



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem**

**Fadiga por Compaixão e Cultura de Segurança
do Doente: Estudo com Profissionais de
Serviços de Urgência**

DISSERTAÇÃO

Anabela Mota Afonso

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**Fadiga por Compaixão e Cultura de Segurança do Doente:
Estudo com Profissionais de Serviços de Urgência**

**Compassion Fatigue and Patient Safety Culture:
Study with Emergency Services Professionals**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Elisabete Borges
e coorientada pela Professora Doutora Letícia Trindade

Porto, 2024

“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”

Friedrich Nietzsche

Ao meu avô Manuel, que me mostrou o meu caminho e me trouxe até aqui...

AGRADECIMENTO

À professora Doutora Elisabete Borges, por toda a partilha, disponibilidade, compreensão, paciência, competência, exigência, exemplo de profissionalismo e pelo apoio incondicional.

À Professora Doutora Letícia Trindade pela dedicação, disponibilidade, sabedoria, compreensão, partilha e paciência ao longo da realização deste trabalho.

A todos os participantes pela autorização, participação e disponibilidade em colaborar, assim como aos enfermeiros gestores pela ajuda na divulgação do estudo.

À minha Enfermeira Gestora, Enfermeira Emília Neves, que foi a minha inspiração e a grande impulsionadora para a escolha deste mestrado.

Ao meu marido pela confiança e apoio nas minhas escolhas, pelo incentivo e por fazer este caminho comigo.

Aos meus filhos – Leonardo e Constança – pela paciência, pelo apoio e pela compreensão por a mãe não estar tão presente.

Aos meus pais e aos meus irmãos – Luís e Odete – que apesar de acharem que sou louca, sempre me apoiaram e incentivaram.

Às minhas comadres - Sílvia e Filomena - por sempre terem acreditado em mim, pela amizade incondicional, por alimentarem a minha inquietação, confiarem nas minhas capacidades e por toda a ajuda e disponibilidade ao longo deste desafio.

Às minhas colegas neste caminho – Isaura e Sandrina – que o tornaram menos solitário e mais tranquilo.

Por fim, a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Os serviços de urgência/emergência são ambientes desafiadores, únicos, em constante mudança, caracterizados pela sua complexidade e diversidade, colocando os profissionais de saúde em maior risco de respostas ao stress relacionado com o trabalho, tornando-os mais vulneráveis à Fadiga por Compaixão (Carneiro et al., 2024). Esta caracteriza-se por um estado de exaustão biológica, psicológica e social, sendo uma consequência do processo de cuidar, podendo estar negativamente correlacionado com a satisfação do trabalhador e a segurança do doente (Carneiro et al., 2024).

O presente estudo, integrado no Projeto multicêntrico *Health Work International Project* (Escola Superior de Enfermagem do Porto/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde/ Rede de Investigação em Saúde), teve como objetivos identificar os níveis de Fadiga por compaixão dos profissionais de Serviços de Urgência, caracterizar a Cultura de segurança do doente na perspetiva dos profissionais de Serviços de Urgência, identificar a relação da Fadiga por compaixão e da Cultura de segurança do doente com as variáveis sociodemográficas e profissionais e analisar a relação entre a Fadiga por compaixão e a Cultura de segurança do doente. Para isso desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Para a recolha de dados, aplicou-se um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional, a *Professional Quality of Life Scale 5* (Satmm, 2010; Carvalho & Sá, 2011) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sorra & Nieva, 2004; Eiras et al., 2014). Optou-se por uma amostra de conveniência, tendo participado no estudo 172 profissionais de Serviços de Urgência de um hospital do centro de Portugal.

Dos resultados obtidos salienta-se: os profissionais revelaram valores moderados de Satisfação por compaixão e de Fadiga por compaixão; esta foi influenciada pela prática de Atividades de lazer e pelo Local de trabalho. Verificou-se a necessidade de intervenção em todas as dimensões da Cultura de segurança do doente, sendo que a dimensão com maior percentagem média de respostas positivas foi o Trabalho em equipa e a que obteve um valor mais baixo foi a Resposta ao erro não punitiva. A Fadiga por compaixão revelou associações negativas com 11 dimensões da Cultura de segurança do doente.

Assim, a segurança do profissional de saúde e do doente são domínios inseparáveis e conduzem a práticas interconectadas. É importante o envolvimento de todos os membros das organizações, realçando-se o papel do enfermeiro gestor, enquanto dinamizador do desenvolvimento profissional da sua equipa, assim como da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cidadão.

Palavras-chave: Fadiga de Compaixão, Segurança do paciente, Profissionais de saúde, Serviço hospitalar de emergência, Saúde ocupacional.

ABSTRACT

Urgent and emergency services are changeling and unique environments, in constant change, characterized by their complexity and diversity, putting the healthcare professionals in higher risk of stress related with their work, making them more susceptible to compassion fatigue (Carneiro et al., 2024). This is characterized by a state of physical, psychological and social exhaustion, being one of the consequences of the care process which can be negatively correlated with the professional satisfaction and the patient safety.

The present study, integrated into the multicentre project Health Work International Project (*Escola Superior de Enfermagem do Porto/Research Center for Health Technologies and Services/ Health Research Network*), had as its main goals: to identify the levels of compassion fatigue of the healthcare professionals in emergency departments; characterize the patient safety culture in the perspective of professionals in the emergency department; identify the relation between compassion fatigue and patient safety culture, with sociodemographic and professional variables; and analyse the relationship between compassion fatigue and patient safety culture. For this propose, a quantitative, descriptive, correlational and transversal study was developed. For data collection, a questionnaire was applied to characterize the sociodemographic and professional dimensions, the Professional Quality of Life Scale 5 (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011) and the Hospital Survey on Patient Safety Culture (Sorra & Nieva, 2004; Eiras et al., 2014). A convenience sample was chosen, having 172 healthcare professionals participated in the study, from the Emergency Department of a Hospital in the centre region of Portugal.

From the results obtained, has highlighted: the professional's revealed moderate scores of compassion satisfaction and compassion fatigue; this was influenced by the practice of leisure activities and by the workplace. It was verified the need for intervention in all aspects of patient safety culture dimensions, being the dimension with the highest percentage of positive response the Teamwork and the one that obtained the lowest score the Non-punitive error response. Compassion fatigue has showed negative associations with 11 dimensions of patient safety culture.

Thus, the healthcare professionals and patient safety are inseparable domains and lead to interconnected practices. It is important the involvement of all of the organization's members, highlighting the role of the nurse manager, promoting the continuous professional development of the team, as well as the quality and safety of care provided to citizens.

Keywords: Compassion fatigue, Patient safety, Health personnel, Emergency services, Occupational health.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

BO - *Burnout*

CSD - Cultura de Segurança do Doente

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC - *European Commission*

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

FC - Fadiga por compaixão

GT-SU - Grupo de Trabalho Serviço de Urgência

HSPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

ILO - *International Labour Organization*

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

ProQOL5 - *Professional Quality of Life Scale 5*

QVP - Qualidade de Vida Profissional

SC - Satisfação por Compaixão

SNS - Serviço Nacional de Saúde

STS - Stress Traumático Secundário

SU - Serviços de Urgência

WHO - *World Health Organization*

DP - Desvio padrão

f - Teste ANOVA

h - teste *Kruskal-Wallis*

Ku - Coeficiente de achatamento

LSD - teste comparações múltiplas

M - Média

ni - frequência absoluta

p - valor de prova

r - Coeficiente de *Pearson*

Sk - Valores de assimetria

t - teste t de *student*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS E RISCOS PSICOSSOCIAIS	23
2. CONTEXTO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA	31
3. FADIGA POR COMPAIXÃO.....	37
4. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE.....	45
5. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL E SEGURO: PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR	53
6. MÉTODO.....	59
6.1. Finalidade e objetivos.....	59
6.2. Tipo de estudo	60
6.3. Variáveis do estudo	60
6.4. População e amostra.....	62
6.4.1. Caracterização da amostra.....	62
6.5. Material	64
6.5.1. Fidelidade das escalas	67
6.6. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas	68
6.7. Tratamento de dados.....	69
7. RESULTADOS	71
7.1. Fadiga por compaixão em profissionais de serviços de urgência.....	71
7.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais em profissionais de serviços de urgência.....	72
7.3. Perceção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente.....	74
7.4. Relação entre a perceção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente e as variáveis sociodemográficas e profissionais	78
7.5. Relação entre a Fadiga por Compaixão em profissionais de serviços de urgência e a Cultura de segurança do doente.....	88
8. DISCUSSÃO	91
8.1. Fadiga por compaixão em profissionais de serviços de urgência.....	91

8.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais em profissionais de serviços de urgência.....	93
8.3. Percepção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente.....	96
8.4. Relação entre a percepção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente e as variáveis sociodemográficas e profissionais	102
8.5. Relação entre a Fadiga por Compaixão em profissionais de serviços de urgência e a Cultura de segurança do doente.....	108
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

ÍNDICE de TABELAS

TABELA 1: Operacionalização das variáveis	61
TABELA 2: Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas (n=172)	63
TABELA 3: Caracterização da amostra segundo as variáveis profissionais (n=172)	64
TABELA 4: Descrição dos itens das subescalas da ProQOL5	65
TABELA 5: Descrição dos itens das dimensões e das variáveis de resultado do HSPSC	66
TABELA 6: Consistência interna das subescalas da ProQOL5 no presente estudo, no estudo de Stamm (2010) e no de Carvalho e Sá (2011)	67
TABELA 7: Consistência interna do HSPSC no presente estudo, no estudo de Sorra e Nieva (2004) e no estudo de Eiras et al. (2014)	68
TABELA 8: Estatísticas descritivas das subescalas da ProQOL5	71
TABELA 9: Pontos de corte da ProQOL5 no presente estudo, Stamm (2010), Carvalho e Sá (2011), Borges et al. (2019) e Pereira et al. (2022)	72
TABELA 10: Associação entre as subescalas da ProQOL5 e as variáveis sociodemográficas	73
TABELA 11: Associação entre as subescalas da ProQOL5 e as variáveis profissionais	74
TABELA 12: Principais estatísticas das dimensões do HSPSC	75
TABELA 13: Principais estatísticas da Avaliação geral da segurança do doente (Secção E)	76
TABELA 14: Distribuição do número de eventos/ocorrências registados nos últimos 12 meses	76
TABELA 15: Percentagem de respostas negativas, neutras e positivas aos itens e dimensões do HSPSC	77

TABELA 16: Associação entre as dimensões do HSPSC e as características sociodemográficas dos profissionais	80
TABELA 17: Associação entre as dimensões do HSPSC e as variáveis profissionais dos trabalhadores	86
TABELA 18: Estatísticas das dimensões do HSPC entre os grupos profissionais	87
TABELA 19: Associação entre as subescalas da ProQOL5 e as dimensões do HSPSC recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson (r)	89

INTRODUÇÃO

Um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito humano fundamental e está refletido no princípio 10 do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, sendo também fundamental para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (*European Commission* [EC], 2021). Assim sendo, as organizações devem considerar a saúde dos trabalhadores como um importante património da empresa (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2010).

A crise de saúde pública ocasionada pela pandemia da Covid-19 desencadeou profundas e rápidas mudanças no mundo laboral, tendo agravado e realçado os riscos psicossociais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). A OMS define os riscos psicossociais como a probabilidade de ocorrência de um evento adverso na saúde mental, física e/ou social do trabalhador, decorrente da exposição a fatores de risco no local de trabalho (OMS, 2010; Gaspar et al., 2023).

Identificada como um risco psicossocial, nos últimos anos, a Fadiga por compaixão (FC) nos profissionais de saúde tem sido alvo de interesse por parte dos investigadores devido à crescente evidência de esta poder ter consequências na saúde física, psicológica e espiritual dos trabalhadores (Xie et al., 2021). Os profissionais que sofrem de FC podem ter diminuição do tempo de reação e da capacidade de resolução de problemas, o que contribui para aumentar o risco de erros e lesões, podendo também comprometer a segurança do doente (Batalha et al., 2022; Steege & Rainbow, 2016).

Assim, os mais importantes preditores da segurança do doente são as dimensões da cultura de segurança, sendo por isso importante identificar e priorizar as áreas que necessitam de intervenção, promovendo assim a cultura da organização e melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Lee & Dahuntoen, 2021).

A DGS segue as orientações tanto da OMS como do Conselho da União Europeia, recomendando a avaliação dos profissionais sobre a Cultura de

segurança do doente (CSD), como condição essencial para a introdução de mudança de comportamentos dos profissionais e das organizações prestadoras de cuidados de saúde, assim como para a implementação de estratégias promotoras de uma cultura de segurança, alcançando melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes (DGS, 2020b).

Algumas dessas estratégias passam pelo enfermeiro gestor, visto que este deve ser o impulsionador da construção de ambientes favoráveis à prática clínica, promovendo ambientes seguros, identificando e gerindo os riscos e introduzindo medidas corretivas, devendo também promover uma cultura de segurança da equipa (Regulamento nº101/2015).

No âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, foi desenvolvido, nos Serviços de Urgência de um Hospital do centro de Portugal (Serviço de Urgência Médico-cirúrgica e Urgência Pediátrica), o estudo “Fadiga por compaixão e Cultura de segurança do doente: estudo com profissionais de Serviços de Urgência”, sob orientação da Professora Doutora Elisabete Borges e coorientação da Professora Doutora Letícia Trindade.

O estudo integra o projeto *Health Work International Project* (Escola Superior de Enfermagem do Porto/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde/Rede de Investigação em Saúde), que visa contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem do Trabalho e Saúde do Trabalhador, a promoção da saúde e prevenção da doença no local de trabalho, em associação com várias instituições de ensino superior em Portugal, Espanha e Brasil.

Este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e consciencialização acerca da FC nos profissionais de serviços de urgência e a sua importância para a CSD, assim como para a implementação de projetos que promovam ambientes de trabalho saudáveis e seguros. Assim sendo, definimos como objetivos: identificar os níveis de FC dos profissionais de serviços de urgência, identificar a relação entre a FC, a CSD e as variáveis sociodemográficas e profissionais, caracterizar a CSD nos profissionais de serviços de urgência e analisar a relação entre a FC e a CSD.

O presente trabalho encontra-se estruturado em capítulos nomeadamente, os ambientes de trabalho saudáveis e os riscos psicossociais, a contextualização dos serviços de urgência, a fadiga por compaixão, a cultura de segurança do doente e as estratégias promotoras de um ambiente de trabalho saudável e seguro e o papel do enfermeiro gestor. Os restantes capítulos são referentes à metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências bibliográficas.

1.AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS E RISCOS PSICOSSOCIAIS

A saúde é um direito humano universal e um dos principais contribuintes para o bem-estar, desenvolvimento económico, crescimento, riqueza e a prosperidade para todos (*World Health Organization* [WHO] & *International Labour Organization* [ILO], 2020). Podemos considerar o trabalho um fator determinante para a saúde, desempenhando um papel fulcral na vida do ser humano, sobretudo se considerarmos que a maioria das pessoas passa cerca de oito horas por dia no local de trabalho (DGS, 2020a).

O direito a um local de trabalho saudável e seguro está refletido no princípio 10 do Pilar Europeu dos Direitos Sociais e é fundamental para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, plasmado no objetivo 8 “Trabalho digno e crescimento económico”, sendo que uma força de trabalho saudável é a base fundamental de uma economia e sociedade fortes e resilientes (EC, 2021; Nações Unidas, 2018).

Na 110^a Conferência Internacional do Trabalho, em junho de 2022, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) incluiu “Um ambiente de trabalho seguro e saudável” no quadro dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, no sentido de melhorar a prevenção de lesões e doenças profissionais (ILO, 2023a), considerando que “a promoção dos direitos dos trabalhadores a um ambiente de trabalho seguro e saudável deve ser reconhecida como um direito humano fundamental” (OIT, 2022b, p.10).

De acordo com a literatura consultada, um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os empregadores colaboram conjuntamente no processo de melhoria contínua quanto à proteção e promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e garanta a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho (DGS, 2021; OIT, 2022a; OMS, 2010). Para tal, devem ser consideradas diversas questões, tais como: a segurança e saúde no ambiente físico do trabalho; a segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial do trabalho; recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho

e o envolvimento da empresa na comunidade (DGS, 2021; Gaspar et al., 2023; OMS, 2010).

No “Relatório do custo do stress e dos problemas de saúde psicológica no trabalho em Portugal”, realizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) em 2023, considera-se que os locais de trabalho devem assegurar um conjunto de condições para que sejam considerados saudáveis, nomeadamente: autoeficácia; inclusão e apoio dos colegas e supervisores; gestão de stress; reconhecimento e recompensa; conciliação entre a vida pessoal e profissional; gestão e liderança e o contexto, considerando que os trabalhadores devem ter um contexto laboral que seja, ergonómico, não tóxico, fisicamente e psicologicamente seguro.

Também, a Constituição da República Portuguesa consagra que o trabalhador tem o direito de prestar o trabalho em condições de higiene, segurança e saúde, devendo possibilitar que os trabalhadores alcancem elevados níveis de conforto e bem-estar físico, melhoria da saúde individual e o reforço de práticas e estilos de vida saudáveis (DGS, 2020a).

Para além disso, a Saúde Ocupacional é um direito consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019), tendo por finalidade a prevenção de riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, considerando a promoção e manutenção de elevados níveis de saúde e bem-estar físico, mental e social, assim como a integração e manutenção do trabalhador num ambiente de trabalho ajustado às suas necessidades físicas e mentais (DGS, 2021; Lei nº 102/2009).

No seguimento, um local de trabalho saudável significa evitar as consequências prejudiciais das lesões e doenças no local de trabalho, sejam elas de ordem física ou mental, podendo ter efeitos devastadores não só para o trabalhador, para a sua família, assim como para a empresa e para a sociedade, com as despesas inerentes para a segurança social (Borges, Queirós, Vieira et al., 2021; ILO, 2023b). Os dias de trabalho perdidos por doença ou acidente de trabalho representam quase 4% do Produto Interno Bruto mundial e em Portugal estima-se que representem cerca de 8.064.5 milhões de euros por ano (DGS, 2020a).

Assim, incentivar escolhas de estilos de vida saudáveis no local de trabalho pode reduzir significativamente a incidência de absentismo e de doenças (EC, 2021), sendo que o aumento da satisfação no trabalho tem impacto positivo na produtividade e na qualidade do trabalho, bem como os trabalhadores podem passar a sentirem-se representantes e parte integrante da empresa (DGS, 2020a; OIT, 2022b).

Contudo, o mundo do trabalho tem apresentado profundas alterações, devido ao efeito transformador da globalização, das novas tecnologias, da inteligência artificial, das alterações demográficas, das alterações climáticas e da transição para uma economia verde (EC, 2021; DGS, 2020a; OIT, 2020). Para além destas mudanças, o mundo reflete alterações significativas desde que apareceram os primeiros casos de Covid-19, desencadeando profundas e rápidas mudanças no mundo laboral (DGS, 2021), transformações que se acentuaram com o início da guerra na Ucrânia em março de 2022 (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 2022). Estas alterações agravaram e realçaram os riscos psicossociais (Borges, Queirós, Vieira et al., 2021; DGS, 2021; OIT, 2022b).

No “Flash Eurobarómetro 530 Saúde Mental” da EC (2023) 62% dos cidadãos da União Europeia pensam que os recentes acontecimentos mundiais (a pandemia de Covid-19, a guerra na Ucrânia, a crise climática, o desemprego e os custos dos alimentos e da energia) afetaram “de certa forma” ou “grandemente” a sua saúde mental, enquanto em Portugal esta perceção é mencionada por 73% dos inquiridos.

Também no relatório “Saúde mental no trabalho após a pandemia Covid-19 – o que revelam os números europeus” da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) (2024) ficou patente que já era importante abordar os riscos psicossociais e a saúde mental relacionada com o trabalho antes de 2020, no entanto, a pandemia Covid-19 tornou estas questões mais evidentes e prementes, considerando que os problemas de saúde mental de muitos trabalhadores persistiram ou aumentaram durante a pandemia, sendo um

dos fatores de risco mais evidente a forte pressão do tempo e a sobrecarga de trabalho.

No Quadro Estratégico da União Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho 2021-2027, anunciado no plano de ação do Pilar Europeu dos Direitos Sociais estão patentes as principais prioridades e ações para melhorar a saúde e a segurança dos trabalhadores no contexto do mundo pós-pandemia (EC, 2021). Também o Guia Técnico nº 3: vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho da DGS (2021) reflete a preocupação com a avaliação e implementação de ações e medidas para a prevenção do risco psicossocial nos trabalhadores.

Portanto, os fatores de risco são inúmeros, e enquanto uns são de fácil identificação, por exemplo ao nível da edificação, equipamentos, outros podem não ser tão evidentes e perceptíveis, como os psicossociais, por exemplo, associados à natureza do trabalho, às cargas emocionais, longas horas de trabalho, maior carga de trabalho e pressão, violência, assédio, falta de suporte social no trabalho, existência de conflito trabalho-família, (DGS, 2020a; ILO, 2023b; OIT, 2020; OIT, 2022b).

A OMS (2010) considera que o ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura organizacional, atitudes, valores, crenças e práticas diárias da organização que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Enquanto que os fatores de riscos psicossociais podem definir-se como as interações entre o ambiente de trabalho (incluindo o conteúdo do trabalho, organização e gestão do trabalho) e as competências e necessidades dos trabalhadores, que podem influenciar a saúde, o rendimento no trabalho e a satisfação profissional, os riscos psicossociais dizem respeito à probabilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde mental, física e/ou social do trabalhador, decorrente da exposição a fatores de risco psicossociais no local de trabalho (DGS, 2021).

Segundo a OPP (2023), os riscos psicossociais constituem um dos maiores riscos para a saúde física e psicológica dos trabalhadores, com consequências para o bom funcionamento das organizações, sendo que, se não forem devidamente avaliados e geridos, podem aumentar os níveis de stress e levar a

problemas de saúde física e mental (Borges et al., 2019; OIT, 2020). Os sintomas psicológicos podem incluir mau humor, baixa motivação, exaustão, ansiedade, depressão, *Burnout* (BO) e pensamentos suicidas, enquanto as reações físicas podem passar por problemas digestivos, alterações no apetite e peso, fadiga, doenças cardiovasculares, distúrbios músculo-esqueléticos (OIT, 2020). Podem também surgir alterações no comportamento, nomeadamente mudanças no nível de atividade, aumento do consumo do tabaco, álcool e drogas, maus hábitos alimentares, padrões de sono irregulares, o que pode ter um impacto negativo no trabalho (OIT, 2020).

Um ambiente de trabalho com elevado risco psicossocial leva ao aumento dos conflitos e consequente degradação do clima de trabalho, e segundo a OPP (2023) os trabalhadores perdem em média um dia por mês a lidar com estes conflitos. Para além disso, pode ter também um impacto considerável na produtividade, no aumento do absentismo e do presentismo, na rotatividade dos trabalhadores e na intenção de sair da organização, no menor envolvimento nas tarefas e na redução do desempenho, tanto na quantidade como na qualidade, o que pode aumentar a possibilidade de erro humano, risco de lesões e acidentes de trabalho (DGS, 2021; OIT, 2020; OPP, 2023). Todas estas questões podem traduzir-se em elevados encargos financeiros para os trabalhadores (perda de salário e gastos adicionais com consultas e tratamentos médicos), para as empresas (necessidade de substituir o trabalhador pelo absentismo, e a redução da produtividade) e para a sociedade (que suporta os custos com a saúde e o impacto económico da diminuição da produtividade) (DGS, 2021; OPP, 2023).

Considerando o custo da perda de produtividade das empresas portuguesas devido ao absentismo e presentismo relacionados com o stress e problemas de saúde psicológica, os quais aumentaram de 3,2 mil milhões de euros em 2020 para 5,3 mil milhões de euros em 2022, correspondendo a uma perda de produtividade das empresas de cerca de 1,4% do seu volume de negócios, sendo que a prevenção e a promoção da saúde psicológica e do bem-estar nas empresas portuguesas podem reduzir as perdas de produtividade em pelo

menos 30%, o que corresponde a uma poupança de cerca de 1,6 mil milhões de euros por ano (OPP, 2023).

Os setores da saúde e da assistência social são dos que a nível europeu, emprega cerca de 11% de todos os trabalhadores da União Europeia (EU-OSHA, 2022). Os trabalhadores da área da saúde são considerados trabalhadores essenciais, mas estão mais sujeitos a um conjunto de riscos profissionais associados a riscos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos e psicossociais, que afetam a segurança tanto dos trabalhadores, como dos doentes (ILO, 2023b; WHO & ILO, 2020). Para além disso, os sistemas de saúde são continuamente desafiados a adaptar-se a um ambiente em constante mudança, que exige ajustes constantes na prestação de cuidados de saúde, tendo consequências tanto na forma como o trabalho é realizado como nas exigências colocadas aos seus profissionais (ILO, 2019).

Segundo a EU-OSHA (2022), a prevalência de riscos psicossociais relacionados com o trabalho é mais elevada no setor da saúde em comparação com outros setores, considerando como riscos psicossociais do setor da saúde: cargas de trabalho elevadas, pressão de tempo, exigências emocionais (por exemplo exposição a eventos traumáticos, confronto com a dor), exigências cognitivas (por exemplo tomadas de decisão sob pressão), violência de terceiros, intimidação interna, longas horas de trabalho e trabalho por turnos, muitas vezes combinados com falta de tempo, competências, controlo sobre o trabalho e apoio social devido à falta de pessoal (EU-OSHA, 2023). Estar exposto a riscos físicos é também um fator de risco para o stress, sendo esta interação particularmente relevante, dada a elevada prevalência de riscos ergonómicos e psicossociais (EU-OSHA, 2023).

Uma força de trabalho de saúde bem formada, motivada e apoiada é a base de todos os sistemas de saúde e é essencial para a prestação de cuidados. Assim sendo, torna-se fundamental a abordagem destas questões, assim como a prevenção e avaliação dos riscos profissionais nos profissionais de saúde (Borges et al., 2019; ILO, 2023b; WHO & ILO, 2020).

Para além disso, é importante proteger os profissionais de saúde garantindo e promovendo a saúde e segurança ocupacional, tendo em vista o bem-estar dos sistemas de saúde, mantendo-os funcionais e resilientes (OIT, 2022a), visto que estes sistemas desempenham um papel fundamental na proteção, restauração e manutenção da saúde dos doentes e das populações (ILO, 2023b).

Portanto, garantir a segurança e saúde ocupacional dos profissionais de saúde deve ser uma prioridade e um pré-requisito para cuidados de qualidade, visto que condições de trabalho inseguras aumentam o risco de doenças e lesões profissionais entre os trabalhadores da saúde e comprometem a segurança dos doentes, a qualidade dos cuidados e a resiliência geral dos sistemas de saúde (WHO & ILO, 2020; WHO, 2021).

No Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, a OMS considera que a segurança do profissional de saúde e do doente são domínios inseparáveis e estão diretamente relacionados, visto que os riscos para a saúde e segurança dos profissionais de saúde podem conduzir a riscos, danos e eventos adversos para os doentes (WHO, 2021).

Assim, assumindo que o trabalho é simultaneamente uma importante fonte/origem de riscos psicossociais, mas também o local ideal para os enfrentar (DGS, 2021), avaliar, prevenir e intervir nestes riscos em contexto laboral são estratégias fundamentais na construção de locais de trabalho saudáveis, seguros e sustentáveis (OPP, 2023).

Em suma, as organizações que destacam o envolvimento e bem-estar dos trabalhadores têm níveis mais elevados de produtividade e desempenho, quer a nível individual quer a nível da organização (OPP, 2023), sendo o trabalho digno na área da saúde fundamental para garantir sistemas de saúde eficazes e resilientes e para alcançar a igualdade de acesso a cuidados de qualidade (ILO, 2019).

2. CONTEXTO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA

O conceito de emergência e urgência médica está definido no Despacho nº 18459/2006 (p. 18611) como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”. Neste despacho não se distingue urgência de emergência. No entanto, a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, criada pelo Despacho nº 13377/2011, define como urgência uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”, e como emergência uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015, p.1).

De acordo com a DGS (2014), a utilização do termo súbito poderá considerar-se demasiado restritiva, visto que existem muitas situações emergentes que não são súbitas. Pode então considerar-se doença aguda como uma situação clínica que se apresenta de forma súbita ou num curto espaço de tempo e que pode ser emergente, urgente ou não urgente, sendo que esta última não necessita de intervenção médica nos Serviços de Urgência (SU) (DGS, 2014), não devendo estar contidas nos objetivos assistenciais dos SU (ACSS, 2015).

Relativamente aos serviços de urgência hospitalar, estes foram criados pelo Despacho Normativo nº11/2002, sendo definidos como “... serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica” (Despacho Normativo nº11/2002, p. 1865).

Posteriormente, no Despacho nº 10319/2014 é determinada a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, ao nível da responsabilidade hospitalar e a sua inter-relação com o pré-hospitalar, assim como classifica os serviços de urgência segundo a diferenciação técnica e a capacidade de resposta, definindo os padrões mínimos relativos à sua estrutura, equipamentos,

valências médicas disponíveis, recursos humanos, formação das equipas multidisciplinares, assim como os critérios e indicadores de qualidade (Despacho nº 10319/2014; Grupo Trabalho Serviços Urgência [GT-SU], 2019).

De tal forma, o Despacho nº 10319/2014 define três níveis de resposta nos SU: o Serviço de Urgência Básica, primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, constituindo um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência assim como a estabilização inicial de situações de maior complexidade, devendo ter uma ambulância de Suporte Imediato de Vida; o Serviço de Urgência Médico-cirúrgico, segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básica e referenciando para o Serviço de Urgência Polivalente situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no Serviço de Urgência Médico-cirúrgico; o Serviço de Urgência Polivalente é o nível mais elevado de resposta às situações de urgência e emergência (Despacho nº 10319/2014).

O mesmo despacho prevê que o atendimento urgente a crianças deve estar disponível em todos os níveis de atendimento, considerando-se crianças todos os utentes até aos 17 anos e 364 dias de vida. No Serviço de Urgência Básica o atendimento de crianças encontra-se englobado no atendimento geral, enquanto nos Serviços de Urgência Médico-cirúrgicos e nos Serviços de Urgência Polivalente é da responsabilidade de Urgências Pediátricas, que devem ter instalações fisicamente independentes das áreas de atendimento de adultos, com recursos humanos e equipamentos adequados ao atendimento a crianças (Despacho nº 10319/2014).

Assim, a correta classificação dos serviços de urgência/emergência do Sistema Nacional de Saúde (SNS) é determinante para uma resposta eficaz e eficiente ao nível dos cuidados de saúde urgentes e emergentes, e fulcral para a sua adequada integração no Sistema Integrado de Emergência Médica e articulação com os meios de emergência do Instituto Nacional de Emergência Médica (Despacho Nº 10438/2016). Todas as situações clínicas enquadráveis na

definição de cuidados urgentes e emergentes necessitam de referenciação para unidades com a diferenciação adequada para um atendimento correto sob o ponto de vista técnico e científico (Despacho Nº 10438/2016; GT-SU, 2019).

No Despacho nº 13427/2015 são definidos e classificados os SU que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência, corrigido pela Declaração de retificação nº 1032-A/2015 e posteriormente alterado pelo Despacho nº 10438/2016, sendo que o objetivo é ter uma cobertura nacional, garantindo o acesso de todos os cidadãos a pontos da rede em menos de 60 minutos, sendo que esta rede é constituída por SU com níveis de assistência diferenciados, dotados de diferentes recursos (humanos e materiais) para dar resposta às diferentes necessidades (Despacho nº 13427/2015; Despacho nº 10438/2016).

Face ao exposto, os serviços de urgência são um dos pilares fundamentais do Sistema Integrado de Emergência Médica, tendo o seu funcionamento e articulação impacto fundamental na qualidade dos cuidados prestados aos doentes agudos (Despacho nº 10319/2014).

De tal forma, em 2019, foi criado o Grupo de Trabalho Serviço de Urgência, através do Despacho nº 696/2019 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, com o objetivo de estudar diferentes modelos organizativos dos SU, tendo este grupo de trabalho identificado quatro problemas que consideraram ser estruturais: dificuldade em gerir SU que não funcionam como tal; afluência ao SU; *output* dos doentes; transporte inter-hospitalar. Algumas das propostas de melhoria apresentadas foram ter SU enquanto serviços de ação médica, com equipas próprias, formação adequada, liderança e com a criação da especialidade de medicina de urgência e emergência; rever a gestão da procura; acabar com o internamento no SU e diminuição da demora média do internamento; gestão Nacional pelo Instituto Nacional de Emergência Médica do transporte Inter-hospitalar (GT-SU, 2019).

No entanto, os SU continuam a ser verdadeiros desafios no SNS por vários motivos, estão abertos 24 horas/dia, 365 dias/ano, sujeitos à realidade onde estão inseridos, em constante mudança, onde tudo acontece de forma rápida e não programada, impondo uma grande flexibilidade, capacidade de adaptação e

exigindo uma resposta cada vez mais atempada, eficaz e cientificamente adequada (Brazão & Baptista, 2022; GT-SU, 2019).

Como tal, os SU transformaram-se na porta de entrada do SNS, sendo reconhecidos como grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, podendo condicionar o regular funcionamento de outros serviços (Brazão & Baptista, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

É do conhecimento de todos que os meios dos SU continuam a ser inadequadamente utilizados no atendimento de doentes não urgentes, consumindo recursos de emergência, tais como profissionais de saúde e equipamentos, desviando-os de doentes mais graves, podendo comprometer o acesso destes de forma rápida e segura, aumentando a carga de trabalho dos profissionais, tendo assim um custo significativo associado (Brazão & Baptista, 2022; DGS, 2014; GT-SU, 2019).

Segundo a DGS (2018), um dos possíveis obstáculos ao adequado funcionamento dos SU é a ausência de triagem de pessoas. Assim, a Norma nº002/2018 da DGS prevê que os serviços de urgência devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester, com o objetivo de definir o nível de prioridade e a identificação de critérios de gravidade, não se tratando de estabelecer diagnósticos, mas sim a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo. Este sistema de triagem prevê cinco níveis de prioridade: emergente (vermelho), atendimento imediato; muito urgente (laranja), atendimento praticamente imediato; urgente (amarelo), necessitam de atendimento rápido mas podem aguardar; pouco urgente (verde), podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde e não urgente (azul), podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde (Grupo Português de Triagem, 2021); existe também uma outra cor, branca, que prevê a atividade programada ou não urgente, estando os critérios de atribuição da mesma definidos pelo Grupo Português de Triagem (Grupo Português de Triagem, 2011).

Apesar do trabalho desenvolvido nos últimos anos, continua a verificar-se o uso inadequado do SU, notando-se um aumento da percentagem de atendimentos

com prioridade verde/azul/branca, sendo que tal aumento continua a verificar-se após a pandemia (Brazão & Baptista, 2022). Segundo dados da ACSS em 2018 e 2019 a percentagem de atendimentos triados com verde/azul/branco foi de 41,8% e em 2022 foi de 44,5% (ACSS, 2023). São várias as possíveis explicações para esta realidade (DGS, 2014), contudo estes valores poderão refletir a necessidade de repensar estratégias para melhorar a eficiência e eficácias dos SU, algumas enumeradas pelo GT-SU (2019), outras a serem desenvolvidas pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Com base no exposto, o SNS atravessa um período crítico, assim como os SU. Como tal, este contexto resulta de várias condicionantes, “como a escassez de recursos humanos, o recurso excessivo dos portugueses a cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar e a elevada dependência histórica do recurso a trabalho extraordinário para manutenção do funcionamento dos diferentes pontos da rede de Serviço de Urgência” (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2023, p.1). Os profissionais dos SU atuam num ambiente complexo e desafiante, nomeadamente pelo aumento de doentes (muitos deles sem necessidade de cuidados urgentes), pela pressão constante dos tempos de espera (associado à escassez de recursos humanos), afetando os profissionais tanto física como emocionalmente, o que poderá contribuir para o aumento dos riscos para a segurança do doente e do profissional (Caulfield et al., 2022; Dasan et al., 2015).

Para além disso, segundo Saleha et al. (2020), os profissionais dos SU estão em maior risco de sofrer violência devido à acessibilidade 24 horas por dia, à falta de seguranças devidamente treinados e a uma área de trabalho altamente exigente. A natureza imprevista da doença, dor e desconforto do doente, bem como a tensão e stress dos doentes e familiares, associados a resultados inesperados, muitas vezes agravados por espaços apertados, falta de privacidade e interações pessoais intensas e longos tempos de espera (Machado et al., 2023; Saleha et al., 2020), aumentam a pressão e o stress dos profissionais, colocando-os em risco de desenvolver FC e diminuindo a empatia

e compreensão (Dasan et al., 2015; Wong et al., 2022), condições que se agravaram com a pandemia Covid-19 (Wong et al., 2022).

Assim sendo, torna-se necessário ter equipas organizadas e motivadas, ressaltando que tudo o que afeta negativamente os profissionais de saúde, poderá diminuir a satisfação do doente e reduzir a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se quer num aumento dos tempos de espera no diagnóstico, quer na realização de tratamentos tardios (GT-SU, 2019).

Em suma, os profissionais dos SU são suscetíveis de desenvolver FC devido à exposição frequente a doentes em estado crítico, necessitando de intervenções urgentes e dinâmicas, o que coloca grande pressão nos profissionais e exige um ritmo de trabalho rápido num ambiente complexo (Machado et al., 2023; Xu et al., 2024), sendo por isso importante haver uma preocupação em criar melhores condições de trabalho e que lhes seja permitido aprender estratégias de gestão do stress, prevenção do BO e do Stress Traumático Secundário (STS) (Queirós, 2023), assegurando tanto a segurança do profissional como do doente.

3. FADIGA POR COMPAIXÃO

A FC é muitas vezes confundida ou utilizada de forma equivocada substituindo outros termos como o *burnout* ou o stress traumático secundário (Lago, 2008). No entanto, pode ser considerado um fator importante para descrever a resposta ao stress no trabalho (Sinclair et al., 2017).

A primeira vez que há referência a este termo foi em 1992, quando Joinson estudou o desgaste dos enfermeiros com experiências repetidas em situações de emergência (Figley, 1995). Joinson acreditava tratar-se de um tipo específico de BO que provinha do vínculo empático entre os enfermeiros e os doentes, tendo em conta as especificidades do seu trabalho de ajuda (Ames et al., 2017; Lago, 2008; Yu et al., 2016).

Posteriormente, Figley (1995) estudou a perturbação de stress pós-traumático em veteranos de guerra, tendo-se apercebido nos seus estudos que os familiares destes veteranos também eram afetados pelas suas experiências traumáticas, chegando mesmo a apresentar sinais e sintomas semelhantes, denominando este fenómeno de stress traumático secundário.

Assim, Figley (1995) definiu FC como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social resultante da exposição prolongada ao stress traumático secundário e ao que ele evoca no trabalhador, sendo uma consequência natural do ato de cuidar, ajudar, ou querer ajudar, uma pessoa traumatizada ou em sofrimento. Este estado resulta da associação de vários fatores, nomeadamente: um sentimento de contínua responsabilidade para com o doente e o seu sofrimento; uma incapacidade em conseguir diminuir o stress traumático secundário e a recordação de memórias traumáticas, geradoras de sintomas característicos da perturbação do trauma, reações estas que podem estar associadas a depressão e ansiedade (Figley, 1995). Ainda, segundo Figley (1995), a FC é inevitável se a estes fatores adicionarmos o facto de o profissional experimentar excessivas perturbações na sua vida resultantes de doença,

alterações no estilo de vida, estatuto social ou nas suas responsabilidades pessoais e profissionais.

Para além disso, a FC está também relacionada com a compaixão e a capacidade empática de quem ajuda, sendo a empatia essencial na prestação de cuidados de qualidade, refletindo como as pessoas se relacionam com o sofrimento do outro. No entanto, a empatia exagerada pode fazer com que alguém fique vulnerável à FC, soma-se que os profissionais que têm maior capacidade para sentir e expressar empatia são os mais vulneráveis ao stress traumático secundário (Baker & Vincent, 2024; Figley, 1995; Lago, 2008).

Em 2010, Stamm apresentou o modelo de Qualidade de Vida Profissional (QVP) associado à FC, entendida como a qualidade de vida que o profissional sente em relação ao seu trabalho. Neste modelo, a QVP engloba dois aspetos, o positivo, SC e o negativo, FC, dividindo-se este em duas dimensões: o BO e o STS.

Assim, a SC refere-se ao prazer que o profissional sente ao realizar o seu trabalho, relacionada com o ajudar os outros, sentir-se bem relativamente aos seus colegas e até pela capacidade de contribuir para um bom ambiente de trabalho ou até mesmo para o bem maior da sociedade, funcionando desta forma como um fator protetor da FC (Stamm, 2010). Surge quando a empatia motiva o profissional a agir de forma altruísta para cuidar do doente, o que ajuda a lidar com os aspetos negativos do trabalho (Sacco & Copel, 2018), sendo que o cuidado, a compaixão e a empatia pelos doentes impacta a vida pessoal e profissional dos profissionais de saúde (Salimi et al., 2020).

Por outro lado, o BO é um problema grave nos ambientes de trabalho devido às suas consequências negativas na produtividade e qualidade dos cuidados (Queirós & Borges, 2023; Oliveira et al., 2019); relaciona-se a sentimentos como a exaustão, frustração, raiva e depressão, sendo que os sentimentos negativos têm um início gradual, podendo estar associados a uma carga de trabalho muito alta ou a um ambiente de trabalho desfavorável (Stamm, 2010), podendo ser considerado uma síndrome psicológica marcada por problemas emocionais,

despersonalização e um sentimento de diminuição de realização no trabalho (Patel et al., 2018).

O STS diz respeito a um sentimento negativo relacionado com o processo de cuidar de quem está a sofrer, refletindo uma exposição secundária a pessoas que passaram por eventos extremamente stressantes ou traumáticos, podendo incluir medo e sono comprometido (Stamm, 2010). Incluiu, entre outros pensamentos, sentimentos e/ou comportamentos negativos desencadeados pela consciência de eventos traumáticos pelos quais outra pessoa ou grupo de pessoas passaram, bem como pelo envolvimento no apoio a vítimas de trauma, podendo gerar sintomas do transtorno de stress pós-traumático (Ogińska-Bulik et al., 2021).

Desta forma, o conceito de QVP é complexo e está associado a características do ambiente de trabalho (organizacional e de tarefas), às características pessoais do indivíduo e à exposição do indivíduo a traumas primários e secundários no ambiente de trabalho (McDermid et al., 2020; Stamm, 2010).

Os profissionais de saúde são desafiados a prestar cuidados a doentes com necessidades cada vez mais complexas (Nolte et al., 2017), sendo disso exemplo, os serviços de urgência e emergência, que se configuram como ambientes desafiadores, únicos e em constante mudança, caracterizados pela sua complexidade, diversidade e ambiguidade, fornecendo tratamento imediato para uma ampla gama de doenças com risco de vida diariamente (Caulfield et al., 2022; McDermid et al., 2020).

Estas configurações do local de trabalho podem colocar os profissionais de saúde em maior risco de respostas ao stress relacionado com o trabalho (McDermid et al., 2020), devido ao contacto direto e maior envolvimento afetivo com doentes e familiares (Dosil et al., 2020), assim como a alta rotatividade de doentes, sobrelotação, atendimentos frequentes, doentes violentos, com doença complexa, morte, reanimação em pediatria, são fatores que causam stress aos profissionais de saúde dos SU (Hamilton, 2018), sendo que estes devem estar cientes do custo potencial para o seu bem-estar e dos efeitos negativos da compaixão exagerada e dos stressores organizacionais (Yu & Gui, 2021).

Como tal, podem considerar-se fatores desencadeadores: a rotina, a precarização das condições de trabalho, a falta recursos humanos, a elevada carga de trabalho e o contacto com aspetos emocionais tanto dos doentes, como dos familiares (Nolte et al., 2017; Teixeira et al., 2020; Xu et al., 2024). Assim, os profissionais de saúde podem apresentar maior sensibilidade no processamento sensorial que interferem nas relações com a pessoa cuidada, tornando-os mais vulneráveis à FC, também devido às respostas exacerbadas aos estímulos (Pérez-Chacón et al., 2021).

Caulfield et al. (2022), analisaram os fatores que antecedem o sofrimento ocupacional dos enfermeiros de emergência, incluindo a FC, e agruparam-nos em três grandes áreas de impacto: individual, governança organizacional e ocupacional. A nível individual foram identificados aspetos como: o reviver dos eventos após o horário de trabalho; a relatividade, relacionada com o conhecer o doente e/ou família e a incapacidade sentida de prestar cuidados ideais. A nível da governança organizacional, os profissionais referiram sentir-se pressionados a equilibrar o que lhes é exigido do trabalho e ao mesmo tempo atender às necessidades do doente; o impacto dos “espetadores” no trabalho clínico dos profissionais, com a pressão da comunicação social; os processos e práticas organizacionais, nomeadamente falta de pessoal, recursos, cultura, tarefas administrativas, falta de vagas e ambiente físico. E, a nível do impacto ocupacional, identificaram a carga de trabalho (tendo sido esta a preocupação mais relatada para os profissionais de urgência); a exposição a traumas; cuidados pediátricos; a violência ocupacional e a ambiguidade do trabalho na urgência, por não saber o que se vai encontrar no turno (Caulfield et al., 2022).

Desta forma, cuidar de doentes que sofrem traumas, ou que estão em sofrimento, pode ter um impacto negativo na saúde física e mental dos profissionais de saúde, na sua segurança e bem-estar, assim como das suas famílias, das pessoas que cuidam e das próprias organizações (Alamri & Almazan, 2018; Bahari et al, 2022).

Também, Baker & Vincent (2024) mencionam que a FC pode afastar as pessoas dos cuidados eficazes de duas formas: enquanto uns afastam-se da dor, ficando

endurecidos, entorpecidos e perdem a empatia, outros seguem na direção oposta, assumindo a carga/exigência do sofrimento, tornando-se incapazes de diferenciar a sua dor, da dos seus doentes.

Assim, e segundo a literatura, a FC pode desenvolver sintomas físicos como a sensação de cansaço, fadiga, dor, mas também sintomas emocionais, como uma sensação de desespero e frustração, acompanhados por sentimentos de incompetência, impotência e isolamento (Jilou et al., 2021; Nolte et al., 2017), redução da empatia, irritabilidade, raiva, intolerância e ansiedade (Baker & Vincent, 2024). Algumas das mudanças no comportamento podem incluir o retirar tempo gasto em contacto direto com os doentes e/ou colegas, afastando-se do trabalho ou, pelo contrário, trabalhando mais horas tentando acompanhar o ritmo (Baker & Vincent, 2024). Os sintomas de FC repercutem-se muitas vezes na vida pessoal, comprometendo a conciliação entre o trabalho e a vida familiar (Arikan & Esenay, 2022; Borges et al., 2019; Queirós, 2023), podendo mesmo levar a um declínio da saúde no geral (Nolte et al., 2017).

A FC reflete-se no profissional e inerente prestação de cuidados, uma vez que favorece atitudes como o distanciamento e negação do outro, a escusa de responsabilidades e incapacidade de tomar decisões (Baker & Vincent, 2024; Nolte et al., 2017; Sousa et al., 2019), podendo levar a um aumento do absentismo, maior rotatividade dos profissionais, insatisfação no trabalho (Jilou et al., 2021; Sinclair et al., 2017; Sorenson et al., 2016; Sousa et al., 2019) e o aumento de erros de terapêutica, úlceras de pressão, quedas de doentes e redução da satisfação do doente (Almazan et al., 2019; Labrague & Santos, 2021). Portanto, a FC pode ser um dos principais fatores para o abandono da profissão, podendo levar os profissionais a apresentarem sentimentos de tristeza, depressão e falta de compaixão e empatia para com os doentes (Alreshidi & Rayani, 2023).

Na revisão integrativa realizada por Coimbra et al. (2021), os estudos enfatizaram a importância da FC na saúde mental e ocupacional nos profissionais de saúde de uma forma geral, sendo que os profissionais que trabalham em urgência e em pediatria têm maior risco de desenvolver FC, pela

natureza das problemáticas de saúde e da população que atendem (Adimando, 2017; Cocker & Joss, 2026; Sullivan et al., 2019).

Borges et al. (2019) realizaram uma investigação com enfermeiros num serviço de urgência e emergência de adultos, onde descreveram níveis mais elevados de SC, sobretudo em participantes com mais idade, seguido de BO e STS, este último com médias mais elevadas nos enfermeiros mais novos, com menos tempo de experiência profissional e sem atividades de lazer. Por outro lado, os médicos também estão sujeitos às situações críticas, como a responsabilidade de informar a condição clínica dos doentes, além de enfrentar as consequências resultantes de tomadas de decisão difíceis, das quais se destacam as “lesões” morais que estão relacionadas à FC (Litam & Balkin, 2020).

Assim, a FC pode afetar todos os profissionais que prestam cuidados em situações de trauma ou geradoras de grande sofrimento, no momento do evento ou posteriormente (Cocker & Joss, 2016; Figley, 1995; Lago, 2008; Stamm, 2010), sendo que a SC, BO e STS são dimensões que podem ser consideradas como aspetos do domínio da saúde mental, nomeadamente na promoção de ambientes de trabalho saudáveis, através da prevenção do BO e STS (Batalha et al., 2020).

É importante reforçar a noção da necessidade de cuidar de quem cuida, pois, os profissionais de saúde experienciam a satisfação, mas também o sofrimento (Batalha et al., 2020), sendo que a empatia cognitiva, o apoio e o treino das organizações podem atuar como preditores de proteção, sendo essencial identificar os profissionais vulneráveis a cargas emocionais e desenvolver estratégias para os ajudar (Yu et al., 2016).

A identificação de preditores sociodemográficos e profissionais pode ser útil para preparar intervenções mais adequadas às necessidades dos profissionais, sendo importante uma abordagem centrada na pessoa/trabalhador (Charzyyska et al., 2023), visto que existem diferenças individuais no que consideramos traumático, sendo a forma como as pessoas interpretam eventos traumáticos ou stressantes mais importante do que as próprias experiências traumáticas (Baker & Vincent, 2024; Batalha et al, 2020).

Alguns estudos (Alreshidi & Rayani, 2023; Hunsaker et al., 2014) apontam a idade e o tempo de experiência profissional como preditores da FC, sendo que os enfermeiros mais novos estão mais suscetíveis a desenvolver FC e os enfermeiros com menos de 10 anos de experiência com níveis mais baixos de SC, tornando-os mais propensos à FC. Portanto, profissionais mais experientes podem ser a chave para ajudar os mais novos a encontrar estratégias que possam melhorar a sua QVP e talvez prevenir a FC (Hunsaker et al., 2014).

Também os enfermeiros que trabalham mais horas por semana estão mais propensos à FC (Alreshidi & Rayani, 2023; Hunsaker et al., 2014), assim como o baixo nível de apoio do gestor foi um preditor significativo de níveis mais elevados de FC para enfermeiros de serviço de urgência, enquanto alto nível de apoio do gestor contribuiu para um nível mais levado de SC (Hunsaker et al., 2014).

Outro aspeto a ser considerado é a resiliência, que pode ser considerada um fator preditor negativo do BO e STS e um preditor positivo da SC, podendo influenciar os efeitos da FC no trabalho dos profissionais e na segurança do doente (Labrague & Santos, 2021; Wong, et al., 2022). Uma pessoa resiliente vivencia o stress e adversidades, no entanto possui ferramentas para lidar com isso, apresentando sintomas mais leves e transitórios (Hamilton, 2018), sendo considerada uma qualidade essencial nos profissionais de saúde, que pode ser aprendida e melhorada, através de programas educativos ou treinos de resiliência (Wong et al., 2022).

Segundo Labrague & Santos (2021) a resiliência influenciou a relação entre a FC, a satisfação no trabalho, intenção de rotatividade e a qualidade dos cuidados prestados, funcionando como fator protetor contra o impacto da FC, traduzindo-se em maior retenção e maior perceção dos cuidados prestados. Para além disso, os enfermeiros que utilizam estratégias de *coping* foram associados a níveis mais elevados de SC e níveis mais baixos de FC, sendo, portanto, vital fornecer aos profissionais um apoio abrangente para melhorar o seu bem-estar, resiliência, preparação e eficácia na gestão de crises (Hashish & Atalla, 2023).

Em suma, uma maior SC foi associada a menos STS e BO, o que implica que a SC pode ser um fator protetor para os riscos psicossociais entre os profissionais de saúde da urgência (Wong et al., 2022).

Existem vários instrumentos de medição da FC, sendo que a *Professional Quality of Life Scale 5* (ProQOL5) tem sido particularmente importante no estudo em profissionais de saúde (Borges et al., 2019; Salimi et al., 2020). O conceito geral desta Escala envolve características do ambiente de trabalho (organização, tarefas), características pessoais do indivíduo e a sua exposição a traumas no local de trabalho, referindo-se à qualidade que se sente em relação ao seu trabalho como cuidador e aos aspetos positivos e negativos do desempenho do mesmo (Cocker & Joss, 2016).

Logo, o trabalho do profissional de saúde pode ser percebido para além da profissão, como essência do desenvolvimento humano, sendo que o desafio está em desenvolver a habilidade do profissional de saúde em compartilhar a dor do outro de maneira saudável, ou seja, que não lhe cause adoecimento (Jilou et al., 2021).

Portanto, compreender os fatores que contribuem para a FC é essencial para fornecer suporte aos profissionais e aumentar a sua capacidade de encontrar realização nas suas carreiras, reduzindo a rotatividade e aumentando a satisfação dos doentes (Alreshidi & Rayani, 2023). Como tal, estudar o impacto da FC nos profissionais de serviços de urgência é uma forma de sensibilizar os gestores, líderes na área da saúde e os próprios profissionais para a realidade deste fenómeno, auxiliando na sua compreensão e no desenvolvimento de estratégias (Hunsaker et al., 2014). Assim, a pesquisa e compreensão do fenómeno FC potencializa o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde no local de trabalho, tendo em vista uma melhor qualidade de vida profissional e uma prestação de cuidados de qualidade (Borges et al., 2019).

4. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente constitui um desafio na prestação dos cuidados de saúde no século XXI e tem um papel muito importante na avaliação da qualidade dos mesmos, sendo que os cuidados de saúde seguros devem ser vistos como um direito humano básico (WHO, 2021), daí a preocupação global com a segurança do doente no atual contexto das políticas de saúde (Sousa et al., 2022).

Com a publicação, em 1999, do relatório do *Institute of Medicine* “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, evidenciou-se a incidência de erros médicos e mortes evitáveis nos cuidados de saúde e, desde então, a segurança do doente tem sido cada vez mais reconhecida como uma prioridade fundamental na agenda global de saúde, tornando evidente a necessidade de redesenhar processos, com base numa cultura de segurança, envolvendo todos os intervenientes (Eiras, 2011, 2021; Sousa et al., 2022; WHO, 2021).

Assim, a *World Alliance for Patient Safety*, que engloba todos os países da OMS, assumiu, em 2002, a liderança da problemática da segurança do doente, visto que os erros são de esperar e, nos sistemas de saúde, os danos evitáveis conduzem a elevados custos para o sistema e para os utentes (Eiras, 2011, 2021; Sousa et al., 2022).

Já em 2019, a 72.^a Assembleia Mundial da Saúde adotou a resolução WHA72.6 sobre a ação global para a segurança do doente, reconhecendo que melhorar e garantir a segurança dos doentes é um desafio crescente para a prestação de serviços de saúde a nível mundial (Sousa et al., 2022).

Esta temática, em Portugal, iniciou-se com a aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, pelo Despacho n.º 14223/2009, que também criou o Departamento da Qualidade na Saúde, com a missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Posteriormente, através do Despacho n.º 3635/2013 foram criadas as Comissões da Qualidade e Segurança em todos os hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde,

com o fim de se propagar em rede as melhores práticas clínicas e a interiorização de uma cultura de segurança.

Mais tarde, o Despacho n.º 5613/2015, aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 e é aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015). O Despacho n.º 9390/2021 aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, estruturado em cinco pilares, que suportam catorze objetivos estratégicos, sendo que o pilar um diz respeito à “Cultura de Segurança”.

Em maio de 2021, o *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* foi aprovado na 74ª *World Health Assembly*, fornecendo aos Estados-Membros e outras partes interessadas, uma estrutura orientada para a ação de forma a facilitar a implementação de intervenções estratégicas para a segurança do doente em todos os níveis dos sistemas de saúde (Sousa et al., 2022; WHO, 2021).

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança (Despacho nº 9390/2021). Como tal, este plano veio reforçar a importância da promoção da segurança do doente, num esforço coordenado e persistente de todos os gestores, lideranças intermédias e profissionais de saúde, para melhorar a consciencialização pública sobre a segurança do doente (Pereira et al., 2023; Sousa et al., 2022).

De tal forma, a segurança do doente é um aspeto importante na prestação de cuidados para prevenir eventos indesejados e providenciar cuidados de qualidade e seguros; assim, são necessários esforços organizacionais para criar um ambiente de apoio, sendo um deles a CSD (Hanifa & Dhamanti, 2021).

A OMS define a cultura de segurança de uma organização como o produto de valores, individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a qualidade, o estilo e a competência da gestão da segurança de uma instituição de saúde (WHO, 2021). Já a segurança do doente é definida como uma estrutura organizada que cria

culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes, reduzindo a ocorrência do dano evitável para mínimos aceitáveis, tornando os erros menos prováveis e reduzindo o impacto do dano quando ocorre (WHO, 2021). Assim, cada organização tem um ambiente próprio, colhe influência e influencia os vários profissionais que lá trabalham (Sousa et al., 2022), realçando a necessidade de se conhecer os seus contextos (Diz & Lucas, 2020).

Os sistemas de saúde atuais são diariamente confrontados com os desafios impostos pela evolução demográfica, a inovação biotecnológica, as expectativas das pessoas e a globalização, sendo que o desenvolvimento de instrumentos robustos que suportem a decisão clínica é uma necessidade inquestionável (DGS, 2022; Sousa et al., 2022; WHO, 2021).

Num estudo desenvolvido, Huang et al. (2023) concluíram que a pandemia por Covid-19 teve um impacto significativo na CSD, com um foco crescente no clima de segurança, na satisfação no trabalho, no trabalho em equipa, no reconhecimento do stress e na exaustão emocional. Logo, o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que diz respeito à qualidade e segurança (Despacho nº 9390/2021).

Portanto, a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados é uma realidade dos sistemas de saúde modernos, sendo que um em cada dez doentes está sujeito a um evento adverso enquanto recebe cuidados hospitalares, podendo o custo económico do cuidado inseguro ser compreendido de duas maneiras: o custo direto, devido ao desperdício de recursos, que representa cerca de 2,5% do total de despesas com a saúde, e o custo indireto, na perda de produtividade da população (WHO, 2021). Logo, a necessidade de implementar políticas e estratégias que reduzam estes incidentes é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (Despacho nº 9390/2021).

Sanchis et al. (2019) consideram que as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem adotar uma cultura em que os profissionais estão

consciencializados das situações que podem originar falhas, devendo ser uma cultura aberta e justa, que estimula os profissionais a falar sobre os seus próprios erros. No entanto, ainda existe o receio de reportar o erro pelas equipas de saúde, o que conduz ao impedimento da melhoria, da aprendizagem e da prevenção de novos erros (Callado et al., 2020), sendo que um dos maiores desafios para os sistemas de saúde é promover uma cultura positiva, em que os erros são tratados não como falhas pessoais, mas como oportunidades de melhoria e prevenção de danos (Eiras, 2021). Daí a importância de haver um compromisso organizacional com uma cultura de segurança, reconhecendo que o ambiente de cuidados de saúde é complexo e de alto risco e que os profissionais necessitam de sistemas altamente fiáveis, onde a notificação de incidentes não resulte numa resposta punitiva, minimizando os eventos adversos (Akoijam & Kongengbam, 2023).

De tal forma, a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua (Despacho nº 9390/2021).

Considerando que uma cultura de segurança positiva é aquela que reconhece a inevitabilidade do erro e procura formas de identificar ameaças latentes (Eiras, 2021), o envolvimento de todos os membros da organização, o compromisso forte da liderança, uma comunicação efetiva e uma notificação não punitiva são essenciais para a melhoria contínua da CSD (Eiras, 2011; Despacho nº 9390/2021; WHO, 2021).

Rawas e Hashish (2023) consideram como preditores da CSD a comunicação baseada na confiança mútua, bom fluxo de informações, perceção compartilhada da importância da segurança, aprendizagem organizacional, comprometimento da gestão e liderança e a presença de uma abordagem não punitiva para relatórios de incidentes e erros, podendo também os riscos ocupacionais serem considerados um preditor (Sani et al., 2024).

Já Oweidat et al. (2023) consideram que melhorar a CSD é essencial para promover a intenção de permanência dos profissionais, nomeadamente dos

enfermeiros, diminuindo a rotatividade, sendo fundamental para melhorar a satisfação e a intenção de permanecer no trabalho, devendo o enfermeiro gestor trabalhar em estreita colaboração com a gestão hospitalar. Para além disso, se por um lado, o fortalecimento da cultura de segurança pode reduzir o stress relacionado com o trabalho, melhorar a satisfação no trabalho e aumentar a dedicação ao trabalho (Huang et al., 2023), por outro, o stress no trabalho parece ser uma barreira à melhoria da CSD (Zabin et al., 2023).

Pelo exposto, o interesse pela avaliação da cultura de segurança tem crescido nos últimos anos, assim como, a necessidade de a melhorar (Eiras, 2021; Sani et al., 2024). Deste modo, os esforços das instituições para começar o processo relativamente à segurança do doente podem ser iniciados avaliando a CSD com o recurso a instrumentos disponíveis (Hanifa & Dhamanti, 2021; Lee & Dahinten, 2021), podendo ser vista como o ponto de partida para o início de planeamento de ações (Nieva & Sorra, 2003; Sanchis et al., 2019), aumentando os níveis de consciencialização sobre o papel da cultura na promoção de um ambiente mais seguro (Lee & Dahinten, 2021; Nieva & Sorra, 2003).

Por conseguinte, a avaliação da cultura de segurança pode ter vários propósitos, nomeadamente o diagnóstico da cultura de segurança e sensibilização, identificar áreas de melhoria e dimensões problemáticas, *benchmarking* interno e externo, cumprimento de requisitos regulamentares (Churruca et al., 2021; DGS, 2020b; Nieva & Sorra, 2003; WHO, 2021), possibilitando o planeamento de ações de melhoria e fortalecimento (Brás et al., 2023; Lee & Dahinten, 2021; Sanchis et al., 2019). Para além disso, permite acompanhar a evolução da cultura de segurança ao longo do tempo, para diagnosticar áreas de melhoria de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes (Brás et al., 2023; Churruca et al., 2021; Sani et al., 2024).

Segundo a WHO (2021) o comprometimento da liderança, transparência, comunicação aberta e respeitosa, aprender com os erros e melhores práticas e um balanço criterioso entre uma política de não culpabilização e responsabilização são componentes indispensáveis de uma cultura de segurança.

Pelo exposto, torna-se evidente a importância da avaliação da CSD nos diferentes contextos, sendo que a evidência tem demonstrado que as unidades de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidentes (Despacho nº5613/2015).

Como referem Diz e Lucas (2020), o conhecimento das percepções dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, sobre a CSD no contexto de serviço de urgência contribui para a melhoria da prestação de cuidados ao doente, reduz os eventos adversos e pode concentrar esforços para uma prestação de cuidados de qualidade. Pereira et al. (2022), no seu estudo com enfermeiros gestores, realça a importância de conhecer a percepção destes sobre a CSD, tendo em conta o papel que estes têm na motivação da equipa para manter uma cultura de segurança justa na organização.

A DGS (2020b) prevê que a avaliação da CSD deve realizar-se através do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses” a preencher por todos os profissionais. Este instrumento foi traduzido e validado para Portugal a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), da *Agency for Healthcare Research and Quality*, permitindo realizar exercícios de benchmarking, visto que está traduzido em pelo menos 40 línguas e está a ser utilizado em cerca de 93 países (DGS, 2020b).

O HSPSC foi desenvolvido por Sorra & Nieva (2004), a partir de uma revisão da literatura e de pesquisas sobre cultura de segurança, seguidas de entrevistas a funcionários de instituições hospitalares. É constituído por 12 dimensões diferentes, que permitem medir as percepções sobre a CSD: 1 - Trabalho em equipa, 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão, 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente, 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro, 7 - Abertura na comunicação, 8 - Frequência da notificação de eventos, 9 - Trabalho entre unidades, 10 - Dotações de profissionais, 11 - Transições e 12 - Resposta não punitiva ao erro.

Assim, o HSPSC é um dos principais instrumentos de medição usado a nível mundial, tendo como principal vantagem poder ser utilizado para avaliar a CSD a nível individual, do serviço ou da instituição, desde a gestão de topo até ao pessoal dos serviços de segurança e limpeza (Hanifa & Dhamanti, 2021), podendo identificar mudanças ao longo do tempo e avaliar o impacto das intervenções de segurança do doente (Lee & Dahinten, 2021). As características psicométricas do HSPSC permitem assegurar que este instrumento é uma ferramenta que possibilita avaliar, de forma consistente, a CSD (Brás et al., 2023).

Em suma, cuidados de qualidade e seguros são uma meta fundamental dos sistemas de saúde de todo o mundo (Bahari et al., 2022), sendo que uma forte cultura de segurança não é apenas essencial para reduzir os danos ao doente, sendo também crucial para promover um ambiente de trabalho seguro para profissionais de saúde, incluindo a criação de um ambiente de trabalho psicologicamente seguro (WHO, 2021; Sousa et al., 2022).

5. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL E SEGURO: PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR

O trabalho tem um papel fundamental na subsistência do ser humano e na satisfação das necessidades materiais e sociais, proporciona uma rede de relações e interações sociais, para além de dar um sentido de identidade e de pertença ao trabalhador (DGS, 2020a). Como tal, muitas pessoas passam mais tempo no trabalho, com colegas, do que em casa, com a família (OIT, 2020).

Assim, proteger os profissionais contra os riscos de saúde e segurança no trabalho é um elemento-chave para alcançar condições de trabalho digno e sustentadas para todos os trabalhadores; no entanto, os desafios permanecem (EC, 2021).

Segundo a DGS (2020) é indispensável que as empresas identifiquem e avaliem os riscos existentes no local de trabalho, visando a adoção de medidas de prevenção, sendo que a solução do empregador deverá, prioritariamente, passar pela eliminação dos riscos e não na adaptação dos trabalhadores às condições inadequadas do trabalho, cabendo às organizações hospitalares e aos profissionais encontrarem estratégias que possam permitir uma compreensão ainda maior dos reflexos do trabalho sobre o indivíduo e do indivíduo sobre o trabalho (Jilou et al., 2021).

Os profissionais de saúde estão sujeitos a riscos físicos e psicossociais devido à sua exposição a materiais infecciosos, ao transporte de cargas pesadas, ao trabalho em posições extenuantes e às cargas emocionais, sendo que estes riscos são agravados por horários de trabalho longos e irregulares, bem como por incidências desproporcionais de violência e assédio no trabalho (ILO, 2023; OIT, 2020).

De acordo com Sacco et al. (2015), a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados estão diretamente relacionados com a satisfação profissional dos enfermeiros. Neste sentido, os enfermeiros gestores são

compelidos a avaliar e melhorar o ambiente de trabalho, incluindo uma avaliação dos fatores de risco psicossocial, nomeadamente a FC, assim como os recursos disponíveis para os trabalhadores que apresentem sinais e sintomas (Sacco et al., 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias e profissionais de saúde, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e seus cuidadores (Despacho nº 9390/2021). O pilar 2 “Liderança e governança”, realça a importância da liderança e dos gestores no papel para conduzir a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, respondendo de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados (Despacho nº 9390/2021).

Considerando que o enfermeiro gestor é fundamental no desenvolvimento profissional da sua equipa, na construção de ambientes favoráveis à prática clínica e na qualidade do serviço prestado ao cidadão, este deve promover ambientes de trabalho seguros, identificando e gerindo os riscos, assim como introduzindo medidas corretivas e promovendo uma cultura de segurança da equipa (Regulamento nº 101/2015).

Para tal, o mesmo despacho prevê que o enfermeiro gestor deve: promover a coesão da equipa e um bom ambiente de trabalho; garantir a existência de mecanismos de comunicação na equipa; proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenho da equipa; providenciar oportunidades de formação e desenvolvimento profissional e pessoal e construir o trabalho em equipa; utilizar ferramentas como a comunicação, *coaching* e supervisão de pares (Despacho nº101/2015).

Aliem e Hashish (2021) referem que os gestores hospitalares e de enfermagem devem criar e manter um ambiente de trabalho favorável, onde o clima de trabalho e os estilos de liderança sejam fatores que tornem os enfermeiros mais resilientes e empenhados. Um gestor positivo e solidário tem mais

probabilidades de ter enfermeiros com níveis mais elevados de SC e níveis mais baixos de FC, sendo importante construir um ambiente de apoio, com o reconhecimento precoce da FC, uma vez que ambientes de trabalho que incluem o apoio do gestor e promovem decisões compartilhadas estão associadas ao aumento da SC (Hunsaker et al., 2014).

Algumas dessas medidas passam por implementar programas de formação contínua, incorporando programas de gestão de stress (como o *mindfulness*), de forma a incluir estratégias de autoconhecimento, autoconsciência e habilidades para lidar com o stress individualmente e como equipa (Bahari et al., 2022; Borges et al., 2019; Coimbra et al., 2021; Nolte et al., 2017).

Considerando que os colegas de trabalho, responsáveis diretos e de topo, são importantes elementos do apoio social e que alguns profissionais se apoiam nos seus pares (Nolte et al., 2017; OIT, 2020), outra estratégia poderá passar por implementar programas de apoio social de pares, grupos de suporte, supervisão de pares e relacionamentos positivos com os colegas de trabalho (Bahari et al., 2022; Jarden et al., 2019; Jilou et al., 2021; OIT, 2020), melhorando assim a SC e protegendo contra a FC (Yu & Gui, 2021).

Para além disso, sessões de *debriefing* após eventos traumáticos podem ajudar os profissionais a recuperar da situação e apoiando-os na forma como gerem a sua perda (Berg et al., 2016; Lachman, 2016; Nolte et al., 2017) e, embora a sua eficácia não esteja totalmente comprovada, acredita-se que a discussão de ações e reações após um evento traumático seja um mecanismo de enfrentamento útil para lidar com o trauma, assim como aprender a reconhecer e compreender as emoções e como geri-las adequadamente para evitar efeitos a longo prazo (Jackson, 2017).

A nível organizacional poderão ser implementadas estratégias como a gestão de conflitos nas equipas, inclusão e autonomia dos trabalhadores no seu exercício profissional (Batalha et al., 2020), assim como promover melhores ambientes de trabalho, turnos de trabalho flexíveis, posições diversificadas e redução da carga de trabalho (Jilou et al., 2021; Yu et al., 2016).

Por conseguinte, há necessidade de estabelecer planos interventivos estratégicos com incidência nos grupos que podem ser considerados mais vulneráveis a níveis elevados de FC, nomeadamente médicos e enfermeiros, considerando os fatores de risco, para que sejam priorizados e para que não haja danos tanto a nível pessoal como organizacional (Coimbra et al., 2021; Jarrad et al., 2018). Para tal, é importante que os profissionais tomem consciência dos sintomas, reconheçam a necessidade de ter *hobbies* e um estilo de vida saudável e conciliar a vida pessoal com a profissional, coisas nem sempre fáceis de concretizar (Queirós, 2023). Baker e Vincent (2024) defendem como estratégias individuais para prevenir a FC pedir ajuda, desenvolver a resistência, estabelecer limites de ajuda saudáveis e autocompaixão.

Logo, estratégias de intervenção focadas no ensino e/ou reforço da resiliência e programas de intervenção mostraram a sua eficácia, pois sugerem que os trabalhadores podem ser ensinados a lidar com os fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento da FC (Adimando, 2017; Borges et al., 2019; Cocker & Joss, 2016), assim como demonstraram ser uma mais-valia para os profissionais de saúde, minimizando o impacto da FC no trabalho e na vida pessoal (Bahari et al., 2022; Jilou et al., 2021;).

Segundo Lee et al. (2022), a resiliência é um fator chave para ajudar os profissionais a lidar eficazmente com o stress ou o trauma, a desenvolver competências de resolução de problemas e recuperar de eventos negativos. Os profissionais com um nível mais elevado de resiliência tiveram melhor SC e níveis mais baixos de STS e BO, daí a importância de desenvolver intervenções que promovam a resiliência dos profissionais de serviços de urgência (Labrague & Santos, 2021; Wong et al., 2022). Sentir-se ouvido, apoiado, cuidado e corretamente compreendido pelos pares são elementos vitais para manter a resiliência e diminuir a FC (Zacharias & Upendra, 2023).

Na revisão integrativa de Coimbra et al. (2021) os achados fornecem um alerta para que as instituições, gestores e equipas de saúde procurem a capacitação sobre os riscos de sofrimento psicológico no trabalho, principalmente a FC, e

proporcionem suporte aos profissionais de saúde assim como a monitorização regular para rastreio.

Assim, quando se investe na prevenção de riscos profissionais, para além de estar a cumprir com os requisitos legais, diminui a possibilidade de ocorrência ou agravamento de lesões ou doenças e o absentismo e promove o desempenho e qualidade dos cuidados (DGS, 2020a).

Portanto, o bem-estar dos enfermeiros e outros profissionais de saúde não beneficia apenas os trabalhadores, mas também os sistemas de saúde em geral (ILO, 2023), sendo que para otimizar a cultura de segurança é fundamental garantir a segurança do ambiente, as condições psicossociais do trabalho e a liderança pelos superiores hierárquicos (Diz & Lucas, 2020).

Yu e Gui (2021) consideram que, para melhorar o estado de saúde dos profissionais de urgência e reduzir as taxas de rotatividade, são necessárias intervenções profissionais psicológicas e de autocuidado, diminuindo assim a FC e melhorando a SC.

Segundo Ames et al. (2017) os gestores reconhecem que o envolvimento dos trabalhadores tem influência direta na qualidade dos cuidados e na satisfação do doente, mas talvez sejam menos propensos a perceber que o envolvimento dos profissionais pode ser dificultado pelo aumento das taxas de FC.

De tal forma, são necessárias estratégias eficazes de retenção, redução da rotatividade e aumento da satisfação no trabalho, através de intervenções direcionadas para diminuir a FC e promover a SC (Hashish & Atalla, 2023; Hunsaker et al., 2014). Os gestores de enfermagem devem promover ambientes de trabalho saudáveis e implementar programas baseados em evidências, nomeadamente estratégias de resolução de problemas e apoio social, desenvolvimento da resiliência, fornecendo oportunidades educacionais para a sua equipa, de forma a ajudá-los a tornarem-se mais resilientes e confiantes no seu trabalho (Hashish & Atalla, 2023).

Considerando os custos associados à FC, torna-se imperativo que os gestores de enfermagem e administradores tomem medidas para prevenir esta situação,

podendo passar por aproveitar os recursos dos profissionais, incluindo a resiliência, que pode ser uma medida importante para abordar a FC (Labrague & Santos, 2021). Assim, profissionais resilientes possuem capacidades pessoais que lhes permitem ser capazes de recuperar, apesar das condições desfavoráveis (Wong et al., 2022), contribuindo assim para a manutenção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros (Caulfield et al., 2022; Hamilton, 2018).

6. MÉTODO

Investigação científica é a atividade que permite obter conhecimento científico, ou seja, conhecimento objetivo, sistemático, claro, organizado e verificável, sendo necessário seguir um método que nos permita alcançar o fim que procuramos (Vilelas, 2020).

A definição do problema de investigação derivou de uma reflexão do conhecimento pré-existente do fenómeno na FC e da CSD por parte dos profissionais de saúde de serviços de urgência, no sentido de promover a implementação de estratégias que possam contribuir para ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros.

Neste capítulo apresenta-se a descrição das etapas da conceptualização do processo de investigação do objeto de estudo, definindo a finalidade e os objetivos, o tipo de estudo, as variáveis e a sua operacionalização, a população e a amostra, o material, os procedimentos e as considerações éticas e, por último, o tratamento dos dados.

6.1. Finalidade e objetivos

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a consciencialização sobre a FC dos profissionais de serviços de urgência e a sua importância para a CSD, assim como, para a implementação de projetos que promovam ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

Definimos como objetivos:

- Identificar os níveis de FC dos profissionais de serviços de urgência;
- Identificar a relação entre a FC e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos profissionais de serviços de urgência;

- Caracterizar a CSD na perspetiva dos profissionais de serviços de urgência;
- Identificar a relação entre a cultura de segurança do doente e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos profissionais de serviços de urgência;
- Analisar a relação entre a FC e a CSD nos profissionais de serviços de urgência.

6.2. Tipo de estudo

O estudo enquadra-se no paradigma quantitativo, baseando-se na “explicação causal dos factos observados, dando ênfase à objetividade, sem juízos de valor do investigador ou outras interferências do mesmo” (Vilelas, 2020, p. 398). Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal. Descritivo, porque se pretendeu analisar os dados colhidos descrevendo os fenómenos em estudo; correlacional, considerando a compreensão da relação entre duas ou mais variáveis e transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num momento específico (Vilelas, 2020).

6.3. Variáveis do estudo

Uma variável é uma característica ou qualidade da realidade que é suscetível de assumir diferentes valores, devendo estar de acordo com a definição do problema, dos objetivos e em consonância com o marco teórico (Vilelas, 2020).

De seguida descrevem-se os diferentes papéis que as variáveis assumem neste estudo.

Variável principal: Fadiga por compaixão, operacionalizada pela *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL5) (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011).

Variável secundária: Cultura de segurança do doente, operacionalizada pelo *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) (Sorra & Nieva, 2004; Eiras et al., 2014).

Variáveis sociodemográficas: Sexo, Idade, Estado civil, Habilitações literárias e Atividades de lazer.

Variáveis profissionais: Tempo de exercício profissional, Tempo de experiência no serviço atual, Tipo de vínculo profissional, Profissão, Local de trabalho e Pluriemprego/mais do que um local de trabalho.

Na Tabela 1 apresenta-se a operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo de acordo com o tratamento estatístico dos dados.

Tabela 1

Operacionalização das variáveis

	Variável	Operacionalização
Sociodemográficas	Sexo	Feminino ou masculino
	Idade	Agrupada em cinco categorias: <30 anos, 30-40 anos, 41-50 anos, 51-60 anos, >60 anos
	Estado civil	Agrupada em três categorias: solteiro, casado/união de facto, divorciado/viúvo
	Habilitações literárias	Agrupada em sete categorias: ensino básico, ensino secundário, bacharelato, licenciatura, pós-graduação, especialidade, mestrado
	Atividades de lazer	Sim ou não
Profissionais	Tempo de experiência profissional	Agrupada em quatro categorias: 6 meses a 2 anos, 3 a 10 anos, 11 a 20 anos, >20 anos
	Tempo de experiência no serviço atual	Agrupada em quatro categorias: 6 meses a 2 anos, 3 a 10 anos, 11 a 20 anos, >20 anos
	Tipo de vínculo profissional	Definitivo ou precário
	Profissão	Técnico auxiliar de saúde, Enfermeiro, Médico
	Local de trabalho	Serviço de Urgência Médico-cirúrgica ou Urgência Pediátrica
	Pluriemprego/mais do que um emprego	Sim ou não

6.4. População e amostra

A população deste estudo inclui profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde), de serviços de urgência hospitalar (adultos e pediátrica), de um hospital da região centro de Portugal.

A técnica de amostragem foi a não probabilística e a amostra de conveniência, ou seja, os vários elementos da população não tiveram a mesma probabilidade de integrar a amostra, sendo a mesma obtida de acordo com a facilidade de acesso aos indivíduos (Vilelas, 2020).

Definiram-se como critérios de inclusão: ser médico, enfermeiro ou técnico auxiliar de saúde de um serviço de urgência hospitalar, num hospital do centro do país, há pelo menos seis meses. Como critério de exclusão, os médicos, enfermeiros ou técnicos auxiliares de saúde ausentes no período da recolha de dados por qualquer motivo e com tempo de serviço no serviço inferior a seis meses.

Num universo de cerca de 322 profissionais, participaram no estudo um total de 172 profissionais de saúde, que cumpriam os critérios de inclusão, representando 53% da população.

6.4.1. Caracterização da amostra

Neste subcapítulo pretende-se caracterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo.

A caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas está representada na Tabela 2. A maioria tinha até 40 anos de idade, sexo feminino, casados/união de facto, grau de mestre ou licenciatura e com atividades de lazer para além do horário de trabalho.

Tabela 2

Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas (n=172)

Variáveis sociodemográficas	n_i (%)
Idade	
Inferior a 30 anos	31 (18)
30 - 40 anos	72 (41,9)
41-50 anos	36 (20,9)
51 - 60 anos	20(11,6)
Mais de 60 anos	13(7,6)
Sexo	
Feminino	138 (80,7)
Masculino	33 (19,3)
Estado civil	
Solteiro	66 (38,6)
Casado/União de facto	93 (54,4)
Divorciado/viúvo	12 (7,0)
Habilitações	
Ensino básico	2 (1,2)
Ensino secundário	15 (8,7)
Bacharelato	1 (0,6)
Licenciatura	42 (24,4)
Pós-graduação	25 (14,5)
Especialidade	26 (15,1)
Mestrado	61 (35,5)
Atividades de lazer	
Não	40 (23,3)
Sim	132 (76,7)

No que se refere à caracterização profissional a maioria dos participantes tinha entre 3 e 10 anos de experiência profissional no serviço atual, vínculo definitivo, do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, com igual distribuição entre médicos e enfermeiros, sendo que a maioria não tem mais do que um emprego (Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização da amostra segundo as variáveis profissionais (n=172)

Variáveis profissionais	n_i (%)
Experiência profissional	
6 meses a 2 anos	11 (6,4)
3 a 10 anos	67 (39)
11 a 20 anos	49 (28,5)
Mais de 20 anos	45(26,2)
Experiência no serviço atual	
6 meses a 2 anos	46 (26,7)
3 a 10 anos	70 (40,7)
11 a 20 anos	34 (19,8)
Mais de 20 anos	22 (12,8)
Vínculo	
Precário	37 (21,6)
Definitivo	134 (78,4)
Profissão	
Técnico auxiliar de saúde	18 (10,5)
Enfermeiro	77 (44,8)
Médico	77 (44,8)
Local de trabalho	
Serviço de Urgência Médico-cirúrgica	108 (62,8)
Urgência Pediátrica	64 (37,2)
Pluriemprego	
Não	102 (59,3)
Sim	70 (40,7)

6.5. Material

O instrumento de recolha de dados integrou três grupos:

Grupo I - Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional;

Grupo II - *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL5, Stamm, 2010), traduzido e validado para o contexto português por Carvalho e Sá (2011);

Grupo III - *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) (Sorra & Nieva, 2004), traduzido e validado para o contexto português por Eiras et al. (2014).

O grupo I foi constituído por questões de resposta curta ou fechada, num total de 11 questões, com vista à caracterização de variáveis sociodemográficas e profissionais: Sexo, Idade, Estado civil, Habilitações literárias, Atividades de lazer, Tempo de exercício profissional, Tempo de experiência no serviço atual, Tipo de vínculo profissional, Profissão, Local de trabalho e Pluriemprego.

O Grupo II foi constituído pela ProQOL5, para avaliar a FC; integra 30 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos variando de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente), em que o participante assinala apenas uma resposta. Este instrumento integra três subescalas, que avaliam três fenómenos: a SC, o BO e o STS, cada uma com dez itens, como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4

Descrição dos itens das subescalas da ProQOL5

Subescalas ProQOL5	Itens
Satisfação por compaixão	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
<i>Burnout</i>	1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29
Stress traumático secundário	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28

O valor total de cada subescala é obtido pela soma da pontuação de cada um dos dez itens correspondentes; de salientar que no somatório da subescala do BO, os itens 1, 4, 15, 17 e 29 são invertidos. Os resultados brutos são interpretados como baixo (≤ 22), moderado (23-41) e elevado (≥ 42).

O grupo III foi constituído pelo HSPSC, composto por 42 itens (Tabela 5) que se organizam em 12 dimensões da CSD, ao nível da unidade e do hospital, assim como as variáveis de resultado. Os itens são avaliados por uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, que variam desde o "Discordo fortemente a Concordo

fortemente" e "Nunca a Sempre", devendo os participantes assinalar apenas uma resposta por item.

Tabela 5

Descrição dos itens das dimensões e das variáveis de resultado do HSPSC

	Dimensões HSPSC	Itens
Dimensões ao nível da unidade	Trabalho em equipa	A1, A3, A4, A11
	Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	B1, B2, B3, B4
	Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	A6, A9, A13
	Feedback e comunicação acerca do erro	C1, C3, C5
	Abertura na comunicação	C2, C4, C6
	Dotações de profissionais	A2, A5, A7, A14
	Resposta ao erro não punitiva	A8, A12, A16
Dimensões ao nível do hospital	Apoio à segurança do doente pela gestão	F1, F8, F9
	Trabalho entre unidades	F2, F4, F6, F10
	Transições	F3, F5, F7, F11
Variáveis de resultados	Perceções gerais sobre a segurança do doente	A10, A15, A17, A18
	Frequência da notificação de eventos	D1, D2, D3

O HSPSC, para além das 12 dimensões avaliadas, apresenta duas questões adicionais: número de notificações e avaliação geral da segurança do doente. Cada dimensão é calculada de acordo com a média das respostas aos diferentes itens que a compõem. Da totalidade dos itens avaliados, dezoito (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11) devem ter a escala de resposta invertida para calcular o resultado da dimensão.

As dimensões fortes do sistema são avaliadas em valores acima dos 75% e as dimensões frágeis são avaliadas em valores inferiores ou iguais a 50% (Sorra & Nieva, 2004).

6.5.1. Fidelidade das escalas

Na adaptação à população portuguesa (Carvalho & Sá, 2011), a consistência interna da ProQOL5, medida pela verificação de *Alpha de Cronbach*, variou entre 0,71 e 0,86, considerada boa e sobreponível à do trabalho original de Stamm (2010). Na tabela 6 apresenta-se a consistência interna (α *Cronbach*) das subescalas da ProQOL5 no presente estudo, no estudo de Stamm (2010) e no de Carvalho e Sá (2011).

Tabela 6

Consistência Interna das subescalas da ProQOL5 no presente estudo, no estudo de Stamm (2010) e no de Carvalho e Sá (2011)

Subescalas ProQOL5	α <i>Cronbach</i> Presente estudo	α <i>Cronbach</i> Stamm (2010)	α <i>Cronbach</i> Carvalho e Sá (2011)
Satisfação por compaixão	0,88	0,88	0,86
<i>Burnout</i>	0,74	0,75	0,71
Stress traumático secundário	0,83	0,81	0,83

Na adaptação à população portuguesa (Eiras et al., 2014), a consistência interna do HSPSC, medida pela verificação do *Alpha de Cronbach*, variou entre 0,48 e 0,90, considerada boa e sobreponível à do trabalho de Sorra e Nieva (2004), exceto nas dimensões: Perceções gerais sobre a segurança do doente, Abertura na comunicação, Trabalho entre unidades, Dotação de profissionais e Resposta ao erro não punitiva, em que apresenta valores inferiores a 0,70 (Field, 2018). No presente estudo, os resultados de consistência interna (α *Cronbach*) do HSPSC (Tabela 7) revelaram valores sobreponíveis aos do estudo de Eiras et al. (2014), adequados para a maioria das dimensões, exceto nas dimensões 5, 9, 10 e 12, em que apresentam valores inferiores a 0,70.

Tabela 7

Consistência interna do HSPSC no presente estudo, no estudo de Sorra e Nieva (2004) e no estudo de Eiras et al. (2014)

Dimensões do HSPSC	α Cronbach presente estudo	α Cronbach Sorra e Nieva (2004)	α Cronbach Eiras et al. (2014)
1. Trabalho em equipa	0,81	0,83	0,73
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	0,81	0,75	0,72
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	0,78	0,83	0,77
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	0,72	0,76	0,71
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	0,65	0,74	0,62
6. Feedback e comunicação acerca do erro	0,76	0,78	0,76
7. Abertura na comunicação	0,73	0,72	0,67
8. Frequência da notificação de eventos	0,89	0,84	0,90
9. Trabalho entre unidades	0,68	0,80	0,69
10. Dotações de profissionais	0,32	0,63	0,48
11. Transições	0,76	0,80	0,71
12. Resposta ao erro não punitiva	0,57	0,79	0,57

6.6. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas

O presente estudo obteve aprovação do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ADTE_306/2023), foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Instituição onde foi desenvolvido o estudo (CES-2024.101.01) e integra o Projeto *Health Work International Project* da Escola Superior de Enfermagem do Porto/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde/ Rede de Investigação em Saúde, sendo que

a utilização dos instrumentos ProQOL5 e HSPSC foram autorizados pelos autores.

Após a devida aprovação do Conselho de Administração da Unidade Hospitalar, as enfermeiras gestoras dos Serviços foram contactadas pessoalmente pela investigadora, de forma a dar início à aplicação dos instrumentos de recolha de dados, tendo a investigadora apresentado o estudo aos profissionais nas passagens de turno e em contactos informais. Foram colocadas caixas nos serviços, lacradas, com uma abertura em cima, uma para serem colocados os questionários em papel após o seu preenchimento e outra para os consentimentos informados. Junto com o questionário foi fornecido um envelope onde o mesmo, após preenchido, devia ser colocado, fechado, e introduzido na respetiva caixa, de forma a garantir o anonimato. Os consentimentos informados, após assinados, também eram colocados pelos participantes no respetivo envelope e caixa.

O período de recolha de dados decorreu de 15 de abril a 10 de maio de 2024. As caixas foram recolhidas nos diferentes serviços pela investigadora. Os questionários foram codificados por um número sequencial para posterior introdução no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences*.

Todos os dados recolhidos no âmbito da investigação foram armazenados e mantidos de forma segura e acessível. Os dados recolhidos em papel foram arquivados num local a que só os investigadores tiveram acesso e os dados no programa informático foram arquivados numa pasta encriptada a que só o investigador teve acesso; após seis meses da conclusão do mestrado os questionários serão destruídos em máquina destruidora de papel.

6.7. Tratamento de dados

Para o tratamento dos dados foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, com recurso ao *software* de análise de dados *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 26.0), seguindo os métodos estatísticos referenciados em

Marôco (2021). Na análise inferencial consideraram-se valores estatisticamente significativos os resultados com valor de prova inferior a 5% ($p < 0,05$) e valores parcialmente significativos com valor de prova inferior a 10% ($p < 0,10$). Para a validação dos pressupostos, recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* ou teste *Shapiro Wills* (distribuição normal da variável dependente mediante a dimensão da amostra/grupo) e ao teste de *Levene* baseado na mediana (homogeneidade).

Para a caracterização da amostra foi realizada uma análise descritiva, com recurso a tabelas de frequências, absoluta (n_i) e relativa (%), e as principais estatísticas de localização (média [M], mediana, moda, máximo e mínimo), medidas de dispersão (desvio padrão [DP]) e forma (assimetria [sk] e achatamento [ku]). A fiabilidade das subescalas da ProQOL5 e das dimensões da CSD foi feito recorrendo ao coeficiente de *Alfa de Cronbach* (α).

Para a análise da relação entre: a FC e as variáveis sociodemográficas e profissionais; a CSD e as características sociodemográficas e profissionais; a FC e a CSD nos profissionais de serviços de urgência, foram aplicados testes paramétricos, mediante a natureza das variáveis envolvidas e a validação dos respetivos pressupostos. Utilizou-se o coeficiente de correlação (linear) de *Pearson*, teste *t-Student*, para duas amostras/grupos independentes, utilizando-se a estatística de teste *t-Student de Welch*, no caso em que não foi possível validar o pressuposto homogeneidade. O Teste *ANOVA one way*, e os testes *Post-hoc de Tukey* ou, quando se inviabiliza a homogeneidade, de *Games-Howell*. Num cenário onde não foi possível viabilizar os pressupostos dos testes paramétricos optou-se pela aplicação do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (alternativa a ANOVA) para amostras independentes e realizaram-se as comparações múltiplas através do teste de *Fisher* (LSD).

No próximo capítulo serão descritos os resultados de acordo com os objetivos deste estudo de investigação.

7. RESULTADOS

Neste capítulo descrevem-se os resultados obtidos no presente estudo, orientados em subcapítulos de acordo com os objetivos delineados.

7.1. Fadiga por compaixão em profissionais de serviços de urgência

A Tabela 8 apresenta os principais resultados estatísticos das três subescalas da ProQOL5 (Stamm, 2010).

As principais estatísticas revelaram valores moderados nas três subescalas (Stamm, 2010), no entanto a subescala Satisfação por compaixão (SC) apresentou uma média superior; as subescalas *Burnout* (BO) e Stress Traumático Secundário (STS) evidenciaram médias semelhantes, apresentando o STS uma variabilidade ligeiramente superior. Os valores de assimetria (sk) são inferiores a 1, próximos de zero na maioria dos fatores ($|sk| < 1$) e os valores absolutos do coeficiente de achatamento (ku) estão próximos de 1 ($ku < 2$).

Tabela 8

Estatísticas descritivas das subescalas da ProQOL5

Subescalas ProQOL5	Mínimo	Máximo	M	DP	sk	ku
Satisfação por compaixão	16	50	37,83	5,38	-0,54	1,06
<i>Burnout</i>	15	46	25,96	4,92	0,67	1,86
Stress Traumático Secundário	14	44	25,05	5,37	0,71	1,13

Os pontos de corte da ProQOL5 em resultados T (M=50 e DP=10) são apresentados na Tabela 9. Nesta investigação verificaram-se valores semelhantes nas três subescalas, quanto à distribuição nos três quartis, valores que possibilitam a comparação com outros estudos, tal como são apresentados

na Tabela 9, nomeadamente o estudo original (Stamm, 2010) e de validação para a população portuguesa (Carvalho & Sá, 2011).

Tabela 9

Pontos de corte da ProQOL5 no presente estudo, Stamm (2010), Carvalho e Sá (2011), Borges et al. (2019) e Pereira et al. (2022)

Quartis	ProQOL5 (presente estudo) <i>Tscore</i>			ProQOL5 (Stamm, 2010) <i>Tscore</i>			ProQOL5 (Carvalho & Sá, 2011) <i>Tscore</i>			ProQOL5 (Borges et al., 2019) <i>Tscore</i>			ProQOL5 (Pereira et al., 2022) <i>Tscore</i>		
	SC	BO	STS	SC	BO	STS	SC	BO	STS	SC	BO	STS	SC	BO	STS
25%	44,7	46,0	44,3	44	42	42	44	42	41	42,9	42,8	43	43,1	43,1	42,5
50%	50,3	48,0	49,9	50	50	50	50	50	49	51,4	48,1	48,3	51,1	48,2	48,4
75%	55,9	56,1	55,5	57	56	56	59	56	57	56,4	58,8	59,1	57,5	56,8	55,8

7.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais em profissionais de serviços de urgência

Os resultados do estudo bivariado, com a estatística de teste (t ou f) e valor de prova (p), entre as subescalas da ProQOL5 e as variáveis sociodemográficas encontram-se descritos na Tabela 10. A subescala SC apresentou diferenças parciais significativas em relação ao Sexo, apresentando os profissionais do sexo feminino valores médios superiores nesta dimensão (Feminino M=50,74 e DP=9,26; Masculino M=46,93 e DP=12,43).

As subescalas BO e STS mostraram-se significativamente diferentes nas Atividades de lazer, sendo que os profissionais que realizavam atividades de lazer fora do seu horário de trabalho apresentaram pontuações médias de BO (não M=53,33 e DP=11,78; sim M=48,99 e DP=9,21) e STS inferiores (não M=53,26 e DP=9,02; sim M=49,01 e DP=10,1).

Tabela 10

Associação entre as subescalas da ProQOL5 e as variáveis sociodemográficas

Subescalas ProQOL5	Idade	Sexo	Estado civil	Habilitações	Atividades de lazer
Satisfação por compaixão	f=1,966 p=0,102	t=1,972 p=0,05	f=0,467 p=0,628	f=0,975 p=0,423	t=1,355 p=0,177
<i>Burnout</i>	f=0,867 p=0,485	t=-1,458 p=0,147	f=0,041 p=0,960	f=1,080 p=0,368	t=-2,435 p=0,016
Stress Traumático Secundário	f=0,513 p=0,726	t=0,465 p=0,642	f=0,722 p=0,487	f=0,385 p=0,819	t=-2,388 p=0,018

Nota. t estatística do teste *t-Student*; f estatística do teste ANOVA; p valor de prova.

De acordo com os resultados da associação entre as subescalas da ProQOL5 e as variáveis profissionais (Tabela 11), a subescala SC apresentou diferenças significativas com a Profissão, sendo a SC média diferente mediante a profissão. Com diferenças parcialmente significativas identificou-se a influência do Local de trabalho nesta subescala, profissionais da Urgência Pediátrica tiveram pontuações médias de SC superiores (M=51,77 e DP=8,32) aos do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (M=48,94 e DP=10,78).

A subescala BO mostrou ainda diferenças parcialmente significativas com o Local de trabalho, profissionais do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (M=51,07 e DP=9,68) apresentaram pontuações médias mais altas, em comparação com os que trabalhavam na Urgência Pediátrica (M=48,20 e DP=10,35).

A subescala STS revelou-se independente das variáveis profissionais ($p>0,05$).

Tabela 11

Associação entre as subescalas da ProQOL5 e as variáveis profissionais

Subescalas ProQOL5	Experiência profissional	Experiência serviço atual	Vínculo	Profissão	Local de trabalho	Pluriemprego
Satisfação por compaixão	h=4,349 p=0,226	f=0,285 p=0,836	t=0,850 p=0,397	f=3,297 p=0,039	t=-1,800 p=0,074	t=1,447 p=0,150
<i>Burnout</i>	h=5,662 p=0,192	f=0,048 p=0,986	t=1,547 p=0,124	f=2,052 p=0,132	t=1,834 p=0,068	t=-0,869 p=0,386
Stress Traumático Secundário	f=1,858 p=0,139	f=0,388 p=0,762	t=1,466 p=0,144	f=1,529 p=0,220	t=-0,881 p=0,380	t=-0,065 p=0,948

Nota. t estatística do teste *t-Student*, f estatística do teste ANOVA, h estatística do teste *Kruskal-Wallis* e p valor de prova.

O teste ANOVA mostrou diferenças estatisticamente significativas nas pontuações na subescala SC com a profissão. Os testes *post-hoc HSD* de *Tukey* revelaram diferenças parcialmente significativas entre o Enfermeiro e o Médico (I.C.a 95%]0,038; 7,14 [e p=0,088), com pontuação média superior no Médico (Enfermeiro M=47,94 e DP=9,90; Médico M=51,33 e DP=9,51).

7.3. Perceção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente

As 12 dimensões que avaliam a Cultura de Segurança do Doente (CSD) percecionada pelos profissionais de saúde são formadas por 42 itens, expressas nas secções A (1 - Trabalho em equipa; 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua; 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente; 10 - Dotações de profissionais; 12 - Resposta ao erro não punitiva), B (2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente), C (6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro; 7 - Abertura na comunicação), D (8 - Frequência da notificação de eventos) e F (3 - Apoio à segurança do doente pela gestão; 9 - Trabalho entre unidades; 11 - Transições).

Para além das 12 dimensões apresenta 2 questões adicionais: a Secção E sobre a avaliação geral sobre a segurança do doente no Hospital e a Secção G relativa ao número de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses.

Tabela 12

Principais estatísticas das dimensões do HSPSC

Dimensões do HSPSC	Mínimo	Máximo	M	DP	sk	ku
1. Trabalho em equipa	1,25	5	3,6	0,766	-0,57	0,22
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	1	5	3,37	0,828	-0,63	0,30
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	1	4,67	2,76	0,750	0,26	0,14
4. Aprendizagem organizacional - melhoria continua	1,33	5	3,36	0,725	-0,20	-0,11
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	1	4,75	2,95	0,758	-0,06	0-,38
6. Feedback e comunicação acerca do erro	1	5	3,29	0,797	-0,47	0,33
7. Abertura na comunicação	1	5	3,23	0,783	-0,20	-0,07
8. Frequência da notificação	1	5	2,66	0,858	0,12	-0,40
9. Trabalho entre unidades	1,5	4,5	3,05	0,606	-0,16	-0,50
10. Dotação de profissionais	1	4	2,51	0,623	0,11	-0,44
11. Transições	1,75	5	3,41	0,698	-0,27	-0,32
12. Resposta ao erro não punitiva	1	5	2,64	0,672	0,11	0,61

As estatísticas mais elevadas encontraram-se na dimensão 1 - Trabalho em equipa e os valores mais baixos na dimensão 10 - Dotação de profissionais. A variabilidade foi inferior na dimensão 9 - Trabalho entre unidades e mais alta na 8 - Frequência da notificação. Os valores dos coeficientes de assimetria (sk) e achatamento (ku) encontram-se próximos de zero na maioria das dimensões ($|sk| < 1$ e $|ku| < 1$) (Tabela 12).

Na Tabela 13 apresentam-se as estatísticas referentes à Secção E - Grau de segurança do doente, revelando uma média de 3,18 (DP=0,739), tendo-se concentrado o maior número de respostas no grau 3 (aceitável) com 54,7% e no grau 4 (muito boa) com 29,1%.

Tabela 13

Principais estatísticas da Avaliação geral da segurança do doente (Secção E)

Secção E Avaliação geral da segurança do doente	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda (%)	M	DP
Grau de segurança do doente	1	5	3	3 (54,7)	3,18	0,739

Relativamente ao número de eventos/ocorrências registados nos últimos 12 meses (Secção G), verificou-se que o número de ocorrências centrou-se nos valores mais baixos, 94,8% da amostra assinalou no máximo 2 ocorrências e apenas 1,2% assinalou mais do que 6 ocorrências (Tabela 14).

Tabela 14

Distribuição do número de eventos/ocorrências registados nos últimos 12 meses

Número de eventos/ocorrências registados nos últimos 12 meses	%
Nenhum	75,6
1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	19,2
3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	4,1
6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	0,6
11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	0
21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências	0,6

Na Tabela 15 apresentam-se as percentagens por cada item/dimensão, com recodificação da escala dos itens, assim como a percentagem média de cada dimensão, mediante valores negativos, neutros e positivos.

Tabela 15

Percentagem de respostas negativas, neutras e positivas aos itens e dimensões do HSPSC

Dimensões do HSPSC	Item	Negativos		Neutros		Positivos	
		Dimensão %	Item %	Dimensão %	Item %	Dimensão %	Item %
1. Trabalho em equipa	A1		8,7		16,3		75,0
	A3	14,8	9,3	21,4	22,7	68,3	68,0
	A4	(DP=8,7)	11,6	(DP=3,0)	22,7	(DP=10,6)	65,7
	A11		29,7		23,8		46,5
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	B1		25,0		28,5		46,5
	B2	20,4	18,0	26,5	23,3	53,4	58,7
	B3(r)	(DP=5,3)	25,6	(DP=3,0)	30,2	(DP=8,4)	44,2
	B4(r)		12,8		23,8		64,3
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	F1		38,4		39,5		22,1
	F8	39,9	34,3	40,5	45,9	19,6	19,8
	F9(r)	(DP=5,3)	47,1	(DP=4,1)	36,0	(DP=2,1)	16,9
4. Aprendizagem organizacional/ melhoria contínua	A6		12,2		28,5		59,3
	A9	15,9	22,7	36,4	44,2	47,7	33,1
	A13	(DP=4,8)	12,8	(DP=6,4)	36,6	(DP=10,9)	50,6
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	A10(r)		34,9		19,8		45,3
	A15	38,0	48,3	28,5	25,6	33,6	26,2
	A17(r)	(DP=8,3)	42,4	(DP=7,4)	28,5	(DP=7,3)	29,1
	A18		26,2		40,1		33,7
6. <i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	C1		18,0		32,0		50,0
	C3	19,0	23,3	33,9	36,6	45,7	40,1
	C5	(DP=3,2)	15,7	(DP=2,0)	33,1	(DP=4,2)	47,1
7. Abertura na comunicação	C2		14,5		25,6		59,9
	C4	23,6	32,0	37,4	38,4	43,8	29,6
	C6(r)	(DP=7,2)	24,4	(DP=2,7)	33,7	(DP=12,4)	41,9
8. Frequência de notificação de eventos	D1		47,1		34,9		18,0
	D2	45,0	50,0	36,2	36,0	18,8	14,0
	D3	(DP=5,2)	37,8	(DP=1,2)	37,8	(DP=4,3)	24,4
9. Trabalho entre unidades	F2(r)		45,9		38,4		15,7
	F4	27,6	30,2	40,0	34,3	32,4	35,5
	F6(r)	(DP=12,1)	13,4	(DP=6,0)	37,2	(DP=12,1)	49,4
	F10		20,9		50,0		29,1
10. Dotação dos profissionais	A2		52,0		23,4		24,5
	A5(r)	55,5	63,4	23,0	22,1	21,6	14,5
	A7(r)	(DP=9,6)	41,3	(DP=2,5)	26,7	(DP=7,2)	32,0
	A14(r)		65,1		19,8		15,2
11. Transições	F3(r)		19,8		30,8		49,4
	F5(r)	18,0	16,9	29,7	25,0	52,3	58,2
	F7(r)	(DP=1,1)	18,0	(DP=2,7)	32,0	(DP=3,5)	50,0
	F11(r)		17,4		30,8		51,7
12. Resposta ao erro não punitiva	A8(r)		44,8		31,4		23,8
	A12(r)	46,3	40,1	36,8	38,4	16,9	21,6
	A16(r)	(DP=5,8)	54,1	(DP=4,0)	40,7	(DP=8,3)	5,2

As dimensões que apresentaram a percentagem média mais elevada nos valores negativos foram: 10 - Dotações de profissionais (M=55,5 e DP=9,6), 12 - Resposta ao erro não punitiva (M=46,3 e DP=5,8) e 8 - Frequência de notificação de eventos (M=45,0 e DP=5,2). Nos valores positivos revelaram-se as dimensões: 1 - Trabalho em equipa (M=63,8 e DP=10,6), 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente (M=53,4 e DP=8,4) e 11 - Transições (M=52,3 e DP=3,5).

7.4. Relação entre a perceção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente e as variáveis sociodemográficas e profissionais

Na Tabela 16 encontram-se os resultados do estudo bivariado entre as dimensões da CSD e as **caraterísticas sociodemográficas**.

A **dimensão 1 - Trabalho em equipa**, apresentou diferenças parciais com as Atividades de lazer e com o Sexo com pontuações médias superiores nos profissionais que tinham atividades de lazer fora do local de trabalho (Sim M=3,66 e DP=0,74; Não M=3,41 e DP=0,83) e nos profissionais do sexo feminino (M=3,66 e DP=0,76; Masculino M=3,41 e DP=0,72;).

Quanto à **dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente** mostrou diferenças significativas nas pontuações médias em relação às Habilitações dos profissionais e diferenças parciais relativamente ao Sexo, profissionais do sexo feminino com pontuações superiores (M=3,43 e DP=0,83; Masculino M=3,16 e DP=0,81;).

Já a **dimensão 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão** apresentou variações parciais com as Atividades de lazer, pontuações médias superiores nos profissionais que possuíam atividades de lazer (Sim M=2,83 e DP=0,76; Não M=2,54 e DP=0,69) e com o Sexo, profissionais do sexo feminino com pontuações superiores (M=2,81 e DP=0,74; Masculino M=2,57 e DP=0,76;).

Relativamente à **dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente**, esta revelou-se significativamente diferente entre a maioria das variáveis sociodemográficas: Idade, as pontuações médias não foram iguais mediante a idade do profissional; Sexo, profissionais do sexo feminino tiveram pontuações médias superiores (M=3,02 e DP=0,75; Masculino M=2,67 e DP=0,75;), Estado civil e Atividades de lazer, pontuações médias superiores nos profissionais que tinham atividades de lazer (Sim M=3,02 e DP=0,75; Não M=2,73 e DP=0,74).

Verificaram-se diferenças na **dimensão 6 - Feedback e comunicação acerca do erro** em relação ao Sexo; profissionais do sexo feminino tiveram pontuações médias superiores (M=3,35 e DP=0,79; Masculino M=3,04 e DP=0,79), às Habilitações, percepção diferente nesta dimensão mediante as habilitações do profissional de saúde e diferenças parciais com as Atividades de lazer, pontuações médias superiores nos profissionais que tinham atividades de lazer fora do local de trabalho (Sim M=3,35 e DP=0,79; Não M=3,09 e DP=0,81).

Existiu associação significativa entre a variável Atividades de lazer e a **dimensão 7 - Abertura na comunicação**, apresentando médias superiores entre os profissionais com atividades de lazer fora do local de trabalho (Sim M=3,32 e DP=0,78; Não M=2,97 e DP=0,75).

A **dimensão 8 - Frequência de notificação**, revelou associação significativa com a variável Atividades de lazer apresentando médias superiores entre os profissionais com atividades de lazer fora do local de trabalho (Sim M=2,74 e DP=0,84; Não M=2,38 e DP=0,89).

A idade mostrou diferenças com a **dimensão 9 - Trabalho entre unidades**, onde se verificaram diferenças (parciais) entre pelo menos dois grupos; esta dimensão apresentou também diferenças parciais com a variável Atividades de lazer; pontuações médias superiores nos profissionais que tinham atividades de lazer (Sim M=3,10 e DP=0,60; Não M=2,88 e DP=0,59).

As restantes dimensões: 4 - Aprendizagem organizacional - melhoria contínua, 10 - Dotação de profissionais, 11 - Transições e 12 - Resposta ao erro não punitiva revelaram-se independentes das variáveis sociodemográficas ($p>0,05$).

Tabela 16

Associação entre as dimensões do HSPSC e as características sociodemográficas dos profissionais

Dimensões do HSPSC	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações	Atividades de lazer
1. Trabalho em equipa	f=0,229 p=0,922	t=1,683 p=0,094	f=0,386 p=0,681	h=5,204 p=0,267	t=1,843 p=0,067
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	f=1,258 p=0,289	t=1,682 p=0,094	f=0,571 p=0,566	f=6,258 p<0,001	t=0,745 p=0,457
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	f=1,891 p=0,114	t=1,703 p=0,090	f=0,439 p=0,645	f=0,884 p=0,475	t=2,121 p=0,035
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	f=1,922 p=0,109	t=0,792 p=0,430	f=0,603 p=0,548	h=3,606 p=0,462	t=1,333 p=0,184
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	f=3,159 p=0,016	t=2,389 p=0,018	f=3,985 p=0,020	f=1,117 p=0,350	t=2,156 p=0,032
6. Feedback e comunicação acerca do erro	f=1,195 p=0,315	t=2,021 p=0,045	f=0,428 p=0,653	f=3,137 p=0,016	t=1,778 p=0,077
7. Abertura na comunicação	f=1,616 p=0,173	t=0,325 p=0,746	f=0,458 p=0,633	h=5,061 p=0,281	t=2,507 p=0,013
8. Frequência da notificação	f=1,44 p=0,223	t=0,118 p=0,906	f=0,521 p=0,595	f=1,070 p=0,373	t=2,332 p=0,021
9. Trabalho entre unidades	f=2,284 p=0,062	t=1,301 p=0,195	f=2,204 p=0,113	f=0,595 p=0,667	t=2,081 p=0,039
10. Dotação de profissionais	f=0,291 p=0,883	t=1,159 p=0,248	f=2,074 p=0,129	f=1,420 p=0,230	t=1,386 p=0,168

Continua

11. Transições	f=0,571 p=0,684	t=0,920 p=0,359	f=0,185 p=0,832	f=0,655 p=0,667	t=1,501 p=0,139
12. Resposta ao erro não punitiva	f=0,631 p=0,641	t=0,392 p=0,695	f=1,408 p=0,247	f=0,863 p=0,487	t=1,483 p=0,140

Nota. t estatística do teste *t-Student*, f estatística do teste ANOVA, h estatística do teste *Kruskal-Wallis* e p valor de prova.

O teste *post-hoc HSD* de *Tukey* mostrou diferenças nos valores médios da **dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente**, em relação às Habilitações, revelando diferenças entre os profissionais com licenciatura e mestrado (I.C.a 95%]0,300;1,125[e $p=0,031$), sendo que os profissionais licenciados apresentaram as pontuações médias mais altas (Licenciatura $M=3,69$ e $DP=0,63$; Mestrado $M=2,98$ e $DP=0,87$).

Já na **dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente** detetaram-se diferenças significativas (teste de *Tukey*) quanto à Idade, entre os grupos com menos de 30 anos e os que têm entre 31-40 anos (I.C.a 95%]0,041;0,92[e $p=0,025$), apresentando os mais novos as pontuações médias mais altas ($M=3,30$ e $DP=0,80$) e os da faixa etária seguinte das mais baixas ($M=2,82$ e $DP=0,70$).

Ainda na **dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente** o teste de *Games-Howell* permitiu identificar diferenças parciais quanto ao Estado civil (I.C.a 95%]-0,019;0,532[e $p=0,073$), apresentando os solteiros as pontuações mais altas (Solteiros $M=3,13$ e $DP=0,75$; casados/união de facto $M=2,87$ e $DP=0,68$).

Na **dimensão 6 - Feedback e comunicação acerca do erro**, o teste de *Tukey* revelou diferenças nos grupos formados pelas Habilitações, verificando-se que as pontuações médias entre os profissionais com licenciatura e mestrado foram diferentes (I.C.a 95%]0,021;0,876[e $p=0,035$), apresentando os profissionais com licenciatura pontuações médias mais altas (Licenciatura $M=3,07$ e $DP=0,64$; Mestrado $M=3,07$ e $DP=0,80$).

O teste de *Tukey* revelou diferenças parciais entre a **dimensão 9 - Trabalho entre unidades** e os grupos com idades entre os 41-50 anos e os 51-60 anos (I.C.a 95%]-0,037;0,881[e $p=0,088$), apresentando estes últimos pontuações médias mais altas (41-50 anos $M=2,84$ e $DP=0,64$; 51-60 anos $M=3,26$ e $DP=0,64$).

Em relação à análise bivariada entre as dimensões da CSD e as **variáveis profissionais** verificou-se, de acordo com a estatística de teste (*t*, *f* ou *h*) e valor de prova (*p*), a presença de valores estatisticamente significativos (Tabela 17).

Na **dimensão 1 - Trabalho em equipa** verificaram-se diferenças com o Local de trabalho, sendo que os profissionais da Urgência Pediátrica apresentaram pontuações médias mais elevadas ($M=4,20$ e $DP=0,50$; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica $M=3,25$ e $DP=0,67$).

Quanto à **dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente** as diferenças surgiram mediante a Profissão, a profissão influenciou as pontuações nesta dimensão. Esta dimensão revelou diferenças parciais com o Local de trabalho; pontuações médias mais elevadas para os profissionais da Urgência Pediátrica ($M=3,53$ e $DP=0,78$; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica $M=3,28$ e $DP=0,85$).

Já na **dimensão 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão** verificaram-se diferenças nas características profissionais: Vínculo, profissionais com vínculo precário com pontuações médias mais altas ($M=2,98$ e $DP=0,75$; Definitivo $M=2,69$ e $DP=0,74$); Local de trabalho, médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica ($M=3,03$ e $DP=0,72$; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica $M=2,60$ e $DP=0,72$). Com influência parcialmente significativa houve a Experiência profissional e a Experiência no serviço atual, profissionais com tempo de serviço diferente obtiveram pontuações médias parcialmente diferentes.

Revelaram-se valores estatisticamente significativos entre a **dimensão 4 - Aprendizagem organizacional - melhoria contínua**, em relação ao Local de

trabalho, médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica (M=3,79 e DP=0,55; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica M=3,10 e DP=0,70).

A **dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente** revelou diferenças significativas com a maioria das variáveis profissionais: Experiência profissional; Experiência no serviço atual; Vínculo, profissionais com vínculo precário tiveram pontuações médias mais altas (M=3,25 e DP=0,72; Definitivo M=2,86 e DP=0,74); Profissão; Local de trabalho, pontuações médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica (M=3,25 e DP=0,72; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica M=2,86 e DP=0,74).

Verificaram-se diferenças na **dimensão 6 - Feedback e comunicação acerca do erro** com a Profissão e o Local de trabalho, médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica (M=3,62 e DP=0,67; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica M=3,09 e DP=0,80).

O Local de trabalho mostrou diferenças com a **dimensão 7 - Abertura na comunicação**, médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica (M=3,55 e DP=0,66; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica M=3,05 e DP=0,79).

A **dimensão 8 - Frequência da notificação** apresentou uma associação significativa com o Vínculo, profissionais com vínculo precário obtiveram pontuações médias mais altas (M=3,09 e DP=0,88; Definitivo M=2,53 e DP=0,82). Com associação parcialmente significativa encontrou-se o Local de trabalho, profissionais da Urgência Pediátrica tiveram pontuações médias mais elevadas (M=2,82 e DP=0,85; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica M=2,56 e DP=0,85).

Relativamente à **dimensão 9 - Trabalho entre unidades** as diferenças verificaram-se com o Local de trabalho, médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica (M=3,19 e DP=0,62; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica M=2,96 e DP=0,58); com influência parcialmente significativa encontrou-se a Experiência profissional.

Quanto à **dimensão 10 - Dotação de profissionais** manifestou diferenças quanto ao Vínculo, profissionais com vínculo precário com pontuações médias

mais altas ($M=2,69$ e $DP=0,61$; Definitivo $M=2,46$ e $DP=0,62$); Local de trabalho, médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica ($M=2,80$ e $DP=0,59$; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica $M=2,34$ e $DP=0,58$); diferenças parciais surgiram com a Profissão, pontuações medianas diferentes quanto à profissão do inquirido, revelando-se superiores no grupo dos técnicos auxiliares de saúde ($M=2,75$), seguindo-se os enfermeiros ($M=2,5$) e os médicos ($M=2,25$).

Em relação à **dimensão 11 - Transições**, as diferenças aconteceram quanto ao Local de trabalho, pontuações médias mais elevadas nos profissionais da Urgência Pediátrica ($M=3,64$ e $DP=0,60$; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica $M=3,27$ e $DP=0,72$); diferenças parciais com o Vínculo, profissionais com vínculo precário tiveram pontuações médias superiores ($M=3,60$ e $DP=0,61$; Definitivo $M=3,35$ e $DP=0,71$).

Por último, na **dimensão 12 - Resposta ao erro não punitiva** existiram diferenças mediante o Local de trabalho, apresentando os profissionais da Urgência Pediátrica médias mais elevadas ($M=2,78$ e $DP=0,72$; Serviço de Urgência Médico-cirúrgica $M=2,56$ e $DP=0,63$).

As restantes associações não foram consideradas significativas ($p>0,10$), portanto as dimensões são independentes das variáveis profissionais.

Os Testes *Post-hoc* identificaram as diferenças nas dimensões: 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão (parciais), na 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente (significativas) e na 9 - Trabalho entre unidades (parciais) quanto à Experiência profissional.

Na **dimensão 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão**, o teste de *Tukey* revelou apenas diferenças parciais entre os profissionais com menos experiência e os que têm entre 3-10 anos (I.C.a 95%]-0,010;0,719[e $p=0,06$); profissionais com menos experiência com pontuações médias mais altas nesta dimensão ($M=2,98$ e $DP=0,71$) e as mais baixas no grupo com 3-10 anos, semelhantes aos restantes grupos ($2,62<M<2,86$).

Tabela 17

Associação entre as dimensões do HSPSC e as variáveis profissionais dos trabalhadores

Dimensões do HSPSC	Experiência profissional	Experiência serviço atual	Vínculo	Profissão	Local de trabalho	Pluriemprego
1. Trabalho em equipa	f=0,451 p=0,717	f=0,533 p=0,660	t=1,618 p=0,107	f=1,508 p=0,224	t=10,655* p<<0,001	t=0,105 p=0,916
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	f=0,493 p=0,688	f=0,180 p=0,910	t=0,958 p=0,339	f=23,788 p<0,001	t=1,925 p=0,056	t=1,260 p=0,210
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	f=2,187 p=0,091	f=2,410 p=0,069	t=2,111 p=0,036	f=1,918 p=0,150	t=3,878 p<<0,001	t=1,417 p=0,158
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	f=1,911 p=0,130	f=0,874 p=0,456	t=1,078 p=0,283	h=1,796 p=0,407	t=7,099* p<<0,001	t=0,734 p=0,464
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	f=8,535 p<0,001	f=6,000 p=0,001	t=2,870 p=0,005	f=3,392 p=0,036	t=8,042 p<<0,001	t=0,857 p=0,393
6. Feedback e comunicação acerca do erro	f=1,068 p=0,364	f=0,651 p=0,583	t=0,668 p=0,505	f=9,319 p<0,001	t=4,440 p<<0,001	t=0,622 p=0,508
7. Abertura na comunicação	f=0,848 p=0,470	f= 0,233 p=0,8	t=0,335 p=0,738	h=0,310 p=0,856	t=4,220 p<<0,001	t=1,007 p=0,315
8. Frequência da notificação	f=0,844 p=0,472	f=0,662 p=0,577	t=3,596 p<0,001	f=0,032 p=0,968	t=1,906 p=0,058	t=0,664 p=0,507
9. Trabalho entre unidades	f=2,264 p=0,083	f=1,864 p=0,138	t=0,728 p=0,467	f=1,545 p=0,216	t=2,424 p=0,016	t=1,376 p=0,171
10. Dotação de profissionais	f=0,361 p=0,781	f=1,694 p=0,170	t=2,033 p=0,044	h=5,316 p=0,070	t=5,052 p<<0,001	t=0,725 p=0,469
11. Transições	f=0,919 p=0,433	f=0,191 p=0,902	t=1,978 p=0,050	f=1,466 p=0,234	t=3,745* p<<0,001	t=0,585 p=0,559
12. Resposta ao erro não punitiva	f=0,481 p=0,696	f=0,201 p=0,896	t=1,239 p=0,217	f=1,595 p=0,206	t=2,099 p=0,037	t=1,070 p=0,286

Nota. t estatística do teste t-Student, f estatística do teste ANOVA, h estatística do teste *Kruskal-Wallis* e p valor de prova; * Estatística de teste t-Student de Welch.

Já na **dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente**, o teste de *Tukey* revelou diferenças significativas com os diferentes grupos, apresentando níveis médios diferentes entre os grupos de trabalhadores com menos experiência (6 meses a 2 anos) e os que têm entre 3-10 anos (I.C.a 95%]0,179; 1,383[e $p=0,005$), os que têm 11-20 anos (I.C.a 95%]0,543; 1,777[e $p<0,001$) e os que têm mais de 20 anos (I.C.a 95%]0,274; 1,518[e $p=0,001$). Verificaram-se ainda diferenças entre os grupos de 3-10 anos e 11-20 anos de experiência I.C.a 95%]0,032; 0,727[e $p=0,027$). As pontuações médias foram superiores nos profissionais com menos experiência ($M=3,82$ e $DP=0,55$) e as mais baixas ocorreram nos profissionais de 11-20 anos ($M=2,67$ e $DP=0,83$).

Relativamente à **dimensão 9 - Trabalho entre unidades** não foram detetadas diferenças entres os grupos formados pela Experiência profissional.

Quanto à Experiência no serviço atual evidenciaram-se diferenças significativas na **dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente**, com pontuações médias diferentes entre os grupos de profissionais com menos experiência (6 meses a 2 anos) e os restantes: 3 a 10 anos (I.C.a 95%]0,120; 0,836[e $p=0,004$); 11 a 20 anos (I.C.a 95%]0,169; 1,023 [e $p=0,002$); mais de 20 anos (I.C.a 95%]0,058; 1,037[e $p=0,022$). As pontuações médias foram superiores nos profissionais com menos experiência ($M=3,33$ e $DP=0,70$) e as restantes revelaram-se semelhantes e mais baixas ($2,74<M<2,85$), ocorrendo as mais baixas nos profissionais com 11-20 anos de experiência no serviço atual ($M=2,67$ e $DP=0,83$).

No seguimento da aplicação dos testes *Post-hoc* identificaram-se diferenças nas **dimensões 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente**, **5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente** (teste *Tukey*) e **6 - Feedback e comunicação acerca do erro** (teste *Games-Howell*) relativamente à Profissão.

O teste *Games-Howell*, na **dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente**, revelou diferenças significativas entre o Técnico Auxiliar de Saúde e o Médico (I.C.a 95%]0,124;

1,008[e $p=0,010$) e entre Enfermeiro e o Médico (I.C.a 95%]0,527; 1,097[e $p<0,001$).

Na **dimensão 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente** verificaram-se apenas diferenças parciais entre o Enfermeiro e o Médico (I.C.a 95%]-0,003; 0,568[e $p=0,053$) e na **dimensão 6 - Feedback e comunicação acerca do erro** as pontuações médias são diferentes entre o Técnico Auxiliar de Saúde e o Médico (I.C.a 95%]0,0571; 1,000[e $p=0,024$) e entre Enfermeiro e o Médico (I.C.a 95%]0,208; 0,788[e $p<0,001$).

Com a aplicação do teste *Kruskall Wallis* detetaram-se diferenças parciais na **dimensão 10 - Dotação de profissionais**, o teste de comparações múltiplas (LSD) evidenciou diferenças significativas entre o Técnico Auxiliar de Saúde e o Médico ($p=0,045$) e parciais entre o Enfermeiro e o Médico ($p=0,078$), pontuações médias inferiores para os médicos.

Com aplicação dos testes *Post-Hoc* verificou-se que nas **dimensões 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente, 6 - Feedback e comunicação acerca do erro e 10 - Dotação de profissionais** quanto à Profissão (Tabela 18), o Médico revelou as pontuações médias mais baixas, excetuando-se na dimensão 5 e O Técnico Auxiliar de Saúde apresentou as pontuações médias mais altas, à exceção da dimensão 2.

Tabela 18

Estatísticas das dimensões do HSPSC entre os grupos profissionais

Dimensão HSPSC	Técnico Auxiliar de Saúde	Enfermeiro	Médico
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	M=3,51 e DP=0,64	M=3,76 e DP=0,60	M=2,95 e DP=0,87
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	M=3,14 e DP=0,73	M=2,79 e DP=0,76	M=3,07 e DP=0,74
Continua			

6. Feedback e comunicação acerca do erro quanto à profissão	M=3,54 e DP=0,89	M=3,51 e DP=0,67	M=3,0 e DP=0,81
10. Dotação de profissionais	M=2,75 e DP=0,87	M=2,57 e DP=0,61	M=2,40 e DP=0,56

Nota. M – Média; DP – Desvio padrão.

7.5. Relação entre a Fadiga por Compaixão em profissionais de serviços de urgência e a Cultura de segurança do doente

Na Tabela 19 apresentam-se os valores do coeficiente de *Pearson* resultantes da análise da relação entre as subescalas da ProQOL5 com as dimensões da CSD. A SC apresentou associações positivas moderadas ($0,3 < r < 0,5$) ou fracas ($0 < r < 0,3$) significativas ($p \leq 0,043$) com as dimensões: 1 - Trabalho em equipa ($r=0,308$); 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão ($r=0,315$); 4 - Aprendizagem organizacional - melhoria contínua ($r=0,336$); 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente ($r=0,272$); 6 - Feedback e comunicação acerca do erro ($r=0,155$); 7 - Abertura na comunicação ($r=0,233$); 9 - Trabalho entre unidades ($r=0,192$); 11 - Transições ($r=0,218$). A associação (positiva) mencionada revelou que pontuações elevadas na subescala SC levaram a valores mais elevados nas dimensões mencionadas.

A subescala BO apresentou associações negativas significativas ($p \leq 0,021$) com a maioria das dimensões, excetuando-se a dimensão 8 - Frequência da notificação, que se revelou independente ($p > 0,05$). As associações negativas apresentadas são moderadas ($-0,367 \leq r \leq -1,75$) ou fracas, de onde se concluiu que pontuações elevadas de BO levaram a valores mais baixos nas dimensões da CSD.

Em relação à subescala STS, as associações significativas ($p \leq 0,028$) foram reduzidas, verificando-se uma associação fraca e negativa com a dimensão 9 - Trabalho entre unidades ($r=-0,175$) e com a dimensão 11 - Transições ($r=-0,168$),

onde pontuações elevadas de STS levaram a uma diminuição das pontuações nestas duas dimensões.

Tabela 19

Associação entre as subescalas da ProQOL5 e as dimensões do HSPSC recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson (r)

Dimensões do HSPSC	Subescalas da ProQOL5		
	Satisfação por compaixão	<i>Burnout</i>	Stress Traumático Secundário
1. Trabalho em equipa	0,308	-0,247	0,086
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	0,142	-0,199	-0,063
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	0,315	-0,367	-0,139
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	0,336	-0,244	0,028
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	0,272	-0,255	-0,11
6. Feedback e comunicação acerca do erro	0,155	-0,197	0,042
7. Abertura na comunicação	0,233	-0,250	-0,058
8. Frequência da notificação	0,082	-0,062	0,036
9. Trabalho entre unidades	0,194	-0,209	-0,175
10. Dotação de profissionais	0,004	-0,268	-0,116
11. Transições	0,218	-0,175	-0,168
12. Resposta ao erro não punitiva	0,005	-0,197	-0,147

8. DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, orientada em subcapítulos, de acordo com a ordem dos objetivos estabelecidos na metodologia.

8.1. Fadiga por compaixão em profissionais de serviços de urgência

Os participantes do estudo apresentam resultados moderados nas três subescalas, com valores médios mais elevados de SC do que de BO e STS. Os valores encontrados nos pontos de corte (*Tscore*), comparados com os valores de Stamm (2010) e Carvalho e Sá (2011) são valores médios ligeiramente superiores na SC e valores médios inferiores no BO e STS, que estão condizentes com os estudos de Borges et al. (2019), com uma amostra de enfermeiros de urgência, e os de Pereira et al. (2022), com enfermeiros gestores de diferentes contextos de trabalho.

Quando o profissional apresenta altos níveis de SC e níveis moderados a baixos de BO e STS, revela oportunidades de formação contínua e ambientes de trabalho positivos, resultando assim num melhor desempenho laboral (Stamm, 2010). Neste estudo, os profissionais apresentam valores moderados de SC, BO e STS, revelando a importância da implementação de estratégias que promovam a SC e diminuam o BO e STS, tendo o enfermeiro gestor um papel preponderante.

Apesar de haver alguma literatura relativamente à FC em enfermeiros (Alreshidi & Esenay, 2023; Batalha et al, 2020), o seu estudo em outros profissionais de saúde é ainda escasso, particularmente em contextos de serviços de urgência/emergência.

Wong et al. (2022) na China, num estudo com profissionais de serviços de urgência, apresentam resultados médios inferiores de SC ($M=34,7$). Por outro

lado, Bales et al. (2022), num estudo com profissionais de um serviço de urgência de adultos nos Estados Unidos da América, revelam resultados médios ligeiramente superiores na SC (M=38). Também Buselli et al. (2020), num estudo com profissionais de saúde que enfrentavam situações de urgência no âmbito da pandemia por Covid-19, em Itália, identificaram valores médios superiores na SC (M=38,2).

Para Stamm (2010), valores mais elevados de SC significam maior satisfação dos profissionais relativamente ao trabalho, sentindo-se revigorados com o trabalho, experienciando que podem acompanhar os novos protocolos e tecnologias, tornando-se assim mais felizes com o trabalho. Deste modo, assumem um maior comprometimento com a organização, percebem que conseguem acompanhar, adaptando-se a alterações e a novas exigências nos locais de trabalho (Xu et al., 2024), assim como contribui para a diminuição da rotatividade, promovendo cuidados seguros e de qualidade (Alreshidi & Rayani, 2023).

Relativamente ao BO, Wong et al. (2022) mostram valores médios muito semelhantes aos apresentados no presente estudo (M=25,7). Já Bales et al. (2022) descrevem valores ligeiramente inferiores (M=25,0), enquanto que no estudo de Buselli et al. (2020) os profissionais apresentam valores médios baixos de BO (M=19,8). Os participantes apresentam valores moderados de BO, potenciando, assim, sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, o que pode levar a dificuldades em lidar com o trabalho ou em fazê-lo de forma eficaz (Borges, Queirós, Abreu et al., 2021).

No que concerne ao STS, Wong et al. (2022) revelam valores médios similares (M=24,7) aos do presente estudo, enquanto Bales et al. (2022) descrevem valores médios inferiores (M=23,0); por outro lado, Buselli et al. (2020) revelam valores médios inferiores em sete pontos, apesar da recolha de dados ter sido efetuada na fase inicial da pandemia Covid-19 na Itália. Os dados mostram que os profissionais de serviços de urgência apresentam valores moderados de STS, consequência da exposição a eventos traumáticos resultantes da prestação de cuidados, experimentando o trauma de alguém que se ajudou (Stamm, 2010).

Os serviços de urgência mantêm-se como ambientes de trabalho altamente desafiantes, onde a natureza imprevista da doença, associada a longos tempos de espera, aumentam a pressão sobre os profissionais, condições que se agravaram após a pandemia Covid-19 (Borges, Queirós, Abreu et al., 2021; Machado et al., 2023), e que potenciam a exposição destes profissionais à FC.

O presente estudo corrobora com outros estudos quanto à presença de FC em profissionais de serviços de urgência (Bales et al., 2022; Wong et al., 2022), contribuindo assim para a evidência científica sobre os construtos investigados.

8.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais em profissionais de serviços de urgência

A associação da ProQOL5 com as variáveis sociodemográficas revela que os profissionais do sexo feminino apresentam médias superiores de SC e os profissionais com Atividades de lazer, apresentam médias inferiores de BO e STS.

Estes dados não são corroborados pelos estudos de Stamm (2010), Carvalho e Sá (2011) e Bales et al. (2022), que não encontraram diferenças significativas com as variáveis sociodemográficas.

No entanto, Duarte (2017), num estudo com enfermeiros em Portugal e Lourenção et al. (2022), em pesquisa com enfermeiros de urgência e cuidados intensivos no Brasil, identificam diferenças no Sexo, apresentando os profissionais do sexo feminino valores mais elevados de SC, sugerindo que as mulheres evidenciam maior satisfação ao cuidar de quem sofre, não só por culturalmente lhe ser atribuído o papel de cuidadora, como pela multiplicidade de papéis que desempenham, quer na sociedade, quer na família (Soares, 2021).

Por outro lado, o estudo de Borges et al. (2019) revela diferenças no Sexo com o STS, apresentando os profissionais do sexo feminino médias superiores de

STS, dados corroborados por Wong et al. (2022) e Buselli et al. (2020), embora no estudo de Wong et al. (2022) os profissionais do sexo feminino apresentam também valores médios superiores de BO, dado também revelado por Pereira et al. (2022).

Portanto, verificam-se diferentes resultados relativamente à variável Sexo, muito provavelmente pela diversidade dos contextos estudados, assim como, por a maioria das amostras serem predominantemente caracterizadas por profissionais do sexo feminino, o que pode representar um enviesamento e diferença dos resultados (Xie et al., 2021).

Relativamente às Atividades de lazer, os resultados são corroborados pelo estudo de Borges et al. (2019), que revelam que os profissionais que não realizam atividades de lazer estão mais expostos ao BO e STS. Os profissionais que não investem na sua qualidade de vida pessoal estão em maior risco de desenvolver FC, provavelmente por concentrarem grande parte do seu foco no trabalho, sendo importante que se priorize o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e o bem estar pessoal (ILO, 2023b; Steege & Rainbow, 2016).

Quanto às variáveis profissionais, a ProQOL5 revela diferenças significativas com a Profissão e com o Local de trabalho. A SC mostra diferença entre médico e enfermeiro, com médias superiores para o médico. Estes dados são parcialmente corroborados pelo estudo de Bales et al. (2022) em que os médicos apresentam médias mais elevadas de SC e mais baixas de STS do que os enfermeiros, enquanto que no estudo de Buselli et al. (2020), os técnicos de emergência apresentam médias superiores de SC, seguido pelos enfermeiros e por último pelos médicos.

Já o estudo de Wong et al. (2022) revela médias superiores de BO nos enfermeiros. Uma justificação para tal é que os médicos não cumprem a totalidade do seu horário laboral em contexto de urgência, fator que contribui para a diminuição do risco de os médicos estarem exposto à FC. Por outro lado, os médicos que fazem urgência são de várias especialidades, não havendo a especialidade médica de emergência (GT-SU, 2019). Para além disso, os

médicos poderão estar mais próximos dos decisores e com acesso mais facilitado a informações mais oportunas e precisas (Buselli et al., 2020).

Omri et al. (2022), num estudo com profissionais de saúde na Tunísia, faz a diferenciação entre médicos juniores e seniores (juniores com tempo de serviço inferior a cinco anos). Assim, os médicos juniores apresentam pontuações médias mais altas de BO e mais baixas de SC e os médicos seniores revelam pontuações médias mais altas de SC. Também Wong et al. (2022) revelam que os profissionais com menos de cinco anos de experiência profissional apresentam mais STS e BO, provavelmente por os profissionais com menos experiência poderem ter estratégias de resposta deficientes (Queirós & Borges, 2023). Para tal é importante a educação e formação, que pode ter um efeito moderador no STS e no BO (Yu & Gui, 2021), tendo aqui os líderes e gestores um papel importante.

Refletindo acerca dos resultados obtidos quanto à variável Local de trabalho, esta apresenta diferenças com a SC, apresentando os profissionais da Urgência Pediátrica médias superiores, enquanto o BO revela que os profissionais da Urgência Médico-cirúrgica apresentam valores médios mais altos.

Stamm (2010) refere que os profissionais que trabalham com crianças e famílias em situações de trauma tendem a apresentar níveis mais elevados de BO. Ou seja, os serviços de pediatria apresentam um ambiente emocional, stressante e intenso, muito pelo facto de as crianças mais pequenas não falarem e pela presença e sofrimento dos pais (Arykan & Esenay, 2022). Para além disso, os enfermeiros de pediatria que cuidam de crianças clinicamente complexas relatam resultados associados à FC, com diminuição da satisfação no trabalho, do envolvimento e aumento do erro (Yu & Gui, 2021).

Não foram encontrados estudos que efetuassem a diferenciação entre estes dois locais de trabalho, no entanto, Duarte (2017), no seu estudo com enfermeiros portugueses, em que participaram várias especialidades e serviços, nomeadamente urgência e pediatria, não revela diferenças significativas entre quem trabalhava em pediatria e em urgência. Por outro lado, Xie et al. (2021) na

meta-análise que efetuaram, revelam que existe mais SC nos profissionais do departamento de urgência, e menos BO no do departamento de pediatria.

O presente estudo não corrobora estes resultados, podendo dever-se a alguns componentes influenciadores, que podem ser ambientais, organizacionais, profissionais e pessoais (O'Callaghana et al., 2020). Fatores como cargas excessivas de trabalho, grande rotatividade de doentes, a pressão do tempo, os tempos de espera, a falta de pessoal, o baixo nível de apoio pela gestão e a falta de valorização dos profissionais são trazidos por outros pesquisadores (Bales et al., 2022; Caulfield et al., 2022; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; McDermick, 2020), e podem alguns destes fatores sustentar as diferenças verificadas entre os serviços deste estudo.

Para além disso, podem existir outros determinantes, como por exemplo o recurso excessivo dos portugueses a cuidados de saúde em contexto de urgência, mais notado no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, assim como a própria estrutura física dos serviços, a dimensão das equipas multidisciplinares e o histórico de recurso a horas extraordinárias para assegurar o funcionamento dos diferentes pontos da rede de serviços de urgência (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2023).

8.3. Perceção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente

A segurança do doente é uma dimensão central da qualidade dos cuidados de saúde, sendo a avaliação da Cultura de segurança do doente (CSD) uma importante ferramenta para monitorizar as condições organizacionais que levam a eventos adversos e danos aos doentes, de forma a desenvolver e avaliar intervenções de melhoria nas organizações (Nieva & Sorra, 2003; Despacho nº 9390/2021).

No que se refere à CSD, neste estudo nenhuma dimensão é considerada como forte, resultado semelhante encontrado por diversos autores (Batalha, Salles et

al., 2024; Brás et al., 2023; Freire, 2017; Rickiln et al., 2019). Estes resultados também estão refletidos no estudo piloto da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) sobre a CSD (Bienassis & Klazinga, 2022) e na avaliação comparativa de desempenho da CSD nos países da OCDE (Bienassis & Klazinga, 2024).

Portanto, apesar de a segurança do doente ser um aspeto essencial na qualidade dos serviços de saúde, e existindo normas e orientações, tanto a nível nacional como internacional, de forma a assegurar a implementação das medidas relativas à segurança do doente e à qualidade da prestação de cuidados (Despacho nº 9390/2021), a efetivação da CSD continua a ser um desafio. Por outro lado, as mudanças na cultura de segurança são normalmente processos lentos e exigentes (Bienassis & Klazinga, 2022).

Por conseguinte, a liderança, empenho, transparência e comunicação aberta são componentes indispensáveis para a cultura de segurança, sendo fundamental implementar estratégias para melhorar a CSD, nomeadamente através do desenvolvimento de cursos e implementação de planos de formação anuais na área da segurança do doente (Despacho nº 9390/2021).

Na análise específica das dimensões da CSD, apenas três apresentam percentagens médias de respostas positivas superiores a 50%, sendo a dimensão **1 - Trabalho em equipa** a que apresenta percentagens médias de respostas positivas mais alta, resultados corroborados por outros estudos (Brás et al., 2023; Eiras, 2011; Freire, 2017;). Também Bienassis e Klazinga (2022), no estudo piloto da OCDE sobre a CSD, tanto nos resultados da média da OCDE como nos relativos a Portugal, revelam resultados similares. Assim, os profissionais consideram que as suas equipas de trabalho apoiam-se, tratam-se com respeito e cooperam na prestação de cuidados, sendo uma forma de equilibrar a carga de trabalho, promovendo a segurança do doente.

Porém, quando existe a necessidade de as unidades hospitalares cooperarem e coordenarem-se entre si para prestar o melhor atendimento ao doente, os resultados são diferentes, existindo na dimensão **9 - Trabalho entre unidades** uma percentagem média de respostas positivas baixa. Dados semelhantes

foram encontrados na literatura (Bienassis & Klazinga, 2022; Brás et al., 2023; Freire, 2017; Ricklin et al., 2019).

A segunda dimensão com percentagens médias de respostas positivas mais elevada é a **2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente**. Outros autores obtiveram resultados similares nos seus estudos (Bienassis & Klazinga, 2022; Brás et al., 2023; Eiras, 2011; Ricklin et al., 2019). Resultados positivos nesta dimensão demonstram que os gestores, nomeadamente os enfermeiros gestores, incrementam a CSD, considerando sugestões da equipa, não negligenciando os problemas relacionados com a segurança do doente.

No entanto, os profissionais não revelaram a mesma opinião quando se trata da gestão hospitalar, visto que a dimensão **3 - Apoio à segurança do doente pela gestão** é a terceira dimensão com percentagens médias de resposta positivas mais baixas, resultados que também se verificam em outros estudos (Batalha, Salles et al., 2024; Brás et al., 2023; Freire, 2017), o que demonstra ser uma área frágil para a CSD em determinados contextos, revelando que os participantes consideram que a gestão hospitalar não proporciona um clima de trabalho que promova a segurança do doente.

Também a dimensão **10 - Dotação dos profissionais** mostrou-se como uma dimensão frágil, apresentando uma percentagem média de respostas positivas baixa, dados corroborados por Bienassis e Klazinga (2022) e por Freire (2017). Ou seja, os profissionais apontam para um número insuficiente de profissionais para lidar com a carga de trabalho, sendo que a adequação de profissionais é uma questão importante da segurança do doente, e tem sido associada aos resultados dos doentes (Bienassis & Klazinga, 2022). Existem padrões mínimos para a constituição das equipas dos serviços de urgência, de forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes (Regulamento nº 1029-A/2022). A existência de regulamentos para o cálculo de dotações seguras dos cuidados engloba a realidade das diferentes áreas, suscetíveis de adaptação à organização dos diferentes serviços de urgência, sendo necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico, fluxos de

procura ao longo do dia, da semana e do mês de cada serviço (Regulamento nº 743/2019; Regulamento nº 1029-A/2022), contribuindo tanto para a proteção da saúde e segurança dos doentes, como dos próprios profissionais.

No entanto, o Serviço Nacional de Saúde atravessa um período crítico, resultante de diversas condicionantes, como a escassez de recursos humanos na área da saúde e o recurso excessivo dos portugueses a cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2023), o que coloca aos profissionais destes serviços desafios com potencial repercussão na sua saúde e na qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à dimensão **5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente**, esta apresenta percentagens médias de respostas positivas próximas dos 35%, resultados similares apresentados por Freire (2017); por outro lado, Brás et al. (2023), Bienassis e Klazinga (2022) e Ricklin et al. (2019) revelam percentagens perto dos 50%. Este resultado diverge do indicador de resultado relativo à avaliação geral da segurança do doente, onde a maioria dos participantes apresenta uma avaliação geral da segurança do doente como aceitável, considerando que os procedimentos e sistemas são bons na prevenção de erros.

A dimensão que apresenta percentagens médias de respostas positivas mais baixas é a **12 - Resposta ao erro não punitiva**, dados não corroborados por Brás et al. (2023) e Ricklin et al. (2019), que apresentam valores superiores a 50%, enquanto que os dados da OCDE referentes a Portugal revelam resultados similares (Bienassis & Klazinga, 2022). Portanto, apesar de se promover a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador (Despacho n.º 9390/2021), os profissionais continuam a sentir que os relatórios de eventos podem ser usados contra eles e que os erros podem ser mantidos nos seus processos pessoais.

Também a dimensão **8 - Frequência de notificação**, apresenta percentagens médias de respostas positivas baixas, resultados verificados na literatura (Batalha, Salles et al., 2024; Brás et al., 2023; Freire, 2017). Apesar deste

resultado não se ter verificado nos resultados médios da OCDE, em Portugal esta é a segunda dimensão com percentagens médias mais baixas (35%) (Bienassis & Klazinga, 2022). Pode considerar-se que estes resultados corroboram os resultados obtidos, com o indicador de resultado referente ao número de notificações efetuadas nos últimos 12 meses, sendo que a maioria dos participantes não registou nenhum relatório de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses, resultados também apurados em outros estudos (Brás et al., 2023; Campos et al., 2023; Freire (2017)).

Portanto, a notificação de incidentes e eventos adversos ainda permanece inferior ao que seria desejável, o que dificulta a análise dos incidentes, logo o processo de melhoria contínua fica comprometido. Assim, esta dimensão deve constituir uma prioridade de intervenção nas equipas, para que se promova uma cultura de notificação, de forma a mitigar danos e prevenir a sua ocorrência, promovendo deste modo uma aprendizagem ao longo de todo o processo, transformando os incidentes em oportunidades de melhoria. Logo, há a necessidade de adotar estratégias de forma a melhorar a sensibilização e consciencialização dos profissionais para uma cultura de notificação de incidentes e eventos adversos que seja não punitivo, flexível e de justiça, na procura da aprendizagem (DGS, 2022).

Relativamente à dimensão **4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua**, esta apresenta percentagens médias de respostas positivas próximas dos 50%, resultados semelhantes obtidos por Freire (2017), sendo que outros estudos apresentam resultados superiores a 60% (Ricklin et al., 2019, Bienassis & Klazinga, 2022). Esta dimensão refere-se há existência de uma cultura de aprendizagem, em que os erros levam a mudanças positivas, sendo as mesmas avaliadas quanto à eficácia. Pode considerar-se que esta dimensão está relacionada com a notificação de eventos, visto que se não há uma cultura de notificação de eventos dificilmente haverá uma cultura de aprendizagem com o erro.

Já a dimensão **6 - Feedback e comunicação acerca do erro** revela resultados próximos de 50%, resultados também obtidos por Freire (2017). Já Brás et al.

(2023) e Ricklin et al. (2019), assim como os resultados da OCDE (Bienassis & Klazinga, 2022) revelam resultados superiores a 50%. A equipa é informada sobre os erros que acontecem, recebe feedback sobre as mudanças implementadas e discute maneiras de prevenir os erros.

Por outro lado, abordando a questão se a equipa fala livremente se vir algo que possa afetar negativamente um doente e sente-se à vontade para questionar quem tem mais autoridade, **7 - Abertura na comunicação**, apresenta percentagens médias de respostas positivas próximas dos 50%, dados que noutros estudos apresentam resultados superiores a 50% (Bienassis & Klazinga, 2022; Eiras, 2011; Ricklin et al., 2019).

Segundo a DGS (2017) falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, sendo que a evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente. No presente estudo, a dimensão **11 - Transições** revela percentagens médias de respostas positivas superiores a 50%, dados corroborados nas investigações de Bienassis e Klazinga (2022), Freire (2017) e Ricklin et al. (2019). A segurança nesta dimensão está relacionada com as perceções dos profissionais sobre se informações importantes relativas aos cuidados do doente são transmitidas entre unidades hospitalares e durante as passagens de turno. A DGS (2017) recomenda a uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, através da implementação da técnica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*), de forma a melhorar a qualidade da informação transmitida e promover a segurança na continuidade dos cuidados.

8.4. Relação entre a percepção dos profissionais de serviços de urgência acerca da Cultura de segurança do doente e as variáveis sociodemográficas e profissionais

No presente estudo, a associação entre o HSPSC e as variáveis sociodemográficas evidenciou diferenças com o Sexo, as Habilitações, a Idade e as Atividades de lazer.

Os profissionais do sexo feminino apresentam pontuações médias mais elevadas nas dimensões: 1 - Trabalho em equipa, 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão, 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente e 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro. Por sua vez, Batalha, Salles et al. (2024), no seu estudo com enfermeiros no Brasil, verificam estas diferenças na dimensão 1 - Trabalho em equipa.

Por outro lado, Brás et al. (2023) identificaram nos profissionais do sexo masculino pontuações médias mais altas na dimensão 10 - Dotação de profissionais. Já no estudo de Sani et al. (2024), apenas é realizada a relação com a CSD no geral, sendo que os profissionais do sexo feminino apresentam pontuações médias mais baixas. Torna-se, portanto, necessário o aprofundamento desta associação, no que concerne à compreensão de aspetos sociais, culturais, organizacionais e comportamentais (Batalha, Salles et al., 2024), com indícios de que esta associação evidencia variações entre os profissionais segundo o Sexo.

No que se refere às Habilitações, os profissionais com licenciatura apresentam pontuações médias mais altas nas dimensões 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente e 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro. Resultados semelhantes em relação à dimensão 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro são apresentados nos estudos conduzidos por Brás et al. (2023) e por Silva et al. (2018). Contudo, He et al. (2023), num estudo com profissionais de saúde na China, refere que os profissionais com bacharelado e inferior percecionaram melhores pontuações de segurança do doente do que aqueles com mestrado e superior. A OMS (2021)

preconiza que se incorpore a segurança do doente nos currículos de formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, assim como no desenvolvimento profissional contínuo, por meio de formação em contexto de trabalho. No entanto, a integração de conteúdos da segurança do doente nos currículos das diferentes categorias profissionais mostra uma grande variabilidade. A educação em Enfermagem destaca-se como o campo mais progressista, com 67% dos países reconhecendo a incorporação de princípios da segurança do doente nos currículos, sendo a realidade bem diferente noutras classes profissionais, nomeadamente nos médicos (WHO, 2024). Não obstante, apenas um quarto dos países refere incorporar a segurança do doente na formação das equipas e dos profissionais de saúde (WHO, 2024), sendo que a participação em programas de formação sobre a segurança do doente está associada a uma melhor CSD (He et al., 2023; WHO, 2024; Yayehrad et al., 2024).

No que se refere à Idade, os profissionais com menos de 30 anos apresentam pontuações médias mais altas na dimensão 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente, enquanto os profissionais com 51-60 anos revelam pontuações médias mais altas na dimensão 9 - Trabalho entre unidades. Dados não corroborados por Ricklin et al. (2019), em que os profissionais mais velhos apresentam pontuações médias mais altas na dimensão 7 - Abertura na comunicação e por Mohammed et al. (2021), em que os profissionais com idades inferiores a 34 anos apresentam uma avaliação global mais baixa da CSD. Em Portugal, Brás et al. (2023) referem que os profissionais com mais de 40 anos revelam pontuações médias mais elevadas nas dimensões: 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente e 11 - Transições. Estas diferenças poderão ser explicadas pela diversidade dos contextos e dos profissionais estudados, bem como aspetos somados que podem impactar na perceção de segurança do doente.

Atividades de lazer são as atividades que dão satisfação e nas quais o profissional se envolve, voluntariamente, durante o tempo que tem livre do trabalho e de outras responsabilidades pessoais e profissionais, sendo diferente o que cada um considera como atividade de lazer (OPP, 2024). Pode ser praticar

exercício físico, ver filmes ou séries, cozinhar, entre muitas outras atividades. Estas ajudam a recuperar física e mentalmente de momentos de cansaço, reduzem os níveis de stress e ansiedade, sendo que o profissional sente mais capacidade para lidar com a incerteza e com a adversidade, melhorando o desempenho no trabalho (OPP, 2024). No entanto, frequentemente, quando os profissionais estão preocupados, stressados ou sobrecarregados de trabalho, as atividades de lazer são as primeiras que sacrificam (OPP, 2024).

No presente estudo verificou-se correlação positiva entre as Atividades de lazer e algumas das dimensões da CSD, realçando-se assim a importância de estudar como o equilíbrio entre a vida familiar e profissional e a interação trabalho-família podem influenciar a CSD e a qualidade dos cuidados prestados. Em contrapartida, Rawas & Hashish (2023), num estudo com enfermeiros na Arábia Saudita, não encontraram relação entre as variáveis sociodemográficas e o HSPSC.

No que concerne às variáveis profissionais - Local de trabalho, Profissão, Vínculo, Experiência profissional e Experiência no serviço atual - estas revelam diferenças com o HSPSC.

A Urgência Pediátrica apresenta pontuações médias superiores em todas as dimensões. Estes dados são corroborados pelo estudo de Rawas & Hashish (2023), no qual os enfermeiros que exercem em unidades pediátricas apresentam pontuações médias superiores em todas as dimensões, podendo esta diferença estar relacionada com a natureza complexa do trabalho no serviço de pediatria, assim como com a carga de trabalho, sendo que trabalhar em pediatria envolve o cuidado a uma população vulnerável, em que mesmo pequenos erros podem ter consequências significativas (Yayehrad et al., 2024).

Outro aspeto relevante poderá ser a presença constante do acompanhante em pediatria, que possui um papel importante na prestação de cuidados seguros à criança, atuando como barreira na prevenção de eventos adversos (Peres et al., 2018).

Por outro lado, outros investigadores apresentam resultados diferentes; Mohammed et al. (2021) e Yayehrad et al. (2024) referem que os profissionais que trabalham em pediatria têm uma perceção geral mais baixa da CSD. Yayehrad et al. (2024) também referem que os profissionais que trabalham em urgência são mais propensos a ter uma boa CSD, comparativamente com os que trabalham na área médica ou cirúrgica, motivado pelos internamentos curtos e pela complexidade dos casos que requerem acompanhamento rigoroso.

Assim, Batalha, Salles et al. (2024) referem que o local de trabalho é a variável que mais influencia a perceção dos profissionais sobre a CSD, não especificando ambientes de trabalho. Portanto, dentro de uma mesma organização podem existir microculturas de segurança do doente (Batalha, Salles et al., 2024). As diferenças podem ser multifatoriais, contribuindo para tal as especificidades de cada local de trabalho. Deste modo, nos serviços de urgência, estes fatores podem estar associados ao reconhecimento de trabalho stressante, à gestão do serviço, à gestão hospitalar, às condições de trabalho e à carga de trabalho (Diz & Lucas, 2022).

Também o aumento do fluxo de doentes e suas características podem resultar em profissionais sobrecarregados e com diminuição da perceção da CSD (Mohammed et al., 2021). Para além disso, trabalhar em serviços de urgência e de pediatria requer habilidades específicas, sendo que para além da dotação adequada de profissionais, é importante que estes sejam especializados nestas áreas, contribuindo assim para a garantia da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente (Isaac et al., 2024).

Na dimensão 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, os médicos apresentam pontuações médias inferiores; estas diferenças podem ser explicadas pelo facto dos gestores das diferentes classes profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde) serem diferentes, existindo os gestores dos serviços de enfermagem e os gestores da área médica. Para além disso, não existem equipas médicas dedicadas exclusivamente à urgência, enquanto as equipas de enfermagem e de técnicos auxiliares de saúde são dedicados à urgência.

Já na dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente, os enfermeiros apresentam pontuações médias mais altas, ao contrário das dimensões 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro e 10 - Dotação de profissionais, em que os técnicos auxiliares de saúde apresentam pontuações médias mais altas e os médicos mais baixas.

Resultados diferentes apresentam Ricklin et al. (2019) no seu estudo, em que os médicos apresentam pontuações médias superiores nas dimensões 7 - Abertura na comunicação e 9 - Trabalho entre unidades, enquanto na pesquisa de Batalha, Salles et al. (2024) os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentam médias inferiores na dimensão 10 - Dotação de profissionais, assim como na dimensão 12 - Resposta não punitiva ao erro. Já Andreu-Morera (2022) revela que os auxiliares de enfermagem tiveram pontuações mais altas nas dimensões 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente, 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro e 7 - Abertura na comunicação, e os médicos pontuaram mais alto na dimensão 11 - Transições.

Por outro lado, o tipo de Vínculo profissional pode impactar a forma como os profissionais pontuam a CSD. Os profissionais com vínculo precário revelam pontuações mais altas nas dimensões: 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão, 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente, 8 - Frequência de notificação, 10 - Dotações de profissionais e 11 - Transições. Também no estudo de Batalha, Salles et al. (2024) os profissionais com vínculo precário apresentam pontuações médias mais altas na dimensão 5 - Percepções gerais sobre a segurança dos doentes. Refletindo, estes resultados, poderão estar relacionados com a menor experiência de quem tem vínculo precário, bem como pelo facto de estarem há menos tempo no serviço, maior instabilidade laboral, resultando assim numa maior relutância em exprimir as suas opiniões (OPP, 2023; OIT, 2020). Em contrapartida, potencialmente quem tem vínculo definitivo sente-se mais seguro, decorrente de uma maior maturidade pessoal e profissional para responder criticamente sobre estas questões, bem como ter menor risco de rutura do vínculo profissional.

Relativamente à Experiência profissional e à Experiência no serviço atual, estas revelam diferenças com as dimensões 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão e 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente, em que os profissionais com experiência inferior a dois anos apresentam pontuações médias mais altas. Ricklin et al. (2019) mostram que os profissionais com mais tempo de experiência no serviço apresentam pontuações médias mais baixas na dimensão 11 - Transições. Já Brás et al. (2023) revelam que os profissionais com mais de 20 anos de experiência profissional apresentam pontuações médias mais elevadas nas dimensões 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão, 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua e 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente. Por outro lado, no estudo de Batalha, Salles et al. (2024), na dimensão 10 - Dotação de profissionais, os profissionais com maior experiência profissional apresentam pontuações médias superiores, sugerindo que com o passar do tempo os profissionais podem tornar-se mais resilientes em relação à carga de trabalho e até mesmo adotar estratégias para organizar a equipa de modo a otimizar as atividades de maneira mais eficiente.

Já Yayehrad et al. (2024) referem que os profissionais com mais de cinco anos de experiência profissional apresentam melhor CSD, pelo facto de a segurança do doente ser reconhecida como resultado da evolução dos sistemas de saúde e da aprendizagem com experiências passadas. Assim, o aumento da idade, experiência, interação social, atitudes, perceções e valores que as equipas partilham dentro de uma organização aumentam a CSD (Mohammed et al., 2021).

Portanto, a literatura pesquisada relativamente à relação entre a CSD e as variáveis sociodemográficas e profissionais é escassa e os seus resultados divergentes, quer pela variabilidade dos contextos de trabalho, quer pelas diferenças culturais e organizacionais dos locais onde se desenvolveram os estudos. Assim, este estudo contribui para uma melhor compreensão da relação entre estas variáveis e a CSD e mostra a importância das investigações continuas no tema.

8.5. Relação entre a Fadiga por Compaixão em profissionais de serviços de urgência e a Cultura de segurança do doente

Os resultados do presente estudo revelam associações entre a ProQOL5 e as dimensões da CSD.

A associação positiva encontrada entre a SC e as oito dimensões da CSD divergem dos resultados obtidos por Batalha, Borges et al. (2024), num estudo com enfermeiros no Brasil, em que a CSD não apresenta correlação com a SC. Já Batalha et al. (2022), num estudo com enfermeiros em Portugal, em que analisam a correlação entre a ProQOL5 e cinco dimensões da CSD (1 - Trabalho em equipa; 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua; 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente; 10 - Dotações de profissionais e 12 - Resposta não punitiva ao erro), apresentam correlações positivas e significativas com todas as dimensões, exceto com a dimensão 12 - Resposta não punitiva ao erro. Por outro lado, Pereira et al. (2022), num estudo com enfermeiros gestores, identificam correlação positiva da SC com seis dimensões: 1 - Trabalho em equipa, 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente, 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro e 9 - Trabalho entre unidades.

Refletindo sobre os resultados, um ambiente promotor da SC fomenta o trabalho em equipa, leva a que os procedimentos existentes sejam eficazes na prevenção de erros, sendo que quando estes ocorrem a equipa é informada, discute formas de os prevenir, recebe *feedback* sobre as mudanças implementadas, sentindo que os erros levam a mudanças positivas e as unidades hospitalares cooperam e coordenam-se para prestar os melhores cuidados ao doente (Sorra & Nieva, 2004).

Portanto, tal como referem Garzin et al. (2024), os profissionais com elevada SC estabelecem maior vínculo com o doente e com a equipa de trabalho, havendo uma maior adesão aos protocolos relacionados com a segurança do doente, o que contribui para a qualidade dos cuidados.

Relativamente ao BO, existe associação negativa com 11 dimensões. Resultados similares encontrados na pesquisa de Batalha et al. (2022), apresentando correlações negativas com todas as dimensões analisadas e de Pereira et al. (2022), correlações negativas com todas as dimensões da CSD. Porém, Batalha, Borges et al. (2024), revelam correlação negativa com cinco dimensões da CSD: 1 - Trabalho em equipa, 5 - Perceção geral sobre a segurança do doente, 9 - Trabalho entre unidades, 10 - Dotação de profissionais e 11 - Transições.

O BO apresenta-se de forma progressiva e contínua, o que pode levar a uma diminuição do comprometimento do indivíduo com o trabalho, ao distanciamento do profissional com o doente, além de pensamentos e sentimentos de insensibilidade relativamente aos colegas (Batalha et al., 2022; Garzin et al., 2024). Profissionais com pontuações mais elevadas de BO podem apresentar mais dificuldades na sua relação com o local de trabalho, estando mais propensos a prestar cuidados de menor qualidade, assim como a avaliar a CSD com pontuações mais baixas (Batalha, Borges et al., 2024). Outro aspeto relevante é a elevada afluência de doentes ao Serviço de Urgência e a consequente sobrecarga de trabalho, que pode aumentar a ocorrência de eventos adversos (Azevedo et al., 2020; Garzin et al., 2024).

Portanto, pode depreender-se que o BO interfere com o trabalho em equipa, as perceções sobre a segurança do doente, o trabalho entre unidades e a dotação dos profissionais. A dotação adequada de profissionais favorece um ambiente de trabalho mais justo e proporciona mais oportunidades de a equipa desenvolver relações de apoio e respeito (Sorra & Nieva, 2004).

Assim, um melhor ambiente de trabalho está associado a níveis inferiores de BO, o que leva a um incremento da segurança do doente e menos eventos adversos, tornando evidente a necessidade de haver uma abordagem na prevenção do BO de forma a melhorar a prestação de cuidados (Batalha et al., 2019). Esta deve passar por aprender estratégias para lidar com um trabalho desgastante, obter o reconhecimento profissional (da Instituição, dos gestores, dos doentes) e

repensar a gestão de pessoas, diminuindo a sobrecarga de trabalho e promovendo a dotação adequada de profissionais (Baptista et al., 2024).

No que concerne ao STS, este apresenta associação negativa com as dimensões 9 - Trabalho entre unidades e 11 - Transições. Estes dados não são corroborados por Batalha, Borges et al. (2024), que apresentam associação negativa com quatro dimensões: 1 - Trabalho em equipa, 5 - Perceção geral sobre a segurança do doente, 9 - Trabalho entre unidades e 10 - Dotação de profissionais, enquanto apresenta uma correlação positiva com a dimensão 6 - *Feedback* e comunicação acerca do erro. Em contrapartida, Batalha et al. (2022) revelam correlações negativas com três das dimensões pesquisadas: 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente, 10 - Dotações de profissionais e 12 - Resposta não punitiva ao erro, enquanto Pereira et al. (2022) apresentam correlações negativas com todas as dimensões da CSD.

Por conseguinte, o STS parece ter um efeito mais reduzido na CSD, provavelmente por frequentemente acontecer de forma aguda e abrupta, ocorrendo também, na maioria das vezes, uma recuperação mais rápida do que no BO (Batalha et al., 2022).

Desta forma, existem ligações significativas entre as culturas que promovem a segurança dos trabalhadores e as que promovem a segurança do doente, abordando, muitas vezes, os mesmos domínios, tais como o trabalho em equipa, adequação de pessoal, boa comunicação e confiança. Os gestores devem considerar estratégias de melhoria que envolvam ambos e implementar processos de monitorização de forma a avaliar o seu desempenho (Bienassis & Klazinga, 2022), sendo a comunicação e o trabalho em equipa diferenciais no planeamento destas estratégias.

Assim, os enfermeiros gestores, de acordo com as suas competências, devem promover a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, promovendo ambientes de trabalho saudáveis e seguros e a CSD das equipas (Regulamento n.º 101/2015). Para além disso, os gestores devem ser um exemplo para as suas equipas, tendo um papel importante a desempenhar na proteção dos trabalhadores e na promoção da segurança (OIT, 2020). Têm

também um impacto significativo e positivo no bem-estar dos profissionais, quando desenvolvem competências facilitadoras da mudança, da comunicação e da flexibilidade, sendo que quando os profissionais se sentem apoiados e valorizados tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar, desempenho, concentração, motivação, envolvimento e compromisso com os objetivos da organização (OPP, 2023).

Assim sendo, uma base de evidências crescente sugere ligações entre a CSD e a segurança do local de trabalho em ambiente hospitalar (Bienassis & Klazinga, 2022), sendo que a segurança dos profissionais de saúde e a segurança dos doentes são domínios interligados e devem ser inseparáveis (WHO, 2021), o que também se confirma nesta investigação.

CONCLUSÃO

Os profissionais de serviços de urgência trabalham em ambientes desafiantes, devido à tensão e stress dos doentes e familiares, muitas vezes agravados por espaços apertados, falta de privacidade e interações pessoais intensas, com longos tempos de espera, o que aumenta a pressão e o stress dos profissionais, colocando-os em risco de desenvolver FC, condições que se agravaram com a pandemia Covid-19. Estas condições colocam em risco não só a saúde dos profissionais como a segurança do doente.

Deste modo, é fundamental que se promovam ambientes de trabalho saudáveis e seguros, tanto para os profissionais como para os doentes, sendo estes dois indissociáveis.

Apresentam-se, seguidamente, as principais conclusões obtidas no estudo, as suas limitações e sugestões, quer para a prática clínica, quer para futuros trabalhos de investigação.

Assim, os resultados obtidos permitem-nos aferir o seguinte:

- Os profissionais dos serviços de urgência apresentam valores moderados de SC e FC.
- A SC é influenciada pelo Sexo, Profissão e Local de trabalho, enquanto a FC é influenciada pela prática de Atividades de lazer e pelo Local de trabalho.
- A associação entre o HSPSC e as variáveis sociodemográficas e profissionais evidenciou diferenças com o Sexo, as Habilitações, a Idade, as Atividades de lazer, o Local de trabalho, a Profissão, o Vínculo, a Experiência profissional e a Experiência no serviço atual.
- Existe necessidade de intervenção em todas as dimensões da CSD, sendo a Resposta ao erro não punitiva a dimensão com menor percentagem média de respostas positivas e o Trabalho em equipa, Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente e

Transições as dimensões com percentagem média de respostas positivas superiores a 50%.

- Foi encontrada associação positiva entre a SC e oito dimensões da CSD. Relativamente ao BO, existe associação negativa com 11 dimensões. No que concerne ao STS, este apresenta associação negativa com as dimensões 9 - Trabalho entre unidades e 11 - Transições.

Em suma, o presente estudo salienta a importância da promoção da SC, prevenção da FC, assim como a necessidade de intervenção em todas as dimensões da CSD.

Para além disso, e tendo em conta a finalidade deste estudo, o mesmo contribui para a consciencialização dos profissionais de serviços de urgência sobre a FC, assim como a sua importância para a CSD, contribuindo para implementar e adequar projetos de melhoria contínua, sugerindo as dimensões com necessidade de intervenção por ordem prioritária, com vista à otimização da CSD nas organizações. Por outro lado, tornou-se evidente a necessidade de considerar as características sociodemográficas e profissionais dos profissionais de forma a adequar as estratégias a desenvolver às necessidades dos mesmos.

De referir também a importância do presente estudo como fonte de comparação em próximas investigações, considerando o contexto específico e único dos serviços de urgência. Para além disso, é também um contributo para os gestores, nomeadamente os enfermeiros gestores, priorizarem a saúde e segurança dos profissionais, assim como a segurança dos doentes, de forma a prevenir a FC e dar primazia às dimensões com maior necessidade de intervenção. Indo assim também ao encontro do perfil de competências do Enfermeiro gestor, o qual integra entre outras, a gestão de recursos humanos, do risco clínico e não clínico e a promoção do desenvolvimento da equipa e de uma prática baseada na evidência. Para tal, deve promover ambientes de trabalho seguros, identificar e gerir o risco clínico e não clínico, promover a cultura de segurança, implicar a equipa tanto na inovação em projetos de investigação como na aplicabilidade dos resultados da investigação produzida.

Utiliza ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, *coaching* e supervisão.

No decorrer deste trabalho, surgiram algumas dificuldades, nomeadamente a adesão dos participantes do estudo, pelo facto de serem serviços de urgência, com uma grande afluência de doentes, elevadas cargas de trabalho e com um espaço físico disperso, havendo necessidade de relembrar a importância da participação no estudo por parte da investigadora, com o apoio das enfermeiras gestoras dos serviços.

Apesar dos seus contributos, este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o número reduzido de estudos que avaliaram estes dois construtos em contexto de serviços de urgência e incluindo todos os profissionais de saúde. Também, o facto de ser um estudo transversal, com recurso a uma amostra de conveniência, não permitindo a extrapolação dos resultados.

Apesar das limitações apresentadas, considera-se que a avaliação da prevalência da FC e da perceção da CSD em contexto de urgência hospitalar, envolvendo todos os profissionais, é essencial para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

Assim, após uma reflexão sobre o estudo efetuado, emergiram algumas sugestões para futuras investigações.

Por um lado, será importante o desenvolvimento de estudos de prevalência da FC e da perceção da CSD em contexto de serviços de urgência, incluindo todos os profissionais, em diferentes áreas geográficas do país, assim como em outros países, de modo a avaliar a validade de construto, permitindo também um estudo comparativo das diferentes realidades profissionais.

Também será de considerar a realização de estudos longitudinais com as dimensões da ProQOL5 e do HSPSC, assim como estudos qualitativos, para uma melhor compreensão da relação destas variáveis, das suas consequências e do impacto tanto na saúde ocupacional dos profissionais, como na segurança do doente.

Igualmente, considera-se pertinente a análise tanto das variáveis sociodemográficas e profissionais como de outras variáveis que são identificadas na literatura como determinantes, nomeadamente, a carga de trabalho, a dotação de profissionais, a liderança e a resiliência dos profissionais.

Por outro lado, sugere-se a capacitação dos profissionais de saúde, no âmbito da FC e da CSD, tanto na formação pré e pós-graduada, como nos próprios contextos de trabalho.

Por último, a dinamização de programas/estratégias a nível individual e organizacional para promover a SC e melhorar a perceção da CSD dos profissionais de saúde, tais como programas de *mindfulness*, técnicas de autoajuda e “*debrief*”, treino de resiliência, suporte de pares e social, entre outros. Além da implementação destas estratégias reconhece-se a necessidade da avaliação do seu impacto na promoção da SC, prevenção da FC e na perceção da CSD, com vista à promoção da saúde dos profissionais e dos doentes.

De igual modo, ressalta-se a necessidade de as instituições proporcionarem um ambiente de trabalho saudável, com recursos suficientes, políticas de valorização e apoio ao profissional. Como tal, o enfermeiro gestor tem aqui um papel determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, devendo ser um gestor do risco clínico e não clínico, da adequação dos recursos, um gestor de pessoas, promotor da qualidade dos cuidados e que promove a investigação.

Portanto, as exigências e os desafios impostos pelos contextos de trabalho realçam a necessidade de as organizações promoverem o estudo do impacto da FC nos profissionais de serviços de urgência, assim como da perceção da CSD, constituindo-se como uma forma de sensibilizar os gestores e líderes na área da saúde, bem como dos próprios profissionais para a realidade destes fenómenos, auxiliando na sua compreensão e no desenvolvimento de estratégias de promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adimando, A. (2017). Preventing and alleviating compassion fatigue through self-care: an educational workshop for nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 304-317. <https://doi.org/10.1177/0898010117721581>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *Benchmarking dos hospitais: produção de rácios e eficiência*. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard
- Akoijam, P., & Konjengbam, S. (2023). The impact of an educational program on knowledge and perception of patient safety culture among nurses in the two medical colleges of Manipur: A quasi-experimental study. *Indian J Public Health*, 67(2), 265-270. https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1416_22
- Alamri, M., & Almazan, J. (2018). Barriers of physical assessment skills among nursing students in arab Peninsula. *International Journal of Health Sciences*, 12(3), 58-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29896073/>
- Aliem, S. M. F. A., & Hashish, E. A. A. (2021). The Relationship Between Transformational Leadership Practices of First-Line Nurse Managers and Nurses' Organizational Resilience and Job Involvement: A Structural Equation Model. *Worldviews Evid Based Nurs*, 18(5), 273-282. <https://doi.org/10.1111/wvn.12535>
- Almazan, J. U., Albougami, A. S., & Alamri, M. S. (2019). Exploring nurses' work-related stress in an acute care hospital in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(4), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.04.006>
- Alreshidi, S. M., & Rayani, A. M. (2023). Predictors of compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among nursing professionals in a medical city in Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 2883-2892. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S430082>
- Ames, M., Salmond, E., Holly, C., & Kamienski, M. (2017). Strategies that reduce compassion fatigue and increase compassion satisfaction in nurses: a systematic review protocol. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1800-1804. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003142>
- Andreu-Morera, G., Mir-Abeilán, R., Cruz-Antolin, A. J., Puente-Martorell, M. L., & Falcó-Pegueroles, A. (2022). Cultura de seguridad del paciente en diferentes ámbitos asistenciales: fortalezas y oportunidades de mejora.

- Metas Enferm, 25(1), 18-24.
<https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081865>
- Arikan, A., & Esenay, F. I. (2022). Compassion fatigue and burnout in Turkish pediatric emergency nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Pediatric Nursing*, 71, 120–126.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.004>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de saúde*, 12(1), 12-22.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Bahari, G., Asiri, K., Noah, N., & Alqahtani, N. (2022). Professional quality of life among nurses: compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress: a multisite study. *SAGE Open Nursing*, 8, 1–8.
<https://doi.org/10.1177/23779608221112329>
- Baker, J., & Vincent, R. (2024). Compassion fatigue in community nursing: what is it, who is susceptible, and what can be done? *British Journal of Community Nursing March*, 29(3), 132-136.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2024.29.3.132>
- Bales, M., DeAlmeida, K., Oei, C. E., Hampton, D., & Bohr, N. L. (2022). Quantifying Compassion Fatigue in Ancillary and Clinical Staff in an Adult Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 23(6), 841-845. <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2022.8.57733>
- Baptista, P. C. P., Tito, R. S., Lourenção, D. C. A., & Ziller, R. P. (2024). Estratégias para enfrentamento da síndrome de burnout. In L. L. Trindade, J. Carneiro, M. Schoeninger & E. Borges (Eds), *Health work international project – HWOPI: teorias e vivências para a saúde ocupacional* (Cap. 6, pp. 90-106). Editora Argos.
<https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/0000c7/0000c711.pdf>
- Batalha, E. M. S. S., Borges, E. M. N., & Melleiro, M. M. (2024). Associação entre cultura de segurança do paciente e qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 58(e20230359), 1-9. <http://doi.org/10.1590/1980-220x-REEUSP-2023-0359pt>
- Batalha, E. M. S. S., Melleiro, M. M., & Borges, E. M. N. (2022). Relationship among compassion satisfaction, burnout and traumatic stress with the patient safety. *Journal of Nursing and Health*, 12(2).
<https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.3340>
- Batalha, E. M. S. S., Melleiro, M.M., & Borges, E. M. N. (2019). Burnout e a sua interface com a segurança do paciente. *Ver enferm UFPE*, 13(e239641), 1-10. <http://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239641>

- Batalha, E. M. S. S., Melleiro, M. M., Queirós, C., & Borges, E. (2020). Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 24, 26-33. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0278>
- Batalha, E. M. S. S., Salles, L. C. S., Santos, R. B., Brito, E. A., Garzin, A. C. A., & Melleiro, M. M. (2024). Avaliação da cultura de segurança do paciente: percepção de trabalhadores de enfermagem e fatores associados. *Revista Baiana Enfermagem*, 38(e52037), 1-17. <https://doi.org/10.18471/rbe.v38.52037>
- Berg, G. M., Harshbarger, J. L., Ahlers-Schmidt, C. R., & Lippoldt, D. (2016). Exposing compassion fatigue and burnout syndrome in trauma team: A qualitative study. *Journal of Trauma Nursing*, 23(1), 3-10. <https://doi.org/10.1097/JTN.000000000000172>
- Bienassis, K., & Klazinga, N. (2022). Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. *OECD Health Working Papers*, No. 134, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/95ae65a3-en>
- Bienassis, K., & Klazinga, N. (2024). Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2. *OECD Health Working Papers*, No. 168, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/d0552328-en>
- Borges, E. M. N., Fonseca, C. I. N. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(e3175), 1-6. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>
- Borges, E. M., Queirós, C. M. L., Abreu, M. da S. N. de, Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, M. C. dos S., & Silva, S. M. (2021). Burnout among nurses: a multicentric comparative study. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Borges, E. M. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. *Rev Rene*, 22(e60790), 1-9. <https://doi.org/15253/2175-6783.20212260790>
- Brás, C. P. C., Ferreira, M. M. C., Figueiredo, M. C. A. B., & Duarte, J. C. (2023). Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31 (e3838), 1-15. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
- Brazão, M. L., & Baptista, A. M. (2022). Queremos mesmo melhorar as urgências em Portugal?. *Lusíadas Scientific Journal*, 3(3), 7-11. <https://doi.org/10.48687/ljsj.130>

- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S. Chiumiento, M., Lupo, E. D., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., MAssimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A., & Carmassi, C. (2020). Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6180), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Callado, A. A. P., Diz, A. M., & Callado, J. M. F. (2020). A percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança nas organizações. *Journal of Aging & Innovation*, 9(1), 141 – 150. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i1-10>
- Campos, L. P. S., Assis, Y. I. S., Carneiro-Oliveira, M. M., Picanço, C. M., Souza, A. C. F., Souza, A. S., & Faustino, T. N. (2023). Cultura de segurança: percepção dos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm*, 36(eAPE008532), 1-8. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO008532>
- Carneiro, J., Schoeninger, M., Borges, E., & Trindade, L. L. (2024). Fadiga por compaixão: reconhecimento e prevenção nos serviços de urgência e emergência. In L. L. Trindade, J. Carneiro, M. Schoeninger & E. Borges (Eds), *Health work international project – HWOPI: teorias e vivências para a saúde ocupacional* (Cap. 1, pp. 31-38). Editora Argos. <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/0000c7/0000c711.pdf>
- Carvalho, P., & Sá, L. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos Cuidados Paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da Escala “Professional Quality of Life 5”* [Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8918/1/1.%20Fadiga%20por%20Compaix%C3%A3o%20nos%20Cuidados%20Paliativos%20em%20Portugal%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Cuidados%20Paliativos%20ICS-UCP-Port~1.pdf>
- Caulfield, R., Wiseman, T., Gullik, J., & Ogilvie, R. (2022). Factors preceding occupational distress in emergency nurses: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 3341-3360. <https://doi.org/10.1111/jocn.16461>
- Charzyyska, E., Soola, A. H., Mozaffari, N., & Mirzael, A. (2023). Patterns of work-related stress and their predictors among emergency department nurses and emergency medical services staff in a time of crisis: a latent profile analysis. *BMC Nursing*, 2(98), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01241-9>
- Churruca, K., Ellis, L. A., Pomare, C., Hogden, A., Bierbaum, M., Long, J. C., Olekalns, A., & Braithwaite, J. (2021). Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open*, 11(7), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>

- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Coimbra, M. A. R., Ikegami, E. M., Fernandes, A. P. F., Júnior, J. S. V., & Ferreira, L. A. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(7), 1-12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.17028>
- Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V., & Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emerg Med J.*, 32, 588–594. <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2015-204752>
- Despacho Normativo nº 011/2002 do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República: I Série-B, nº 55. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Legislac%CC%A7a%CC%83o-Despacho-11-2002-Missa%CC%83o-do-Servic%CC%A7o-de-Urge%CC%82ncia.pdf>
- Despacho nº 18459/2006 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2006). Diário da República: 2ª série, nº 176. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2006/09/176000000/1861118612.pdf>
- Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: 2.ª série, nº 120. <http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/despacho-n14223-2009.pdf>
- Despacho n.º 13377/2011 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República: 2ª série, nº192. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Outubro/Despacho_13377_2011.pdf
- Despacho n.º 3635/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República: 2ª série, nº 47. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/03/047000000/0852808529.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2ª série, nº 153. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª série, nº 28. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2ª série, nº102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho nº 13427/2015. (2015). Diário da República: 2ª série, nº 228. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Novembro/Desp_13427_2015.pdf

- Despacho nº 10438/2016 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Diário da República: 2.^a série, nº 159. https://iasaude.pt/attachments/article/282/despacho_10438_2016_classificacao_servicos_urgencia.pdf
- Despacho n.º 696/2019. (2019). Diário da República: 2.^a série, nº10. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/01/010000000/0191601916.pdf>
- Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: 2.^a série, nº187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Deliberação nº DE-SNS 203/2023. Plano de reorganização da rede dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde.* https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Deliberacao-SU-Nacional.FA_2_signed.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência.* https://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_4_Rede-de-urg%C3%A2ncias-no-PNS-2012-2016-v-3-11-2014-Luis-Campos.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 002/2028 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020a). *Saúde ocupacional: as vantagens para as empresas.* <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnsoc-2020-brochura-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020b). *Norma nº005/2018, atualizada a 10/01/2020 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho.* https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_guia3-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Normas da DGS numa nova visão para a qualidade na saúde.* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/normas-da-dgs-2022--numa-nova-visao-para-a-qualidade-na-saude-pdf.aspx>

- Diz, A. M., & Lucas, P. B. (2020). Cultura de segurança num serviço de urgência: percepção dos profissionais de saúde – revisão sistemática da literatura. *Novas tendências em pesquisa qualitativa*, 3, 909–919. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.909-919>
- Diz, A. B. M., & Lucas, P. R. M. B. (2022). Hospital patient safety at the emergency department – a systematic review. *Ciênc. saúde coletiva*, 27(05), 1803-1812. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.22742021EN>
- Dosil, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Picaza, M., & Jaureguizar, J. (2020). Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11(606121), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606121>
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise psicológica*, 35(4), 529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia* [Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutorament%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>
- Eiras, M. (2021). Cultura de segurança do doente: novos desafios para uma mudança de paradigma. In F. Barros, L. Sales, & S. Ramos (Eds). *Guia prático para a segurança do doente* (Cap. 5, pp. 41-50). Lidel
- Eiras, M., Escoval, A., Monteiro Grillo, I., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111–122. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-07-2012-0072>
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2022). *Fifth round of the living, working and COVID-19 e-survey: living in a new era of uncertainty*. <https://doi.org/10.2806/190361>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2022). *Human health and social work activities – evidence from the European Survey of Enterprise on New and Emerging Risks (ESENER) - report*. <https://doi.org/10.2802/437326>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2023). *Psychosocial risks in the health and social care sector – discussion paper*.

https://osha.europa.eu/sites/default/files/Psychosocial_risk_management_social_care_en.pdf

European Agency for Safety and Health at Work. (2024). *Mental health at work after the COVID-19 pandemic – What European figures reveal – Report*. <https://doi.org/10.2802/151862>

European Commission. (2021). *EU strategic framework on health and safety at work 2021-2027: occupational safety and health in a changing world of work*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021DC0323&qid=1626089672913#PP1Contents>

European Commission. (2023). *Flash Eurobarometer 530 Mental Health*. <https://doi.org/10.2875/48999>

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th Edition, SAGE Publications Ltda

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). United States

Freire, R. N. (2017). *Perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado*. [Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:6410>

Garzin, A. C. A., Ferrari, C. M. M., Pereira, G. C., Duarte, K. O. R., Rodrigues, S. G., & Kowalski, I. S. G. (2024). Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com a qualidade assistencial e segurança do doente. *Revista o mundo da saúde*, 48(e15802023), 1-12. <http://doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15802023>

Gaspar, T., Telo, E., Rocha-Nogueira, J., & LABPATS. (2023). *Manual de boas práticas: promoção de ambientes de trabalho saudáveis*. Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis. <https://pt.scribd.com/document/661970548/Manual-de-Boas-Praticas-Promocao-Ambientes-Trab-saudaveis>

Grupo Português de Triagem. (2011). *Cor branca na triagem*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentac%CC%A7a%CC%83o-MTS-Crite%CC%81rios-Cor-Branca.pdf>

Grupo de Trabalho Serviços de Urgência. (2019). *Relatório do Grupo de Trabalho Serviços de Urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A2ncias.pdf>

Grupo Português de Triagem. (2021). *Sistema de triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

- Hamilton, S. (2018). Compassion fatigue: the cost of caring. *College of emergency nurses newzealand*, 6-7. <https://www.proquest.com/openview/d9b9a6a113b88c6653a5c506ae7ea279/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=4690322>
- Hanifa, Y. N. M., & Dhamanti, I. (2021). Instrument for measuring patient safety culture: literature review. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 10(2), 158-176. <https://dx.doi.org/10.18196/jmmr.v10i2.11253>
- Hashish, E. A. A., & Atalla, A. D. G. (2023). The Relationship between coping strategies, compassion satisfaction, and compassion fatigue during the COVID-19 pandemic. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.1177/23779608231160463>
- He, H., Chen, X., Tian, L., Long, Y., Li, L., Yang, N., & Tang, S. (2023). Perceived patient safety culture and its associated factors among clinical managers of tertiary hospitals: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 22(329), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01494-4>
- Huang, C. H., Wu, H. H., & Lee, Y. c. (2023). A comparative study on patient safety culture among high-risk hospital staff in the context of the COVID-19 and non-COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Taiwan. *Front Public Health*, 27(11). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1200764>
- Hunsaker, S., Maughan, D., & Heaston, S. (2014). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 1549, 1-19. <https://scholarsarchive.byu.edu/facpub/1549>
- International Labour Organization. (2019). *The future of work in the health sector - working paper n° 325*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_669363.pdf
- International Labour Organization. (2022). *Working Time and Work-Life Balance Around the World*. <https://www.ilo.org/publications/working-time-and-work-life-balance-around-world>
- International Labour Organization. (2023a). *A call for safer and healthier working environments*. <https://doi.org/10.54394/HQBQ8592>
- International Labour Organization. (2023b). *The value of essential work: world employment and social outlook*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_871016.pdf
- Isaac, D., Li, Y., Wang, Y., Jiang, Y., Liu, C., Fan, C., Boah, M., Xie, Y., Ma, M., Shan, L., Gao, L., & Jiao, M. (2024). Healthcare workers perceptions of patient safety culture in selected Ghanaian regional hospitals: a qualitative study. *CMC Psychology*, 12(272), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01628-6>
- Jackson, B. L. (2017). Bereavement in the pediatric emergency department: caring for those who care for others. *Pediatric nursing*, 43(3), 113-119.

<https://www.proquest.com/openview/90c391237fd97babf2829f9a775f1cf8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47659>

- Jarden, R. J., Sandham, M., Siegert, R. J., & Koziol-McLain, J. (2019). Strengthening workplace well-being: perceptions of intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 24(1), 15–23. <https://doi.org/10.1111/nicc.12386>
- Jarrad, R., Hammad, S., Shawashi, T., & Mahmoud, N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry*, 17(13), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0183-5>
- Jilou, V., Duarte, J. M. G., Gonçalves, R. H. A., Vieira, E. E., & Simões, A. L. A. (2021). Fadiga por compaixão no contexto dos profissionais de saúde e estratégias de enfrentamento: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(5), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>
- Labrague, L., & Santos, J. A. A. (2021). Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Elsevier Inc.*, 61, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151476>
- Lachamn, V. D. (2016). Compassion fatigue as a threat to ethical practice: identification, personal and workplace prevention/management strategies. *Medsurg Nursing*, 25(4), 275-278. <https://www.nursingworld.org/~4af2bc/globalassets/docs/ana/ethics/compassionfatigue.pdf>
- Lago, K. C. (2008). Fadiga por compaixão: *Quando ajudar doi*. [Tese de mestrado em Psicologia social, do trabalho e das organizações, Instituto Psicologia Universidade de Brasília]. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/30865395_Fadiga_por_compaixao_quando_ajudar_doi
- Lee, S. E., & Dahinten, V. S. (2021). Using dominance analysis to identify the most important dimensions of safety culture for predicting patient safety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157746>
- Lei nº 102/2009 da Assembleia da República: regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. (2009). Diário da República: 1ª série, nº 176. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1158&tabela=leis
- Lei nº 95/2019 da Assembleia da República: Aprova a Lei de Bases da saúde. (2019). Diário da República: 1ª série, nº169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

- Litam, S. D. A., & Balkin, R. S. (2020). Moral injury in health-care workers during COVID-19 pandemic. *Traumatology*, 27(1), 14–19. <https://doi.org/10.1037/trm0000290>
- Lourenção, L. G., Penha, J. G. M., Galvão, D. M., Neto, F. R. G. X., Santos, B. M. P., Cunha, I. C. K. O., Oliveira, J. F., Santos, F. B., Borges, M. A., Afonso, M. S., Cunha, C. L. F., Sasaki, N. S. G. M. S., Santos, M. L. S. G., Freire, N. P., Silva, F. G., Nascimento, V. F., Sousa, A. R., Félix, N. D. C., Vargas, K. K. J., R., . . . Foss, M. H. D. A. (2022). Compassion fatigue in nursing professionals from complex care units of a Brazilian university hospital. *Preprints.org - public health and healthcare*. <https://doi.org/10.20944/preprints202201.0379.v1>
- Machado, H. M. B., Souza, A. P. T., Tavares, F. A. G., & Gondim, D. A. D. (2023). Prevalência de estresse ocupacional em enfermeiros que atuam na urgência e emergência da cidade de Boa Vista. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(3), 1-10. <https://doi.org/10.31011/read-2023-v.97-n.3-art.1881>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber
- McDermid, F., Mannix, J., & Peters, K. (2020). Factors contributing to high turnover rates of emergency nurses: a review of the literature. *Australian Critical Care*, 33(4), 390-396. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.09.002>
- Mohammed, F., Taddel, M., & Gualu, T. (2021). Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, northeast Ethiopia. *PLoS ONE*, 16(2), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245966>
- Nações Unidas: Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. (2018). *Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: 17 objetivos com 169 metas*. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(2). https://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Nolte, A. G. W., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: a metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4364-4378. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13766>
- O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., & Moss, C. (2020). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *International emergency nursing*, 48(100785), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.008>
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care

- professionals working with trauma victims: a cross-sectional study. *Plos One*, 16(2), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>
- Oliveira, S. M., Sousa, L. V. A., Gadelha, M. S. V., & Nascimento, V. B. (2019). Prevention actions of burnout syndrome in nurses: an integrating literature review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 15, 64–73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- Omri, N., Ezzi, O., Ammar, A., Benzarti, W., Loghmari, D., Toulgui, E., Abdelkarim, A. B., Boukadida, A., Njah, M., & Mahjoub, M. (2022). Compassion fatigue among frontline healthcare workers during the covid-19 pandemic in Tunisia. *Plos One*, 17(10), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276455>
- Ordem dos Enfermeiros Secção Regional do Centro. (2019). *Caracterização dos SU na SRC: “conhecer para intervir”*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Prosperidade e sustentabilidade das organizações - relatório do custo do stresse e dos problemas de saúde psicológica no trabalho, em Portugal*. https://www.ordendopsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_relatorio_prosperidadeesustentabilidadedasorganizacoes2023.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *As Atividades de Lazer são essenciais para a Saúde Psicológica*. <https://eusinto.me/bem-estar-e-saude-psicologica/autocuidado-resiliencia/as-atividades-de-lazer-sao-essenciais-para-a-saude-psicologica/>
- Organização Internacional do Trabalho. (2020). *Gestão dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho durante a pandemia da COVID-19*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_823075.pdf
- Organização Internacional do Trabalho. (2022a). *Trabalho digno e a economia social e solidária. 110.^a Sessão da Conferência Internacional do Trabalho*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_847091.pdf
- Organização Internacional do Trabalho. (2022b). *110.^a Sessão da Conferência Internacional do Trabalho. Inclusão de condições de trabalho seguras e saudáveis no quadro da OIT sobre princípios e direitos fundamentais no trabalho*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_846454.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. Tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010.

http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/sugestoes_de_leitura_171_22013112017055475.pdf

- Oweidat, I., Shosha, G. A., Damidi, K., & Nashwan, A. J. (2023). The association of patient safety culture with intent to leave among Jordanian nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(227), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01386-7>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 1-7. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Pereira, J., Trindade, L., & Borges, E. (2022). *Fadiga por compaixão e cultura de segurança do doente: um estudo com enfermeiros gestores*. [Tese de Mestrado Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/42322>
- Pereira, S., Fassarella, C., Resende, H., Leite, P., & Ribeiro, O. (2023). Os ambientes da prática de enfermagem e a segurança do doente. In O. Ribeiro (Ed). *Ambientes de prática de enfermagem positivos um roteiro para a qualidade e segurança* (Cap. 2, pp. 13-24). Lidel
- Peres, M. A., Wegner, W., Cantarelli-Kantorski, K. J., Gerhardt, L. M., & Magalhães, A. M. M. (2018). Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(e2017-0195), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>
- Pérez-Chacón, M., Chacón, A., Borda-Mas, M., & Avargues-Navarro, M. L. (2021). Sensory processing sensitivity and compassion satisfaction as risk/protective factors from burnout and compassion fatigue in healthcare and education professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1-15. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18020611>
- Queirós, C. (2023). Saúde mental nas pandemias e catástrofes: o risco de adoecer psicológico. *Territorium*, 30 (I), 61-75. https://doi.org/10.14195/1647-7723_30-1_5
- Queirós, C., & Borges, E. (2023). Risco psicossocial: estratégias de intervenção no *Bullying* no trabalho, stress e *burnout*. In E. Borges (Ed), *Enfermagem do trabalho* (Cap. 5.5, pp. 84-97). Lidel
- Rawas, H., & Hashish, E. A. A. (2023). Predictors and outcomes of patient safety culture at King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia. A nursing perspective. *BMC Nursing*, 22(229), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01391-w>
- Regulamento nº 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República: 2ª série — N.º 48.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

- Ricklin, M. E., Hess, F., & Hauts, W. E. (2019). Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland – a survey study. *GMS Journal for Medical Education*, 36(2), 1-15. <https://doi.org/10.3205/zma001222>
- Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: a concept analysis in nursing. *Nursing Forum*, 53(1), 76–83. <https://doi.org.sdl.idm.oclc.org/10.1111/nuf.12213>
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-42. <https://dx.doi.org/10.4037/ccn2015392>
- Saleha, L. A., Niroumandb, S., Dehganic, Z., Saleha, T. A., Mousavie, S. M., & Zakerie, H. (2020). Relationship between workplace violence and work stress in the emergency department. *J Inj Violence Res*, 12(2), 183-190. <http://dx.doi.org/10.5249/jivr.v12i2.1526>
- Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 59–66. <https://doi.org/10.1177/1043659619838876>
- Sanchis, D. Z., Haddad, M. C. F. L., Girotto, E., & Silva, A. M. R. (2019). Cultura de segurança do paciente: percepção de profissionais de enfermagem em instituições de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-8. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
- Sani, M. M., Jafaru, Y., Ashipala, D. O., & Sahabi, A. K. (2024). Influence of work-related stress on patient safety culture among nurses in a tertiary hospital: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 23(81), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01695-x>
- Silva, E. M. B., Garcia, C. R. F., Silva, D. M., & Duarte, J. C. (2018). A segurança dos cuidados da criança hospitalizada: percepção dos enfermeiros. *Revista de psicologia da criança e do adolescente*, 9(1), 66-82. <http://doi.org/10.34628/sary-e786>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Soares, A. L. S. (2021). *O papel da mulher ao longo da história: Influências no conceito de família bem como nas relações de parentesco*. [Tese de mestrado em Direito, Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis]. Repositório Institucional da Universidade

- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: a review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Prepared by Westat, under Contract N° 290-96-0004). AHRQ Publication 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/AHRQHospital-Survey-2.0-Users-Guide-5.26.2021.pdf>
- Sousa, C. G. M., Benute, G. R. G., Moretto, M. L. T., Levin, A. S. S., Assis, G. R., Padoveze, M. C., & Lobo, R. D. (2019). Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em unidades de terapia intensiva. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 269-280. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190028>
- Sousa, P., Paiva, S. G., Lobão, M. J., Van-Innis, A. L., Pereira, C., & Fonseca, V. (2022). Contributions to the Portuguese National Plan for Patient Safety 2021–2026: a robust methodology based on the mixed-method approach. *Portuguese Journal Public Health*, 39(3), 175–192. <https://doi.org/10.1159/000521722>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale, 2 nd Edition*. https://www.researchgate.net/publication/340033923_The_Concise_ProQOL_Manual_The_concise_manual_for_the_Professional_Quality_of_Life_Scale_2_nd_Edition
- Steege, L. M., & Rainbow, J. G. (2016). Fatigue in hospital nurses – “supernurse” culture is a barrier to addressing problems: a qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 67, 20-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.014>
- Sullivan, C. E., King, A. R., Holdiness, J., Durrell, J., Roberts, K. K., Spencer, C., Roberts, J., Ogg, S. W., Moreland, M. W., Browne, E. K., Cartwright, C., Crabtree, V. M., Baker, J. N., Brown, M., Sykes, A., & Mandrell, B. N. (2019). Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. *Oncology Nurses Forum*, 46(3), 338-437. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.338-347>
- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., & Esperidião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

- Vilelas, J. (2020). *Investigação o processo de construção do conhecimento* (3^a ed.). Edições Sílabo
- Wong, C. L., Young, B., Lui, B. S. C., Leung, A. W. Y., & Tsun, J. L. (2022). Professional quality of life and resilience in emergency department healthcare professionals during COVID-19 in Hong Kong: a cross-sectional study. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 29(3), 168–176. <https://doi.org/10.1177/1024907921104912>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care in patient safety*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_15&download=true
- World Health Organization. (2024). *Global patient safety report 2024*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>
- World Health Organization & International Labour Organization. (2020). *Caring for those who care: national programmes for occupational health for health workers*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_824090.pdf
- Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T. C., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Zhang, Y., & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120(103973), 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>
- Xu, Z., Zhao, B., Zhang, Z., Wang, X., Jiang, Y., Zhang, M., & Li, P. (2024). Prevalence and associated factors of secondary traumatic stress in emergency nurses: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 1-17. <http://dx.doi.org/10.1080/20008066.2024.2321761>
- Yayehrad, T., Getachew, Y., & Muluken, W. (2024). Patient safety culture and associated factors of regional public hospitals in Addis Ababa. (2024). *BMC Health Services Research*, 24(811), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11262-y>
- Yu, H., & Gui, L. (2021). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among emergency nurses: a path analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jan.15034>
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>

- Zabin, L. M., Zaitoun, R. S. A., Sweity, E. M., & Tantillo, L. (2023). The relationship between job stress and patient safety culture among nurses: a systematic review. *BMC Nursing*, 22(39), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01198-9>
- Zacharias, B. S., & Upendra, S. (2023). Effectiveness of resiliency and recovery program on compassion fatigue among nursing officers working in selected hospitals in India. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(3), 1-11. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n3e06>

