

25. Após o evento adverso, senti que meus colegas de trabalho foram solidários e me apoiaram emocionalmente para lidar com a situação.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

Seção 6: Necessidades de Suporte

26. O hospital onde trabalho oferece suporte emocional e programas de apoio psicológico (como terapia ou grupos de apoio) adequado para os profissionais envolvidos em eventos adversos.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

27. Tenho facilidade em procurar suporte psicológico ou emocional dentro do ambiente de trabalho, caso precise.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

28. O hospital onde trabalho deveria oferecer treinamentos sobre como lidar com os aspectos emocionais e psicológicos decorrentes de eventos adversos

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

Seção 7: Aspectos de Cultura Institucional e de Trabalho

29. A cultura organizacional do hospital onde trabalho — entendida como o conjunto de valores, atitudes e práticas institucionais — preocupa-se com a saúde mental dos profissionais após a ocorrência de eventos adversos.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

30. A liderança do hospital adota medidas tanto para prevenir eventos adversos quanto para apoiar os profissionais afetados por essas situações.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

31. Eu acredito que a exposição a eventos adversos pode afetar a saúde mental a longo prazo.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

32. No hospital onde trabalho, percebo que há mais foco nos resultados clínicos do que no bem-estar emocional dos profissionais de saúde.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

33. Senti que os colegas de trabalho e a liderança me culpavam pela ocorrência do evento.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

Seção 8: Recuperação e Reflexão Pessoal

34. Sinto que consegui superar os efeitos emocionais causados pelo evento adverso.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

35. O evento adverso me fez refletir sobre as minhas habilidades profissionais e sobre o que eu poderia ter feito de diferente.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

36. Senti que minha experiência após o evento adverso não foi suficientemente reconhecida ou valorizada pela equipe de trabalho ou pela liderança.

- () 1 (Discordo totalmente)
- () 2 (Discordo parcialmente)
- () 3 (Nem concordo, nem discordo)
- () 4 (Concordo parcialmente)
- () 5 (Concordo totalmente)

Seção 09: Impacto Profissional

37. Após o evento adverso, minha relação com os colegas de trabalho piorou.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

38. Eu tive dificuldades em retomar meu trabalho da mesma forma que antes do evento adverso.

- ☐ 1 (Discordo totalmente)
- ☐ 2 (Discordo parcialmente)
- ☐ 3 (Nem concordo, nem discordo)
- ☐ 4 (Concordo parcialmente)
- ☐ 5 (Concordo totalmente)

Seção 10: Avaliação Geral

39. Caso você já tenha vivenciado um evento adverso relacionado à segurança do paciente, sentiu-se acolhido e apoiado pela instituição onde trabalha?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

ANEXO A - Carta de Anuência de Autorização do Hospital Universitário

27/03/2025, 20:07

SEI/SEDE - 48112141 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Avenida Eugênio do Nascimento, s/nº - Bairro Dom Bosco
Juiz de Fora-MG, CEP 36038-330
- <http://www.hu-ufjf.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 26/2025/SGPITS/GEP/HU-UFJF-EBSEH

Juiz de Fora, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

Os Chefes do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde (SGPITS) e da Unidade de Gestão da Pesquisa (UGPESQ) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), no uso de suas atribuições legais e regulamentares, declaram ciência do projeto de pesquisa: **"AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VÍTIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO"**, sob a responsabilidade da Pesquisadora Principal **DELMA CONCEICAO SOARES DA SILVA**.

Em atendimento as exigências legais para a obtenção de parecer do **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)**, informamos que o HU-UFJF cumpre as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares e que, no caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, o SGPITS e/ou a UGPESQ têm a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto teve manifestação FAVORÁVEL quanto a existência de infraestrutura pela **Chefia do Setor de Cuidados Especializados (STESP)**, pela **Chefia do Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (STDT)**, pela **Chefia da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)**, pela **Chefia da Divisão Médica (DMED)** e pela **Chefia da Divisão de Enfermagem (DENF)**, locais de inserção da pesquisa, e foi APROVADO pela **Comissão Permanente de Avaliação de Viabilidade Econômica e Financeira (CPAVEF)**.

Ressaltamos que caso o projeto envolva a celebração de um Convênio (tais como um acordo de cooperação, termo de convênio e/ou outros instrumentos afins), entre a instituição financiadora/parceira/patrocinadora e o HU-UFJF, o responsável local pela pesquisa, deverá verificar junto ao Setor de Administração (SAD) e a Unidade de Contratos (UCONT) os procedimentos necessários para celebração do(s) mesmo(s), que usualmente envolve a formalização de um Grupo de Trabalho específico para elaboração do Plano de Trabalho do Convênio que será estabelecido.

Por fim, declaramos que a execução do projeto de pesquisa SOMENTE estará autorizada após parecer favorável do CEP com sua inclusão no sistema Rede Pesquisa e, caso houver, assinatura do instrumento de acordo entre a instituição financiadora/parceira/patrocinadora e o HU-UFJF, visto que esta carta de anuência visa apenas fornecer subsídios ao CEP para apreciação do projeto de pesquisa demonstrando que houve manifestação favorável para o seu desenvolvimento quanto a infraestrutura e viabilidade econômica e financeira mas, não substitui outros procedimentos administrativos.

27/03/2025, 20:07

SEI/SEDE - 48112141 - Carta - SEI

*(assinado eletronicamente)***ALINE BARRETO DOS SANTOS**

Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde

*(assinado eletronicamente)***IGOR ROSA MEURER**

Chefe da Unidade de Gestão da Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por **Aline Barreto dos Santos, Chefe de Setor**, em 26/03/2025, às 20:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Igor Rosa Meurer, Chefe de Unidade**, em 26/03/2025, às 20:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **48112141** e o código CRC **32961BCA**.

Referência: Processo nº 23765.003972/2025-76 SEI nº 48112141

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP – Hospital Universitário

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VITIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO

Pesquisador: Delma Conceição Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88207925.5.1001.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.589.566

Apresentação do Projeto:

Avaliar o impacto dos eventos adversos sob a perspectiva da segunda vítima em hospital público e filantrópico, considerando as consequências emocionais, psicológicas e as necessidades de suporte desses profissionais. Método: STROBE. Será realizada a aplicação de questionário estruturado, utilizando a Escala de Likert. Resultados esperados: A pesquisa pretende analisar as percepções e necessidades dos envolvidos, contribuindo para o desenvolvimento de programas de apoio psicológico e para a melhoria da cultura de segurança nas instituições de saúde, promovendo um ambiente de trabalho mais seguro e saudável para os profissionais e melhorando a qualidade do atendimento aos pacientes

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto dos eventos adversos sob a perspectiva da segunda vítima em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora, considerando as consequências emocionais, psicológicas e as necessidades de suporte desses profissionais

Objetivo Secundário:

- Levantar o perfil do hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar a frequência de eventos adversos notificados em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Avaliar os efeitos emocionais e psicológicos nos profissionais de

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.589.566

saúde envolvidos em eventos adversos em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar os recursos de apoio disponíveis para as chamadas "segundas vítimas".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode apresentar riscos psicológicos aos participantes, principalmente pela possibilidade de desconforto emocional ao responder questões sensíveis do questionário. Essas questões estarão relacionadas a variáveis demográficas, como idade, sexo e tempo de serviço, bem como à experiência com eventos adversos, incluindo fatores de estresse e reações emocionais, além de aspectos ligados ao acesso e uso de suporte psicológico. Para minimizar esses riscos, a pesquisa será conduzida de forma ética e segura, respeitando integralmente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações fornecidas pelos participantes serão tratadas com o máximo de cuidado e sigilo, garantindo a proteção de sua privacidade e o respeito aos princípios éticos. Além disso, o questionário será aplicado em um ambiente acolhedor e livre de julgamentos, assegurando que os participantes se sintam confortáveis para compartilhar suas respostas. Caso algum

desconforto emocional seja identificado durante a participação, os pesquisadores estarão disponíveis para fornecer suporte imediato e, se necessário, encaminhamento para serviços de apoio psicológico. A coleta de dados será anônima, e nenhuma informação pessoal que permita a identificação dos participantes será divulgada. Assim, será assegurado que todos os dados sejam utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa, reduzindo significativamente qualquer risco de exposição ou estigmatização. Por fim, a participação será voluntária, e os participantes poderão desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa.

Benefícios:

Esta pesquisa tem o potencial de gerar importantes contribuições para o avanço do conhecimento científico, especialmente no que diz respeito ao impacto de eventos adversos na saúde emocional dos 7 Versão Janeiro/2021 profissionais e ao acesso a suporte psicológico no ambiente de trabalho. Os dados obtidos poderão embasar o desenvolvimento de políticas e práticas mais eficazes, voltadas para a melhoria das condições de

trabalho e para o fortalecimento do apoio emocional destinado aos profissionais de saúde. Além disso, ao participar da pesquisa, os profissionais terão a oportunidade de refletir sobre suas

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

UF: MG

Telefone: (32)98802-0118

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.589.566

experiências e emoções relacionadas ao ambiente de trabalho. Essa reflexão pode favorecer uma maior conscientização sobre a importância do autocuidado e do suporte psicológico, promovendo uma abordagem mais atenta à saúde mental. Outro

benefício importante está relacionado à possibilidade de a pesquisa auxiliar instituições na revisão e aprimoramento de suas práticas, reforçando a necessidade de criar ambientes mais acolhedores e seguros para os trabalhadores. Isso contribui não apenas para a saúde mental dos profissionais, mas também para a qualidade dos serviços prestados à população. Por fim, a pesquisa traz à tona a relevância da saúde mental no contexto profissional, contribuindo para reduzir o estigma associado ao tema e para fomentar uma cultura de valorização do bem-estar psicológico entre os profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

UF: MG

Telefone: (32)98802-0118

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.589.566

infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: / /

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2537619.pdf	25/04/2025 16:22:48		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/04/2025 15:32:40	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/04/2025 19:10:08	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	24/04/2025 18:09:21	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	24/04/2025 18:00:49	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Delma.pdf	12/04/2025 17:19:22	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Andre.pdf	12/04/2025 17:18:01	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	12/04/2025 15:53:21	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	12/04/2025 15:51:50	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	12/04/2025 15:50:39	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_santa_casa.pdf	11/04/2025 21:48:37	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_HU.pdf	11/04/2025 21:32:33	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Orçamento	Planejamento_Orcamentario_assinado.pdf	11/04/2025 21:22:18	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

CEP: 36.038-330

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.589.566

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 23 de Maio de 2025

Assinado por:

Leandro Marques de Resende
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

CEP: 36.038-330

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

E-mail: cep.hu@ufjf.br

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP – Hospital Santa Casa

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VITIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO

Pesquisador: Delma Conceição Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88207925.5.3001.5139

Instituição Proponente: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.643.109

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com o título AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VITIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO. O Projeto relevante, descreve as bases científicas que justificam o estudo.

O Projeto relevante, descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto dos eventos adversos sob a perspectiva da segunda vítima em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora, considerando as consequências emocionais, psicológicas e as necessidades de suporte desses profissionais.

Objetivo Secundário:

- Levantar o perfil do hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar a frequência de eventos adversos notificados em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Avaliar os efeitos emocionais e psicológicos nos profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar os recursos de apoio disponíveis para as chamadas "segundas vítimas".

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 7.643.109

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode apresentar riscos psicológicos aos participantes, principalmente pela possibilidade de desconforto emocional ao responder questões sensíveis do questionário. Essas questões estarão relacionadas a variáveis demográficas, como idade, sexo e tempo de serviço, bem como à experiência com eventos adversos, incluindo fatores de estresse e reações emocionais, além de aspectos ligados ao acesso e uso de suporte psicológico. Para minimizar esses riscos, a pesquisa será conduzida de forma ética e segura, respeitando integralmente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações fornecidas pelos participantes serão tratadas com o máximo de cuidado e sigilo, garantindo a proteção de sua privacidade e o respeito aos princípios éticos.

Além disso, o questionário será aplicado em um ambiente acolhedor e livre de julgamentos, assegurando que os participantes se sintam confortáveis para compartilhar suas respostas. Caso algum desconforto emocional seja identificado durante a participação, os pesquisadores estarão disponíveis para fornecer suporte imediato e, se necessário, encaminhamento para serviços de apoio psicológico. A coleta de dados será anônima, e nenhuma informação pessoal que permita a identificação dos participantes será divulgada. Assim, será assegurado que todos os dados sejam utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa, reduzindo significativamente qualquer risco de exposição ou estigmatização. Por fim, a participação será voluntária, e os participantes poderão desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa. Experiências e emoções relacionadas ao ambiente de trabalho. Essa reflexão pode favorecer uma maior conscientização sobre a importância do autocuidado e do suporte psicológico, promovendo uma abordagem mais atenta à saúde mental. Outro benefício importante está relacionado à possibilidade de a pesquisa auxiliar instituições na revisão e aprimoramento de suas práticas, reforçando a necessidade de criar ambientes mais acolhedores e seguros para os trabalhadores. Isso contribui não apenas para a saúde mental dos profissionais, mas também para a qualidade dos serviços prestados à população. Por fim, a pesquisa traz à tona a relevância da saúde mental no contexto profissional, contribuindo para reduzir o estigma associado ao tema e para fomentar uma cultura de valorização do bem-estar psicológico entre os profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG**



Continuação do Parecer: 7.643.109

em sua metodologia de forma clara e objetiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados, assim como o cronograma e TCLE devidamente claros e concisos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/SCMJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/04/2025 19:10:08	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	24/04/2025 18:00:49	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Delma.pdf	12/04/2025 17:19:22	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Andre.pdf	12/04/2025 17:18:01	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	12/04/2025 15:53:21	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	12/04/2025 15:51:50	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	12/04/2025 15:50:39	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_santa_casa.pdf	11/04/2025 21:48:37	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_HU.pdf	11/04/2025 21:32:33	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG



Continuação do Parecer: 7.643.109

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 16 de Junho de 2025

Assinado por:
ROBSON PAULO BARBOSA DIAS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP – E1 – Hospital Universitário

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VITIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PUBLICO E FILANTRÓPICO

Pesquisador: Delma Conceição Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88207925.5.1001.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.717.157

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 2574666_E1.pdf, de 03/06/2025).

Introdução:

A segurança do paciente tem ganhado destaque crescente tanto em níveis internacionais quanto nacional, refletindo a necessidade de práticas de saúde que assegurem a proteção e o bem-estar dos indivíduos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que a segurança do paciente envolve a prevenção de danos desnecessários durante a prestação de serviços de saúde, sendo uma questão crítica em todo o mundo, especialmente diante da crescente complexidade dos sistemas de saúde e da diversidade de intervenções realizadas (OMS, 2021; QUADRADO, TRONCHIN, MAIA, 2021). Nos últimos anos, diversas iniciativas globais têm sido implementadas com o propósito de promover a segurança do paciente. Dentre elas, destaca-se o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa não apenas incentivar a adoção de práticas seguras e a troca de informações entre países, mas também promover uma cultura de segurança nos ambientes de cuidado, na qual a comunicação eficaz e o aprendizado contínuo são considerados elementos essenciais (OMS,

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

CEP: 36.038-330

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.717.157

2021). Tais iniciativas têm como objetivo reduzir eventos adversos (EA), definidos como incidentes não intencionais ou inesperados que resultam em danos temporários ou permanentes ao paciente. Esses incidentes podem ser classificados em três tipos: Near miss (quase-acidente), que se refere a eventos com potencial de causar dano, mas que não resultam em prejuízo devido a uma intervenção oportuna ou por sorte; incidentes sem dano (ou de potencial risco), que envolvem falhas no cuidado que não causam danos imediatos, mas representam um risco significativo; e incidentes com dano (ou eventos adversos), que são eventos que efetivamente causam danos reais ao paciente (PAULA et al., 2022; SILVEIRA et al., 2023). No Brasil, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo é a prevenção e a redução da incidência de EA. Nesse contexto, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) surge como uma estratégia essencial para a implementação de práticas seguras, educação dos profissionais de saúde e monitoramento de EA, desempenhando um papel crucial na criação de um ambiente seguro e na identificação e mitigação de riscos. O NSP confere aos seus integrantes autoridade, responsabilidade e poder para implantar e desenvolver as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) (BRASIL, 2013; ANVISA, 2013). Um aspecto fundamental para a implementação das estratégias e ações de segurança do paciente previstas no Programa de Segurança do Paciente (PSP) é o estabelecimento e a manutenção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde. A cultura de segurança do paciente em hospitais gerais de saúde caracteriza-se por um conjunto de valores, atitudes, comportamentos e práticas voltados à garantia da segurança dos pacientes durante o atendimento. Tal cultura implica a promoção de um ambiente no qual os profissionais de saúde possam comunicar-se de forma aberta e transparente sobre erros, incidentes e riscos, sem receio de punições, com o foco central na melhoria contínua da qualidade do cuidado. Ela busca integrar ações como treinamento constante, adoção de protocolos padronizados, gestão de riscos e implementação de tecnologias que favoreçam a prevenção de eventos adversos. Além disso, envolve a participação ativa de todos os membros da equipe hospitalar, desde médicos e enfermeiros até gestores e pessoal de apoio, promovendo um compromisso coletivo em torno da segurança do paciente (ANVISA, 2013; TARTAGLIA, MATOS, 2020). A segurança do paciente é essencial para os profissionais de saúde, mas eventos adversos podem ser inevitáveis, causando danos graves que exigem intervenção imediata, acompanhamento rigoroso e apoio psicológico. Esses incidentes frequentemente

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.717.157

geram traumas que afetam pacientes, famílias, profissionais e a instituição, com impacto potencial em outros atendimentos (DE SORDI et al., 2022; QUADRADO, TRONCHIN, MAIA, 2021). Em 2000, Wu introduziu o conceito de "vítimas" mediante a *erros* médicos nos serviços de saúde, utilizando uma terminologia em que a primeira vítima de um evento adverso na assistência à saúde é o paciente que sofreu o evento, juntamente com sua família. A segunda vítima refere-se aos profissionais de saúde responsáveis pelo evento adverso, que frequentemente enfrentam significativas consequências emocionais e psicológicas. A terceira vítima é a instituição de saúde, que pode ser prejudicada pela perda de confiança e danos à sua reputação. Finalmente, a quarta vítima são os pacientes que podem ser afetados por profissionais emocionalmente abalados, cujas condições podem comprometer a segurança e a qualidade do atendimento prestado. Essa classificação é fundamental para compreender a complexidade das consequências dos eventos adversos, bem como a necessidade de suporte adequado para todas as partes envolvidas (WU et al 2017; OZEKE et al 2019; DE SORDI et al., 2022; QUADRADO, TRONCHIN, MAIA, 2021). Dessa forma, reconhecer e lidar com as diversas facetas que envolvem a segunda vítima é uma tarefa complexa, especialmente em relação à cultura de segurança e à maturidade dos profissionais e das organizações na abordagem do problema. Os eventos adversos comprometem não apenas a qualidade do atendimento, mas também a segurança do paciente. Uma ação equivocada na área da saúde pode causar danos à integridade física, emocional e moral dos profissionais envolvidos, tornando-os, em certo sentido, vítimas de seus próprios erros. (QUADRADO, TRONCHIN; MAIA, 2021; TARTAGLIA, MATOS, 2020). No contexto da segunda vítima, pesquisas indicam que barreiras como o medo da perda de confidencialidade e de julgamentos negativos dificultam o acesso dos profissionais ao suporte necessário após eventos adversos. Portanto, é imperativo implementar programas de apoio às segundas vítimas, especialmente no Brasil, onde essa problemática é pouco estudada e a cultura punitiva ainda prevalece nas instituições de saúde. A literatura também destaca que a resistência da liderança é uma barreira significativa à criação de uma cultura de apoio, e, por isso, é fundamental que líderes demonstrem empatia e ofereçam suporte emocional (OZEKE et al., 2019; TARTAGLIA, MATOS, 2020). Programas de apoio às segundas vítimas são fundamentais e precisam ser implementados para enfrentar as barreiras existentes, oferecendo o suporte necessário a todos os profissionais de saúde. No contexto nacional, há uma evidente carência de instrumentos validados para avaliar a experiência da segunda vítima entre esses profissionais. Nesse sentido, este estudo propõe avaliar as emoções, percepções e necessidades de apoio psicológico e emocional após *vivenciar* um

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.717.157

evento adverso hipotético referenciado. Utilizando a Escala de Likert, onde a indicação da resposta será com base na frequência ou intensidade com que experimenta as afirmações. Possibilitando uma avaliação mais precisa da cultura de segurança nas instituições hospitalares de saúde, levando em consideração que os eventos adversos afetam não apenas os pacientes, mas também os profissionais diretamente envolvidos e a própria instituição. Dessa forma a análise da experiência das segundas vítimas é crucial para implementar ações de melhoria nos processos, com ênfase na cultura de segurança do paciente (DE SORDI et al., 2022; SILVEIRA et al., 2023; TARTAGLIA, MATOS, 2020). Portanto, o presente estudo é motivado pela necessidade urgente de compreender o impacto dos eventos adversos, não apenas sobre os pacientes, mas também sobre os profissionais de saúde, cuja condição muitas vezes é subestimada. A avaliação da ocorrência e dos efeitos emocionais e psicológicos sobre os profissionais permitirá um aprofundamento nas condições de trabalho e bem-estar, contribuindo para um ambiente mais seguro e saudável. A identificação da frequência de eventos adversos, juntamente com os recursos de suporte disponíveis, é essencial para formular recomendações que melhorem as práticas de apoio, favorecendo a saúde mental dos profissionais e, consequentemente, a qualidade do atendimento prestado. Dessa forma, a crescente necessidade de aprimoramento nos atendimentos aos pacientes torna imperativa a investigação dos desafios enfrentados, especialmente no que se refere ao bem-estar dos profissionais e à qualidade do atendimento prestado.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de natureza quantitativa que seguirá as diretrizes do STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para nortear a construção da metodologia, assegurando a qualidade e transparência no relato dos procedimentos e resultados. A pesquisa será realizada em hospital público e filantrópico, de grande porte com atendimentos de média a alta complexidade com suporte de UTI e serviços de apoio; localizados na cidade de Juiz de Fora/ MG. O cálculo amostral, utilizando o teste z bicaudal com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), poder estatístico de 80% ($1 - \beta = 0,80$) e erro tipo I controlado, determinou a necessidade de uma amostra de 491 profissionais de saúde para assegurar resultados confiáveis. A coleta de dados será realizada no primeiro semestre de 2025, entre os meses de abril a setembro, conforme cronograma. Após a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU- UFJF) e do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. No primeiro

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.717.157

momento o pesquisador se comunicará através do envio de email e contato telefônico, com o representante do núcleo de segurança do paciente, Chefe da Divisão Médica e Chefe da Divisão de Enfermagem no qual será explicada a pesquisa e seus respectivos objetivos. Contendo o link de acesso do formulário realizado no Google Forms, a fim da disseminação aos profissionais de saúde para participação da pesquisa. Através da aplicação de um questionário que busca avaliar as emoções, percepções e necessidades de apoio psicológico e emocional após *“vivenciar”* um evento adverso hipotético referenciado. Utilizando a Escala de Likert, onde a indicação da resposta será com base na frequência ou intensidade com que experimenta as afirmações.

Critério de Inclusão:

Profissionais de saúde como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora, envolvidos diretamente no cuidado ao paciente, e que concordarem em participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Profissionais que não se enquadrarem nos critérios de inclusão previamente estabelecidos, bem como aqueles que exerçam funções exclusivamente administrativas, sem qualquer vínculo com a assistência direta ao paciente. Além disso, profissionais que se encontrem em licença médica, afastamento do trabalho por motivos de saúde ou qualquer outro tipo de licença durante o período de coleta de dados.

Hipótese:

Os profissionais de saúde, denominados como “segundas vítimas”, que enfrentam os impactos emocionais e psicológicos decorrentes de eventos adversos, podem experimentar o agravamento de condições como estresse, burnout e até mesmo a deterioração da qualidade do atendimento, uma vez que não dispõem do suporte adequado para lidar com as consequências emocionais desses episódios. A implementação de programas de apoio psicológico, aliada à criação de protocolos específicos voltados para esses profissionais, poderia, portanto, mitigar tais efeitos, promovendo tanto a saúde mental dos profissionais quanto a segurança dos pacientes.

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.717.157

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto dos eventos adversos sob a perspectiva da segunda vítima em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora, considerando as consequências emocionais, psicológicas e as necessidades de suporte desses profissionais

Objetivo Secundário:

- Levantar o perfil do hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar a frequência de eventos adversos notificados em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Avaliar os efeitos emocionais e psicológicos nos profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar os recursos de apoio disponíveis para as chamadas "segundas vítimas".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode apresentar riscos psicológicos aos participantes, principalmente pela possibilidade de desconforto emocional ao responder questões sensíveis do questionário. Essas questões estarão relacionadas a variáveis demográficas, como idade, sexo e tempo de serviço, bem como à experiência com eventos adversos, incluindo fatores de estresse e reações emocionais, além de aspectos ligados ao acesso e uso de suporte psicológico. Para minimizar esses riscos, a pesquisa será conduzida de forma ética e segura, respeitando integralmente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações fornecidas pelos participantes serão tratadas com o máximo de cuidado e sigilo, garantindo a proteção de sua privacidade e o respeito aos princípios éticos. Além disso, o questionário será aplicado em um ambiente acolhedor e livre de julgamentos, assegurando que os participantes se sintam confortáveis para compartilhar suas respostas. Caso algum desconforto emocional seja identificado durante a participação, os pesquisadores estarão disponíveis para fornecer suporte imediato e, se necessário, encaminhamento para serviços de apoio psicológico. A coleta de dados será anônima, e nenhuma informação pessoal que permita a identificação dos participantes será divulgada. Assim, será assegurado que todos os dados sejam utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa, reduzindo significativamente qualquer risco de exposição ou estigmatização. Por fim, a participação será voluntária, e os participantes

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.717.157

poderão desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa.

Benefícios:

Esta pesquisa tem o potencial de gerar importantes contribuições para o avanço do conhecimento científico, especialmente no que diz respeito ao impacto de eventos adversos na saúde emocional dos 7 Versão Janeiro/2021 profissionais e ao acesso a suporte psicológico no ambiente de trabalho. Os dados obtidos poderão embasar o desenvolvimento de políticas e práticas mais eficazes, voltadas para a melhoria das condições de trabalho e para o fortalecimento do apoio emocional destinado aos profissionais de saúde. Além disso, ao participar da pesquisa, os profissionais terão a oportunidade de refletir sobre suas experiências e emoções relacionadas ao ambiente de trabalho. Essa reflexão pode favorecer uma maior conscientização sobre a importância do autocuidado e do suporte psicológico, promovendo uma abordagem mais atenta à saúde mental. Outro benefício importante está relacionado à possibilidade de a pesquisa auxiliar instituições na revisão e aprimoramento de suas práticas, reforçando a necessidade de criar ambientes mais acolhedores e seguros para os trabalhadores. Isso contribui não apenas para a saúde mental dos profissionais, mas também para a qualidade dos serviços prestados à população. Por fim, a pesquisa traz à tona a relevância da saúde mental no contexto profissional, contribuindo para reduzir o estigma associado ao tema e para fomentar uma cultura de valorização do bem-estar psicológico entre os profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda número: 01

A referida emenda visa solicitar a mudança do período de cronograma para a coleta de dados e finalização do projeto.

Novo projeto e cronograma com datas atualizadas foram anexados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos referentes a este parecer estão anexados em campo próprio, abaixo neste Formulário, e foram utilizados para a sua análise.

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n
Bairro: Dom Bosco
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF**



Continuação do Parecer: 7.717.157

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda está aprovada pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2574666_E1.pdf	03/06/2025 21:54:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	03/06/2025 21:48:22	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Cronograma	cronograma_do_projeto_seguranca_do_pacienteassinado.pdf	03/06/2025 21:18:53	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/04/2025 15:32:40	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/04/2025 19:10:08	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Delma.pdf	12/04/2025 17:19:22	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Andre.pdf	12/04/2025 17:18:01	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	12/04/2025 15:53:21	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	12/04/2025 15:51:50	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	12/04/2025 15:50:39	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_santa_casa.pdf	11/04/2025 21:48:37	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_HU.pdf	11/04/2025 21:32:33	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Orçamento	Planejamento_Orcamentarioassinado.pdf	11/04/2025 21:22:18	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

CEP: 36.038-330

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

E-mail: cep.hu@ufjf.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.717.157

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 21 de Julho de 2025

Assinado por:
Leandro Marques de Resende
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Eugênio do Nascimento, s/n

Bairro: Dom Bosco

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)98802-0118

CEP: 36.038-330

E-mail: cep.hu@ufjf.br

ANEXO E - Parecer Consubstanciado do CEP – E1 – Hospital Santa Casa

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VITIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO

Pesquisador: Delma Conceição Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88207925.5.3001.5139

Instituição Proponente: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.863.280

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com AVALIAÇÃO DA SEGUNDA VITIMA DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAL PÚBLICO E FILANTRÓPICO. Projeto relevante, descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto dos eventos adversos sob a perspectiva da segunda vítima em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora, considerando as consequências emocionais, psicológicas e as necessidades de suporte desses profissionais.

Objetivo Secundário:

- Levantar o perfil do hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar a frequência de eventos adversos notificados em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Avaliar os efeitos emocionais e psicológicos nos profissionais de saúde envolvidos em eventos adversos em hospital público e filantrópico na cidade de Juiz de Fora/ MG;
- Identificar os recursos de apoio disponíveis para as chamadas "segundas vítimas."

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 7.863.280

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode apresentar riscos psicológicos aos participantes, principalmente pela possibilidade de desconforto emocional ao responder questões sensíveis do questionário. Essas questões estarão relacionadas a variáveis demográficas, como idade, sexo e tempo de serviço, bem como à experiência com eventos adversos, incluindo fatores de estresse e reações emocionais, além de aspectos ligados ao acesso e uso de suporte psicológico. Para minimizar esses riscos, a pesquisa será conduzida de forma ética e segura, respeitando integralmente a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as informações fornecidas pelos participantes serão tratadas com o máximo de cuidado e sigilo, garantindo a proteção de sua privacidade e o respeito aos princípios éticos. Além disso, o questionário será aplicado em um ambiente acolhedor e livre de julgamentos, assegurando

que os participantes se sintam confortáveis para compartilhar suas respostas. Caso algum desconforto emocional seja identificado durante a participação, os pesquisadores estarão disponíveis para fornecer suporte imediato e, se necessário, encaminhamento para serviços de apoio psicológico. A coleta de dados será anônima, e nenhuma informação pessoal que permita a identificação dos participantes será divulgada. Assim, será assegurado que todos os dados sejam utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa, reduzindo significativamente qualquer risco de exposição ou estigmatização. Por fim, a participação será voluntária, e os participantes poderão desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa. Experiências e emoções relacionadas ao ambiente de trabalho. Essa reflexão pode favorecer uma maior conscientização sobre a importância do autocuidado e do suporte psicológico, promovendo uma abordagem mais atenta à saúde mental. Outro benefício importante está relacionado à possibilidade de a pesquisa auxiliar instituições na revisão e aprimoramento de suas práticas, reforçando a necessidade de criar ambientes mais acolhedores e seguros para os trabalhadores. Isso contribui não apenas para a saúde mental dos profissionais, mas também para a qualidade dos serviços prestados à população. Por fim, a pesquisa traz à tona a relevância da saúde mental no contexto profissional, contribuindo para reduzir o estigma associado ao tema e para fomentar uma cultura de valorização do bem-estar psicológico entre os profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva.

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG**



Continuação do Parecer: 7.863.280

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados, assim como o cronograma e TCLE devidamente claros e concisos.

Emenda número: 01

A referida emenda visa solicitar a mudança do período de cronograma para a coleta de dados e finalização do projeto. Novo projeto e cronograma com datas atualizadas foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/SCMJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto já passado em reunião anterior e liberado pelo colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	03/06/2025 21:48:22	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/04/2025 19:10:08	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Delma.pdf	12/04/2025 17:19:22	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Andre.pdf	12/04/2025 17:18:01	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	12/04/2025 15:53:21	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	12/04/2025 15:51:50	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	12/04/2025 15:50:39	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_santa_casa.pdf	11/04/2025 21:48:37	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_HU.pdf	11/04/2025 21:32:33	Delma Conceição Soares da Silva	Aceito

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE
FORA/MG



Continuação do Parecer: 7.863.280

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Setembro de 2025

Assinado por:

ROBSON PAULO BARBOSA DIAS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353 - Final do corredor DH, a esquerda.

Bairro: Passos

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br