



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**Fadiga por compaixão e Cultura de segurança
do doente: Um estudo com Enfermeiros gestores**

Dissertação de Mestrado

Joana Ferreira Pereira

Porto | 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**FADIGA POR COMPAIXÃO E CULTURA DE SEGURANÇA
DO DOENTE: UM ESTUDO COM ENFERMEIROS GESTORES**

COMPASSION FATIGUE AND PATIENT SAFETY CULTURE – A STUDY
WITH NURSE MANAGERS

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

Autora: Joana Ferreira Pereira

Porto | 2022

“A qualidade do seu trabalho tem tudo a ver com a qualidade da sua vida.”

Orison Swett Marden

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Elisabete Borges por me permitir pertencer à sua “tribo”, por toda a partilha, sabedoria, disponibilidade, rigor, competência, exemplo de profissionalismo e capacidade de nos fazer sentir um orgulho imenso de sermos enfermeiros e olharmos para nós, por nós.

À Professora Doutora Letícia Trindade por toda a dedicação, rigor, disponibilidade, sabedoria, paciência, compreensão, partilha e excelente *coaching* proporcionado ao longo da realização deste trabalho.

À Professora Manuela Martins que foi a minha inspiração para a escolha deste Mestrado, mas também, pela sua disponibilidade e colaboração sempre.

A todos os participantes enfermeiros pela autorização, participação e disponibilidade em colaborar neste trabalho, assim como à Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) pela preciosa ajuda na divulgação do estudo.

À minha família - Rui, Zé, Margarida e mãe - pela confiança nas minhas escolhas, pelo incentivo, por estarem sempre do meu lado em todos os momentos, pela presença constante ao longo da minha vida e sobretudo ao longo de todo o meu percurso académico.

À minha amiga Catarina pela amizade incondicional, pela partilha, por alimentar a minha inquietação, confiar nas minhas capacidades e por toda a ajuda no decorrer deste desafio.

Por fim, a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho, que foi decisivo para o meu crescimento pessoal e enriquecimento profissional. Este trabalho é também um pouco de todos vós. A todos vós, o meu sincero bem-haja!

SIGLAS E ABREVIATURAS

AESST - Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho

APEGEL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

BO - *Burnout*

CSFT- *Compassion Satisfaction and Fatigue Teste*

CINTESIS@RISE - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde/ Rede de Investigação em Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCISD - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FC - Fadiga por Compaixão

HSPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

HWOPI - *Health Work Project International*

ICN - *International Council of Nurses*

NOTIFICA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAMSD - Plano de Ação Mundial da Segurança do Doente

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNSO - Programa Nacional de Saúde Ocupacional

ProQOL5 - *Professional Quality of Life Scale 5*

PSCHO - *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations*

QVP - Qualidade de Vida Profissional

RIMAS - Repositório de instrumentos de medição e avaliação em saúde

SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*

SAQ - SF2006 - *Safety Attitudes Questionnaire - Short form 2006*

SC - Satisfação por compaixão

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

STS - Stresse Traumático Secundário

DP - Desvio-padrão

F - Tipo de teste da ANOVA

gl - Grau de liberdade

M - Média

Mín - Mínimo

Máx - Máximo

N - Efetivo de uma população finita

N.º ou n.º - Número

p - Probabilidade estatística

p. - Página

η^2 - Medida de tamanho do efeito eta parcial quadrado

r - Correlação de *Pearson*

SE - Erro padrão da diferença média da comparação entre grupos (*Standard Error*)

t - Valor de teste *t* de *Student*

% - Percentagem

RESUMO

A Qualidade de Vida Profissional (QVP) dos Enfermeiros é avaliada na maior parte das vezes, pelo modelo de Stamm (2010), revelando uma associação entre a Satisfação por Compaixão (SC) (polo positivo e fator protetor) e a Fadiga por Compaixão (FC) (polo negativo). Este último, multidimensional, tem como subcomponentes o *Burnout* e o Stresse Traumático Secundário. O ambiente de trabalho é determinante na manutenção destes fenómenos e pode ser medido através das dimensões propostas por Sorra e Nieva (2004) que garantem as condições de trabalho essenciais para a segurança do doente e dos profissionais. Neste ponto o Enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental, sendo a liderança baseada numa gestão positiva fator protetor dos riscos psicossociais (DGS, 2021).

Este estudo integrado no Projeto multicêntrico *Health Work Project International-HWOPI* (ESEP/CINTESIS@RISE), teve como objetivos identificar os níveis de FC dos Enfermeiros gestores de hospitais portugueses, avaliar a Cultura de segurança do doente na perspetiva dos Enfermeiros gestores, descrever a relação entre a FC e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros gestores, e descrever a relação entre a FC e a Cultura de Segurança do doente. O desenho de pesquisa foi quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Aplicou-se um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional, a *Professional Quality of Life Scale 5* (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011) e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sorra & Nieva, 2004; Eiras et al., 2014), a 127 Enfermeiros gestores de organizações hospitalares portuguesas, selecionados através de uma amostra tipo bola de neve.

Os resultados obtidos evidenciaram que: os Enfermeiros gestores apresentaram valores moderados de SC e FC; a FC foi influenciada por fatores pessoais como o sexo e a presença de filhos; persistiu necessidade de intervenção em todas as dimensões da Cultura de segurança do doente dos sistemas de organização hospitalar da amostra do estudo; e quanto melhor perceção da Cultura de segurança do doente, menor probabilidade de FC nos Enfermeiros gestores, existindo uma associação negativa entre a FC e todas as dimensões da Cultura de segurança do doente.

Os resultados obtidos em conjugação com a revisão da literatura desenvolvida ao longo deste percurso investigativo acerca da temática, permitiu conhecer estratégias para a prevenção da FC através de programas internos dirigidos aos Enfermeiros gestores e outras categorias, que privilegie o bem-estar mental do indivíduo e da equipa, assim como, desenvolver rotinas e procedimentos de gestão que atendam às dimensões da Cultura de segurança do doente. Os Enfermeiros gestores podem adequar projetos de melhoria contínua, priorizando a intervenção, com vista à otimização da Cultura de segurança do doente e à promoção da QVP.

Palavras-chave: Fadiga por compaixão, Cultura de segurança do doente, Enfermeiro, Gestão de pessoas, Saúde no trabalho.

ABSTRACT

The Professional Quality of Life (PQL) of Nurses is most often evaluated using the Stamm model (2010), revealing an association between Compassion Satisfaction (CS) (positive pole and protective factor) and Compassion Fatigue (CF) (negative pole). The latter, multidimensional, has as subcomponents Burnout and Secondary Traumatic Stress. The work environment is crucial in the maintenance of these phenomena and can be measured through the dimensions proposed by Sorra and Nieva (2004) that guarantee the essential working conditions for the safety of patients and professionals. At this point, the Nurse manager plays a key role, with leadership based on positive management being a protective factor against psychosocial risks (DGS, 2021).

This study, integrated in the multicentric Health Work Project International-HWOPI (ESEP/CINTESIS@RISE), aimed to identify the CF levels of Nurse managers of portuguese hospitals, to evaluate the Patient Safety Culture from the perspective of Nurse managers, to describe the relationship between the CF and the sociodemographic and professional variables of the Nurse managers, and to describe the relationship between CF and the Patient Safety Culture. The research design was quantitative, descriptive-correlational and transversal. A questionnaire was applied for sociodemographic and professional characterization, 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) were applied to 127 Nurse managers of portuguese hospitals organizations, selected through a snowball sample.

The results obtained showed that: the Nurse managers had moderate CS and CF values; CF was influenced by personal factors such as sex and the presence of children; the need for intervention in all dimensions of the Patient Safety Culture of the hospital organization systems of the study sample persisted; and the better the perception of the Patient Safety Culture, the lower the probability of CF in the Nurse Managers, with a negative association between CF and all dimensions of the Patient Safety Culture.

The results obtained in conjunction with the literature review developed along this investigative path on the subject, made it possible to discover strategies for the prevention of CF through internal programs aimed at Nurse managers and other categories, which privilege the mental well-being of the individual and the team, as well as developing routines and procedures for management that meet the dimensions of the Patient Safety Culture. Nurse managers can adapt continuous improvement projects, prioritizing intervention, with a view to optimizing the Patient Safety Culture and promoting PQL.

Keywords: Compassion Fatigue, Patient Safety Culture, Nurse, People management, Occupational Health.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
1. TRABALHO E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS	21
2. FADIGA POR COMPAIXÃO.....	25
2.1. Instrumentos de medição da Fadiga por Compaixão	32
3. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE.....	33
3.1. Instrumentos de medição da Cultura de Segurança do Doente	41
4. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL E SEGURO.....	43
4.1. Papel do Enfermeiro gestor.....	48
5. METODOLOGIA	51
5.1. Questões de investigação e Objetivos	51
5.2. Tipo de estudo	52
5.3. Variáveis do estudo	53
5.4. População e Amostra.....	54
5.4.1. Caracterização da Amostra	54
5.5. Material.....	56
5.5.1. Fidelidade das escalas.....	58
5.6. Procedimentos e Considerações éticas.....	59
5.7. Tratamento de dados	60
6. RESULTADOS	63
6.1. Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores	63
6.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais em Enfermeiros gestores	65
6.3. Perceção dos Enfermeiros gestores acerca da Cultura de segurança do doente	68
6.4. Relação entre a Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores e a Cultura de segurança do doente	72

7. DISCUSSÃO.....	75
7.1. Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores.....	75
7.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros gestores.....	77
7.3. Caracterização da Cultura de segurança do doente na perspetiva dos Enfermeiros gestores.....	79
7.4. Relação entre a Fadiga por compaixão e a Cultura de segurança do doente.....	82
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resumo dos sinais e sintomas da FC existentes na literatura.....	29
TABELA 2: Quadro resumo da revisão da literatura da FC em Enfermeiros gestores.....	31
TABELA 3: Quadro resumo da revisão da literatura da percepção dos Enfermeiros gestores da cultura de segurança do doente (com o instrumento HSPSC).....	40
TABELA 4: Exemplos de fatores protetores dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho dos Enfermeiros.....	45
TABELA 5: Síntese de estratégias preventivas da FC em Enfermeiros.....	45
TABELA 6: Operacionalização das Variáveis.....	53
TABELA 7: Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Sociodemográficas (n=127).....	55
TABELA 8: Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Profissionais (n=127).....	55
TABELA 9: Descrição dos itens das subescalas da ProQOL5.....	56
TABELA 10: Descrição dos itens das dimensões e das variáveis de resultado do HSPSC.....	57
TABELA 11: Consistência interna das subescalas da ProQOL5 no presente estudo.....	58
TABELA 12: Consistência interna do HSPSC no presente estudo.....	58
TABELA 13: Estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e correlações de <i>Pearson</i> entre as escalas SC, BO e STS.....	63
TABELA 14: Pontos de corte da ProQOL5 do presente estudo, Stamm (2010), Carvalho e Sá (2011), Borges et al. (2019).....	64
TABELA 15: <i>Teste t</i> de uma amostra para comparação dos valores da amostra nas subescalas SC, BO e STS, com os valores de referência médio e elevado no Manual (Stamm, 2010).....	64

TABELA 16: Comparação das médias da SC, BO e STS com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, presença de filhos, atividade de lazer).....	66
TABELA 17: Comparação das médias da SC, BO e STS com as variáveis profissionais (tempo de exercício profissional, tempo de experiência no cargo atual, vínculo laboral, categoria profissional).....	67
TABELA 18: Estatísticas descritivas das escalas (média e desvio-padrão) e correlações entre as doze dimensões, a avaliação geral da segurança do doente e o número de notificações.....	69
TABELA 19: Percentagem de respostas negativas, neutras e positivas aos itens e às dimensões do HSPSC.....	71
TABELA 20: Percentagens de respostas da questão adicional G - Número de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses.....	72
TABELA 21: Correlações entre as variáveis dependentes do estudo.....	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Condicionantes do trabalho do Enfermeiro gestor.....	23
FIGURA 2: Modelo de Análise da Qualidade de Vida Profissional de Stamm (2010).....	27
FIGURA 3: Finalidade e objetivos do estudo.....	52
FIGURA 4: Contributos para o Enfermeiro gestor na otimização da Cultura de segurança do doente e na promoção da QVP.....	84

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado de Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem, no ano letivo 2021/2022, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), é desenvolvido o estudo “Fadiga por compaixão e a Cultura de segurança do doente - um estudo com Enfermeiros gestores”, sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Borges e coorientação da Professora Doutora Letícia Trindade.

O presente estudo, integra o Projeto *Health Work Project International* (HWOPI) (ESEP/CINTESIS@RISE), 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 parceria com várias entidades de ensino superior em Portugal, Espanha e Brasil.

Deste modo, a prevenção de riscos psicossociais no local de trabalho é preditiva de zelo pela saúde dos Enfermeiros gestores, garantindo melhor produtividade e segurança nos cuidados de Enfermagem. A prevalência de níveis moderados a elevados de Fadiga por compaixão e os efeitos negativos na qualidade de vida dos Enfermeiros estão associados a níveis elevados de depressão, ansiedade e sintomas de stresse, representando um risco para este grupo profissional, como é evidenciado em diferentes estudos realizados, de que é exemplo a metassíntese de Zhang, Zhang et al. (2018).

Importa esclarecer que, a Fadiga por compaixão no contexto de exposição ao trabalho está associada ao modelo de Stamm (2010) de Qualidade de Vida Profissional, o que tal preconiza que quando gerador de sentimentos positivos se define por Satisfação por Compaixão, quando gerador de sentimentos negativos por Fadiga por compaixão. Esta última, contempla duas dimensões de avaliação, o *Burnout* e o Stresse Traumático Secundário.

Por sua vez, o exercício da profissão de Enfermagem prende-se também, com características do ambiente trabalho, onde cabem as dimensões da Cultura de segurança do doente de Sorra e Nieva (2004), que garantem as condições de trabalho essenciais para a segurança do doente e dos profissionais, e consistem na agregação de um conjunto de normas e valores do indivíduo e do grupo que são determinantes (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Neste ponto, as organizações de saúde devem procurar ajustamentos constantes das condições de trabalho e dos trabalhadores para diminuir a ocorrência de eventos adversos (Organização Mundial de saúde, 2021).

Ainda, como amplamente abordado na literatura, o papel da gestão é fundamental na manutenção de um ambiente de trabalho positivo (The Joint Commission, 2021), onde figuram

também Enfermeiros gestores, que representam o maior grupo de profissionais das organizações de saúde e têm responsabilidades na construção de ambientes favoráveis, na gestão de pessoas, na gestão do risco e na segurança dos cuidados (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Este estudo de investigação tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento do conhecimento e consciencialização acerca da Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores e sobre a sua importância para a Cultura de Segurança do doente. Assim, traçam-se os seguintes objetivos: identificar os níveis de Fadiga por compaixão dos Enfermeiros gestores de hospitais portugueses, avaliar a Cultura de segurança do doente na perspetiva dos Enfermeiros gestores, descrever a relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros gestores, e por fim, descrever a relação entre a Fadiga por compaixão e a Cultura de Segurança do doente.

No processo rigoroso de desenvolvimento deste trabalho, a metodologia que norteia a divisão dos capítulos consiste numa reflexão acerca do trabalho e da prevenção de riscos psicossociais, na revisão da literatura do fenómeno da Fadiga por compaixão e das perceções acerca da Cultura de segurança do doente dos Enfermeiros gestores, assim como, das estratégias para promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros, tendo em conta, os fatores protetores dos riscos profissionais relacionados com o trabalho dos Enfermeiros, da prevenção da Fadiga por compaixão, do incremento da Cultura de segurança do doente e do papel do Enfermeiro gestor. As restantes etapas prendem-se com a descrição da metodologia, os resultados e a respetiva discussão, a conclusão e as referências bibliográficas.

As fontes utilizadas na execução deste trabalho compreendem uma revisão da literatura acerca da temática, com a respetiva análise e reflexão dos conteúdos, com o intuito de permitir a consolidação das bases teóricas necessárias.

1. TRABALHO E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

O trabalho representa para a maioria dos adultos cerca de um quarto a um terço da sua vida, muitos concebendo-o como parte da sua identidade pessoal (Rogers, 2011). Assenta numa simbiose entre os benefícios monetários e a realização pessoal, exigindo “constantes processos de transição, resultantes de evoluções sociais, económicas, tecnológicas e de fenómenos de globalização” (Borges, 2018, p. XVII). Estes processos de transição em contexto de trabalho estão ligados a processos adaptativos e de autocuidado, que decorrem a partir de alterações relacionadas com o ciclo vital, com a condição de saúde, com as mudanças de situações de vida e/ou mudanças na organização onde trabalham, inseridos num ambiente e características culturais específicas, que facilitam ou dificultam os mesmos (Gomes & Queirós, 2018).

A consciencialização do indivíduo destas mudanças, é uma das características que define uma transição, gerando um grau de envolvimento no processo que lhe permite perceber significados e diferenças na sua vida, na sua relação com os outros e no seu trabalho, de forma a construir uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

A Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (AESST, 2021), a respeito do bem-estar físico e emocional, assegura que as insuficiências na conceção, organização, gestão e contexto social do trabalho podem constituir um problema para o trabalhador. De igual forma, acrescenta que, os geradores de riscos psicossociais estão relacionados com cargas de trabalho excessivas, má gestão de mudanças organizacionais, comunicação ineficaz, falta de suporte das chefias, ausência de participação em decisões relacionadas com o trabalho que afeta diretamente o trabalhador, entre outras.

A preocupação com a prevenção dos riscos profissionais, encontra-se contemplada no Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO, Extensão 2018 - 2020), agregando um conjunto de princípios estratégicos para a proteção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e a promoção de ambientes de trabalho saudáveis. Este último, em prol de condições de trabalho seguras para o trabalhador poder alcançar o melhor nível de bem-estar físico, mental e social (Direção Geral da Saúde - DGS, 2018).

Ainda no âmbito da prevenção, o *International Council of Nurses* (ICN) (2007), acerca de ambientes favoráveis à prática dos Enfermeiros, sublinha que, condições de trabalho seguras são geradoras de cuidados de qualidade e determinadas pela organização dentro de um enquadramento de custo e qualidade. No mesmo documento, esclarece que, estes bons empregadores, concedem autonomia e envolvimento dos Enfermeiros na definição do seu

ambiente de trabalho, asseguram dotações seguras e uma liderança que os apoie. Aspectos estes, alinhados com ambientes positivos que fomentam a cultura de segurança do doente, dos profissionais e a formação contínua (ICN, 2007; Liu et al., 2018).

Objetivando o ambiente de trabalho das organizações hospitalares, observam-se interações complexas entre os Enfermeiros/profissionais de saúde, os doentes e as suas famílias/acompanhantes (Barroso et al., 2021). Na visão dos mesmos autores, estas interações permitem um conjunto de oportunidades de intervenção, nomeadamente na organização e distribuição do tempo de trabalho com base em exigências e cargas de trabalho colocadas aos profissionais, na fiabilidade e resiliência dos mesmos, assim como, na análise do erro numa perspetiva de prevenção, em função da segurança do doente. Neste âmbito, o investimento em ações de antecipação atua em dois sentidos: na prevenção do absentismo resultado da perda de saúde do profissional e no aumento da performance do sistema a nível individual e organizacional; ambos decisivos para obter ótimos resultados na segurança do doente.

Atualmente, esta perspetiva de prevenção do desgaste profissional nos hospitais e nas outras organizações de saúde, encontra-se comprometida, os Enfermeiros e outros profissionais de saúde vivenciam a situação pandémica causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), no Plano de Ação Mundial da Segurança do Doente (PAMSD - 2021-2030), alerta que, desde março de 2020, todos os processos de cuidados existentes foram interrompidos no sistema de saúde, agravando a falta de pessoal, obrigando a redistribuição de profissionais para funções desconhecidas em busca de resposta alternativa, trazendo sérios problemas com os efeitos indiretos desta situação na segurança do doente. Contudo, acrescenta, a rápida dinamização de outros processos que necessitavam de melhoria, com a responsabilidade e partilha de compromisso, criando elos nos gestores dos cuidados de saúde.

O exercício de funções de gestão, neste contexto, acrescenta mais desafios para os Enfermeiros. A Ordem dos Enfermeiros (OE) indica o papel determinante do Enfermeiro gestor para defender a segurança e a qualidade dos serviços de enfermagem, através de uma conduta ética de compromisso com o bem-estar e segurança do doente, e igualmente, com a qualidade e segurança do ambiente de trabalho, atuando preventivamente nas variáveis em prol do bem-estar laboral (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

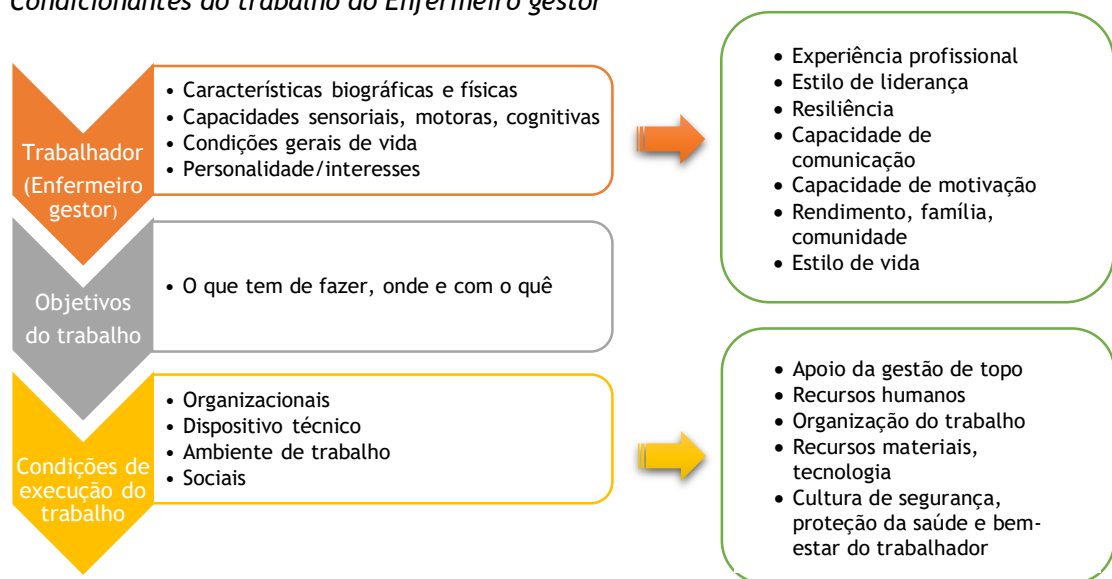
Em síntese, a promoção de ambientes de trabalho positivos, está inerente ao objetivo de assegurar o bem-estar físico e emocional dos enfermeiros para lidar com as mudanças (transições), mas também, uma gestão dos processos de trabalho assente nos princípios estratégicos da cultura de segurança do doente, salientando a importância do papel do Enfermeiro gestor nesta dinamização.

A análise desta relação homem-sistema (Enfermeiro gestor-sistema) de Barroso et al. (2021), elucida que garantir a saúde, o conforto e a segurança do trabalhador, ultima um bom

desempenho na produtividade, na quantidade e na qualidade dos cuidados, e naturalmente, na segurança do doente. Todavia, na maioria das vezes, o Enfermeiro gestor é frequentemente orientado pela capacidade de adaptação, eclodindo em repercussões na sua saúde relacionadas com a carga de trabalho, com a satisfação profissional entre outros. De acordo com o mesmo autor, as condicionantes do trabalho, muitas vezes, apresentam discrepâncias entre o que é exigido e o que pode ser efetuado. O Enfermeiro gestor apresenta, como todos os outros trabalhadores, um contexto pessoal, um conjunto de obrigações e um contexto de trabalho. A Figura 1 apresenta condicionantes do trabalho adaptadas ao contexto do Enfermeiro gestor.

Figura 1

Condicionantes do trabalho do Enfermeiro gestor



Nota. Adaptado de “Condicionantes do trabalho” de Barroso, F., Sales, L., e Ramos, S., 2021, *Guia Prático para a segurança do doente*, p. 54. Copyright 2021 by Lidel.

Observando esta multiplicidade de condicionantes do trabalho do Enfermeiro gestor, reconhece-se a complexidade e a importância do objeto de estudo. Por um lado, o trabalhador dotado de uma série de características do seu contexto pessoal, por outro, as expectativas da Administração e as condições de trabalho. O bem-estar do Enfermeiro gestor e a gestão da sua qualidade de vida profissional resulta do equilíbrio que sente entre a satisfação por desempenhar a sua profissão e a fadiga que a mesma pode trazer (Shingler-Nace et al., 2018).

2. FADIGA POR COMPAIXÃO

A Fadiga por Compaixão (FC) é um termo, segundo investigadores, problemático e de difícil conceptualização, considerado um fator chave que contribui para a perda de compaixão dos profissionais de saúde, reconhecendo-o como o termo usado para descrever a resposta destes ao stresse no trabalho (Sinclair et al., 2017).

Stamm (2010) introduziu o conceito de Qualidade de Vida Profissional (QVP) associado à FC no contexto de exposição ao trabalho, que quando gerador de sentimentos positivos se define por Satisfação por Compaixão (SC), quando gerador de sentimentos negativos por FC. Este modelo contempla duas dimensões da FC: o *Burnout* (BO) e o Stresse Traumático Secundário (STS).

A SC é o prazer que o indivíduo sente por desempenhar bem o seu trabalho. Envolve os sentimentos positivos ganhos por assistir adequadamente as pessoas alvo dos cuidados, seja pela contribuição direta para o bem-estar individual ou para a melhoria da sociedade. Gera sentimentos de alegria, empoderamento, energia e exaltação, ao identificar o impacto positivo nas condições de saúde do doente, a utilidade na função, o crescimento pessoal e os ganhos terapêuticos com os cuidados prestados. A SC incrementada funciona como fator protetor da FC (Stamm, 2010).

Já em 1992, Joinson foi o primeiro autor a referir-se ao termo FC, no contexto de um estudo acerca do BO dos enfermeiros, cunhando o termo para descrever a "perda da capacidade de nutrir" (Joinson, 1992, p.116), resultado da exposição a múltiplos fatores ambientais de stresse no trabalho, provocando nos Enfermeiros sentimentos de cansaço, depressão, irritação, ineficácia, apatia e desapego.

Figley identificou o termo *userfriendly* FC (Rauvola et al., 2019) para descrever o transtorno de STS, que havia definido em 1993, como uma "consequência natural de um conjunto de comportamentos e emoções por conhecimento de um acontecimento traumatizante experienciado por outra pessoa significativa - o stresse resultante de ajudar ou querer ajudar a pessoa traumatizada ou em sofrimento" (Figley, 1995, p. 7). A FC resulta da contratransferência que os profissionais empáticos vivenciam indiretamente do trauma dos seus doentes. Os profissionais com maior capacidade empática são os mais vulneráveis a este fenómeno (Figley, 1995).

O mesmo autor descreveu o STS como uma reação ao stresse por exposição a material traumático; a FC como um fenómeno afetivo que gera elevados níveis de stresse após a exposição ao trauma, levando o profissional a experienciar sintomas paralelos ao do doente

que está a cuidar; e o BO como um estado de exaustão física, emocional e mental causado pelo envolvimento a longo prazo em situações exigentes. O custo deste ato de forma continuada, numa gestão de sentimentos não saudáveis, é manifestado por efeitos do stresse e do BO de forma cumulativa, sentimentos de impotência, confusão e isolamento (Figley, 1995 e 2002).

O termo de FC de Figley foi associado por Stamm (2010) ao seu constructo de STS (Stamm, 1995), pressuposto de que cuidar de pessoas que passaram por eventos altamente stressantes, colocam o profissional em risco de desenvolver sintomas semelhantes. Como também, ao termo Trauma vicariante de Pearlman e Ian (1995), definido como uma transformação que ocorre com o profissional, relacionada com as suas características individuais e do trabalho que desempenha, resultado de um comprometimento empático com vítimas de experiências traumáticas e as suas sequelas. Os três termos (FC, STS e Trauma vicariante) foram alvo de construção de evidência pelos autores Figley (1995), Stamm (1995) e Pearlman e Ian (1995), respetivamente, para descrever os efeitos negativos, com muitos pontos de interseção entre si, sem possibilidade de afirmar que são diferentes.

Figley e Stamm (1996) desenvolveram o constructo da SC associado à FC, para observarem o fenómeno dos dois polos (positivo e negativo), reiterando o afastamento da definição da FC do BO, uma vez que este último é cumulativo, relativamente expectável e inteiramente ligado ao trabalho, com a mudança de trabalho o problema fica resolvido. Enquanto a FC, é descrita como um estado de tensão e preocupação com o trauma vivenciado pelos profissionais que cuidam, manifestado pelo reviver do problema, causando um estado de constante agitação muito similar ao STS. Os sintomas da FC/STS surgem rapidamente e estão associados a um evento específico. Na visão dos autores, o profissional está desgastado moralmente, as relações pessoais (casa e trabalho) são afetadas, a performance profissional decresce e existe o risco da ocorrência de erros.

Importa esclarecer, que o BO é uma “experiência subjetiva intrapessoal, decorrente de sentimentos negativos na relação do trabalhador com o seu trabalho” (Areosa & Queirós, 2020, p. 75), resultando em quebra de comprometimento e insatisfação, que influenciam de forma negativa as tarefas laborais desempenhadas, e conseqüentemente a organização. Os mesmos autores, explicam o BO como uma síndrome de sobrecarga gerada pela organização do trabalho, que está relacionada, por exemplo, com o stresse, a pouca autonomia, o controlo excessivo por parte da gestão, a falta de reconhecimento e recompensa, o excesso de trabalho, a ausência de equidade, e/ou a degradação da relação entre os trabalhadores. A OMS (2019) na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), considera o BO como uma doença ocupacional, manifestada por sensação de exaustão, despersonalização, sensação de ineficácia e falta de realização.

Mais tarde, a FC foi descrita como uma síndrome resultante da relação de empatia/compaixão com o doente que sofre, caracterizada pelo esgotamento emocional e

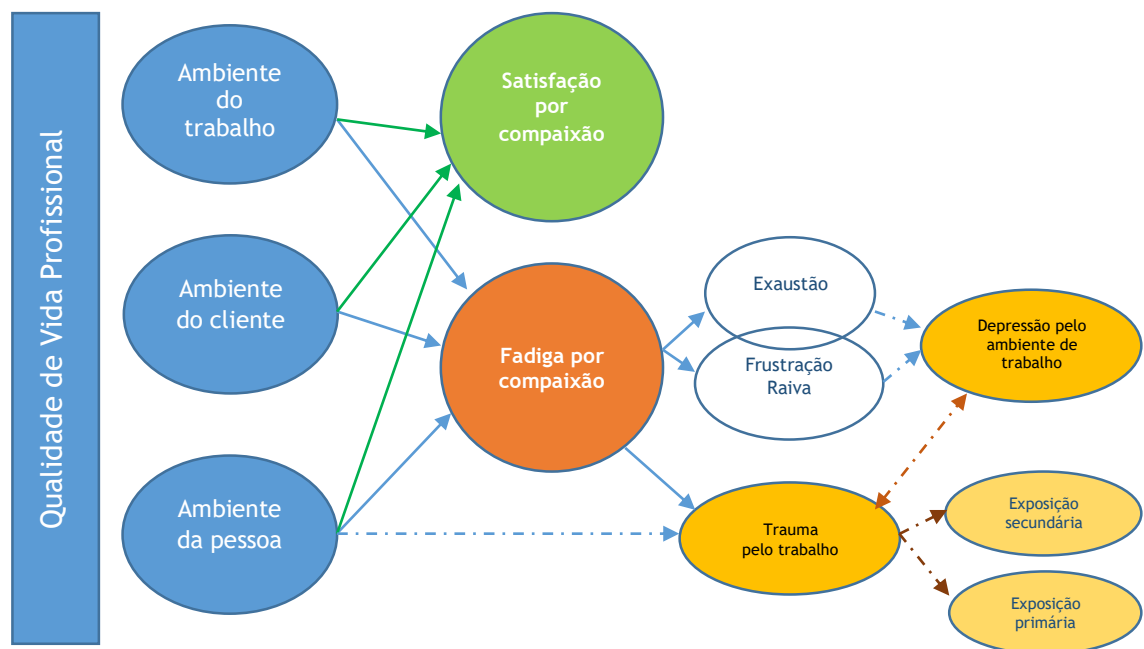
físico, associada à frustração com o trabalho, constituindo uma ameaça à saúde, qualidade de vida e do trabalho dos profissionais de saúde (Stamm, 2010; Torres et al., 2018).

Paralelamente, Figley (2014) acrescentou ao seu modelo etiológico anterior a capacidade de autorregulação, a SC, o apoio e as novas fontes de stresse. Concretamente, correspondem à forma como o profissional gere o stresse, à satisfação profissional que sente em ajudar o cliente, ao apoio dos colegas, e às mudanças pessoais ou profissionais que implicam readaptação. Este modelo associa a FC à capacidade de resiliência.

Em suma, a FC é um constructo multidimensional operacionalizado na maior parte das vezes, sob o modelo de Stamm (2010), distinguindo o BO e o STS como subcomponentes da FC. Na Figura 2 observam-se os elementos que a autora considera para avaliar a QVP, em que as características dos ambientes do trabalho, de quem é cuidado e da pessoa (trabalhador), influenciam a SC e a FC. Salvaguardando que, o ambiente de trabalho pode ser negativo, mas mesmo assim, a pessoa sentir SC. Por sua vez, a FC apresenta dois aspetos diferentes, os dois negativos, em que o trauma pelo trabalho está associado ao medo no trabalho (normalmente mais raro) e o BO aos sentimentos de exaustão, frustração e raiva, em que ambos podem resultar numa depressão resultante do ambiente de trabalho. Quando a pessoa experiencia ambos, a sua QVP pode ser francamente degradada (Stamm, 2010).

Figura 2

Modelo de Análise da Qualidade de Vida Profissional de Stamm (2010)



Nota. Traduzido do "Theoretical path analysis" de Stamm, B. H., 2010, *The concise manual for the professional quality of life scale* (2nd.), p.10. Copyright 2010 by Eastwoods, LLC.

Existe também, a possibilidade da FC surgir como um fenómeno transversal na organização, evidenciado pelas taxas de absentismo, as constantes alterações nas relações entre colegas de trabalho, a dificuldade das equipas trabalharem juntas e atingirem os objetivos, o desejo dos trabalhadores em quebrarem regras da organização, os comportamentos agressivos entre trabalhadores, a falta de flexibilidade, a relutância à mudança e descrença na possibilidade de melhorar, o negativismo em relação à gestão e a falta de visão para o futuro (Lanier, 2019; Waters, 2021). Este cenário consciencializa as lideranças, que o problema não é apenas uma manifestação individual, mas que pode repercutir-se globalmente numa organização.

No parecer de Wu et al. (2016), a mudança da cultura institucional requer a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e solidários, fundamentais para a saúde e bem-estar dos Enfermeiros, podendo ajudar a prevenir sequelas negativas do trabalho, melhorar resultados de saúde nos doentes e reduzir o *turnover* dos Enfermeiros.

A FC tem vindo a ser amplamente estudada nos profissionais de saúde e nos cuidadores (Carvalho e Sá, 2011; Duarte, 2017a; Zhang, Zhang et al., 2018; Borges et al., 2019). O ICN (2020) identifica nos Enfermeiros, o dever no contributo para um mundo melhor, como cuidadores, curadores, educadores, líderes e defensores da garantia de cuidados seguros e acessíveis a toda população. Os Enfermeiros representam o maior grupo profissional nos cuidados de saúde, e são os responsáveis por garantir as complexas necessidades dos doentes (Sinclair et al., 2017). Os mesmos autores reconhecem a profissão como particularmente stressante, pelas interações com o volume elevado e frequentemente complexo de doentes de forma continuada, traumática, praticada com recursos limitados e com exigências crescentes. O risco de desenvolver FC compromete a saúde dos Enfermeiros a nível físico e mental, o desempenho profissional e a satisfação com o trabalho (Pehlivan & Güner, 2018; Bouchard, 2019; Sousa et al., 2020), pode induzir, dependendo dos recursos individuais de cada pessoa, um quadro de somatização e/ou defesa em relação ao seu trabalho (Lago & Codo, 2013).

Os sinais e sintomas da FC nos Enfermeiros são identificados por vários autores (Figley, 1995 e 2002; Lombardo & Eyre, 2011; Jenkins & Warren, 2012; Nolte et al, 2017; Jarrad et al, 2018; Pérez-García, 2020), a Tabela 1 resume a pesquisa na literatura. É importante validar que um ou mais sintomas poderão ocorrer antes do Enfermeiro ser reconhecido com FC.

Tabela 1

Resumo dos sinais e sintomas da FC existentes na literatura

Sinais e sintomas	
Relacionados com o trabalho	Evitar ou temer trabalhar com determinados doentes Capacidade reduzida de sentir empatia para com os doentes ou familiares Absentismo Deficit de alegria
Emocionais	Alterações de humor, inquietação, irritabilidade, sensibilidade excessiva, apatia Ansiedade Depressão Raiva e ressentimento, distanciamento dos outros, isolamento Diminuição de objetividade Perturbação da memória Frac concentrção, foco e julgamento Diminuição da autoestima, sensação de incompetência, impotência, perda de equilíbrio mental, falta de esperança, frustração Sensação de estar na “profissão errada”, considerar abandonar a profissão Uso excessivo de substâncias: nicotina, álcool, drogas ilícitas e outras
Físicos	Cefaleias Problemas digestivos: diarreia, obstipação, gastralgias Tensão muscular Sono comprometido: incapacidade de dormir, insónia, muito sono Cansaço, fadiga, falta de energia Dor Cardíacos: dor/pressão no peito, palpitações, taquicardia

Valorizando o local de trabalho, numa metassíntese, Nolte et al. (2017, p. 4374) referiram que no desenvolvimento da FC, existem fatores (“*triggering factors*”) que são responsáveis por desencadear sensações de “*an unbearable weight on shoulders*” e “*alone in a crowded room*”, interrelacionados com sintomas físicos descritos como “*just plain worn out*” e sintomas emocionais descritos como “*walking on a tightrope*”, nomeadamente:

- ✓ Ambiente de trabalho - deficit de pessoal, carga de trabalho, infraestruturas insuficientes;
- ✓ Pouco suporte no trabalho e em casa;
- ✓ Ansiedade relacionada com a ausência de informação acerca do ambiente de trabalho;
- ✓ Stresse no trabalho;
- ✓ Excesso de envolvimento, extrapolando as barreiras profissionais;
- ✓ Sentimento de sobrecarga.

A par à crescente preocupação com este fenómeno multidimensional entre os Enfermeiros, foram desenvolvidos estudos na área, com recurso a instrumentos de avaliação disponíveis. A *Professional Quality of Life - ProQOL5*, da autoria de Beth Stamm (2010), avalia a SC e a FC nas suas duas dimensões (BO e STS).

A ProQOL5 tem sido aplicada na avaliação da QVP dos Enfermeiros em vários contextos de trabalho. A prevalência de níveis de FC e BO elevados e os efeitos negativos na qualidade de vida dos Enfermeiros são evidentes em diferentes estudos realizados (Zhang, Zhang et al., 2018), existindo uma forte correlação entre a FC e o BO (Zhang, Han et al., 2018).

Numa meta-análise acerca da prevalência de SC e FC em Enfermeiros (Xie et al, 2021), a região da Ásia evidenciou níveis mais baixos de SC e mais elevados de FC, por outro lado, as Américas e a Europa evidenciaram níveis mais baixos de FC e mais elevados de SC. De salientar, que os níveis de FC nos Enfermeiros tem aumentado gradualmente de 2010 a 2019, sendo que, os Enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos são os que têm apresentado níveis mais elevados de FC.

Em Portugal, Duarte (2017a) aplicou apenas dezanove itens da ProQOL5, os Enfermeiros que apresentaram níveis elevados de BO e FC, e baixos de SC, também apresentaram níveis elevados de depressão, ansiedade e sintomas de stresse.

Borges et al. (2019) descreveram num estudo com Enfermeiros do serviço de urgência e emergência de adultos, médias mais elevadas na SC, sobretudo nos participantes com mais idade, seguida do BO e do STS, este último com médias mais elevadas nos mais novos, com menos tempo de experiência profissional e sem atividades de lazer. Existindo FC na grande percentagem de Enfermeiros com níveis elevados de BO e STS, os quais se associaram a características individuais como a idade, o sexo, a experiência profissional e as atividades de lazer.

Estudos correlacionais associaram a avaliação da QVP a outras variáveis, nomeadamente sociodemográficas e profissionais (Kim, 2013; Zhang, Zhang et al., 2018; Borges et al., 2019). Kim (2013) evidenciou uma relação significativa entre os Enfermeiros com maior nível de educação e o BO. Zhang, Zhang et al. (2018), numa meta-análise, observaram que, as características educação e treino, tiveram um efeito moderado no BO e na FC - quanto maior o grau académico dos Enfermeiros, menores níveis de BO e FC.

Outros fatores, foram também, associados à variação dos resultados da ProQOL5, como exemplo, a perceção de coesão da equipa e suporte por parte da gestão, ambos preditores significativos de níveis elevados de SC e mais baixos de BO e FC (Hunsaker et al., 2015; Wu et al., 2016). O'Callaghan et al. (2019) acrescentaram a contribuição para o stresse dos Enfermeiros no trabalho: os recursos humanos, a organização, as características específicas do trabalho, a diversidade de doentes e profissionais e as caraterísticas individuais. Recentemente, Sarabia-Cobo et al. (2021), concluíram que níveis mais elevados de BO estão positivamente correlacionados com a apresentação de FC e inversamente correlacionados com flexibilidade psicológica e SC, assim como, encontraram uma associação significativa da flexibilidade psicológica como variável protetora do BO e da FC dos Enfermeiros. Também Waters (2021) e Yu e Gui (2021), nas suas pesquisas determinaram que BO, STS e intenção de rotatividade estão positivamente correlacionados, afetando as organizações e a

qualidade dos cuidados, salientando a configuração de dinâmicas operacionais que previnam o fenómeno.

Pese embora, existir evidência relativa à avaliação da QVP dos Enfermeiros, subsiste uma escassez de estudos com Enfermeiros gestores. A gestão de serviços de enfermagem requer energia, comprometimento, tempo e recursos, para fazer face à pressão constante dos resultados dos indicadores económicos e de qualidade de cuidados. A Tabela 2, indica os estudos incluídos após revisão da literatura nos agregadores de conteúdos *EBSCOHost*, *Scopus* e *Web of Science*, no período temporal 2010-2021; com a frase booleana (“*Compassion Fatigue*” AND (“*Nurse Manager*” OR “*Nurse Leader*”)). Incluíram-se todos os artigos com texto integral, estudos com Enfermeiros gestores; excluíram-se artigos de opinião, editoriais, apresentações em conferências ou semelhantes.

Tabela 2

Quadro resumo da revisão da literatura da FC em Enfermeiros gestores

Título	Ano	Nº Participantes	Desenho	Níveis de SC, BO e STS (FC)
The Professional Quality of Life and Work Engagement of Nurse Leaders (Remegio et al., 2020)	2021	144 Enfermeiros em cargos de gestão	Estudo correlacional descritivo Quantitativo	SC - 39.1 ± 6.7 BO - 24.9 ± 6.8 STS - 24 ± 6.4
The Effect of Psychological Empowerment Program on Manager Nurses' on Distress and Professional Quality of Life (Günüşen et al., 2021)	2021	20 Enfermeiros gestores	Estudo quasi-experimental Quantitativo	SC - 29.40 ± 7.75 BO - 21.80 ± 4.77 FC - 17.19 ± 6.92
Differences in Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Work Environment Factors by Hospital Registered Nurse Type (Lisle et al., 2020)	2020	208 Enfermeiros (19 Nurse Manager e Nurse Leader)	Quantitativo	SC - 42 e 40.9 BO - 22.8 e 24.2 STS - 24.3 e 25.5

Nota. Pereira, J., Trindade, L., & Borges, E. (2021, 21-23 outubro). *Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores: revisão integrativa da literatura* [Póster]. 11º Congresso APEGEL.

Observando a Tabela 2, verifica-se que os estudos apresentados são muito recentes e todos utilizaram a ProQOL5 (Stamm, 2010) como instrumento de avaliação da QVP. Os autores associaram outras variáveis como: o comprometimento com o trabalho e os fatores do ambiente de trabalho (Lisle et al., 2020; Remegio et al., 2020). Os resultados disponíveis apontaram para níveis mais elevados de FC (BO e STS), em relação às restantes categorias de Enfermeiros (“*clinical nurses*”, “*other nurses*”) (Lisle et al., 2020). Atribuíram a maior formação académica, nível hierárquico e experiência profissional, a níveis mais elevados de SC e comprometimento com a organização, e níveis baixos de BO e STS. Acrescentando ser imperativo promover uma cultura organizacional de compaixão e comprometimento (Remegio et al., 2020).

2.1. Instrumentos de medição da Fadiga por Compaixão

Figley (1995) desenvolveu o primeiro instrumento de medição da FC, o *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), composto por quarenta questões, vinte e três itens dedicados à FC e dezassete ao BO. Focando-se nos aspetos negativos da exposição ao trauma (direta ou indireta). Mais tarde, em parceria com Stamm, autora que desenvolveu o conceito de SC e incorporou no modelo, atualizaram o instrumento para *Compassion Satisfaction and Fatigue Teste* (CSFT) (Figley & Stamm, 1996), composto por sessenta e seis questões, vinte e seis itens dedicados à SC, dezassete ao BO e vinte e três dedicados à FC.

Em 2002, Gentry, Baronowsky e Dunning, desenvolveram a *Compassion Fatigue Scale* (CFS), composta por trinta questões, oito itens dedicados ao BO e vinte e dois ao STS/FC.

Stamm (2005) apropriou-se do instrumento CSFT, por acordo mutuo com Figley, modificou-o, e designou-o de *Professional Quality of Life Scale*, que após várias versões, evoluiu para a ProQOL5 (Stamm, 2010).

Já Adams et al. (2006) aperfeiçoaram a CFS e desenvolveram a *Compassion Fatigue Short Scale* (CFSS), composta por treze questões, oito dedicadas ao BO e cinco à FC.

Eng et al. (2021), publicaram o *Compassion Fatigue Inventory* (CFI), instrumento com dezasseis questões, desenvolvido a partir da revisão integrativa da literatura de Coetzee e Laschinger (2018), da análise de conceito de Coetzee e Klopper (2010), apoiada numa conceptualização mais ampla do constructo FC, e também, de um estudo qualitativo de Norrman Harling et al. (2020). Tem como objetivo avaliar nove itens de Compaixão diminuída, quatro itens da Vida social e três itens do Local de trabalho.

De acordo com o modelo utilizado neste estudo, importa esclarecer, que a ProQOL5 (Stamm, 2010) tem sido objeto de criação de evidência profícua, embora, alguns autores apontam limitações do instrumento (Hemsworth et al., 2018; Lee et al., 2021) quanto à relativa baixa confiabilidade da subescala dos constructos do BO e do STS e à necessidade de melhorar a adaptação cultural, atendendo ao tempo da tradução no país em questão, originando falta de rigor nas conclusões de causalidade em estudos transversais.

Esta escala foi adaptada à população portuguesa em 2011 por Carvalho e Sá, apresentando uma boa validade para a avaliação do fenómeno da FC. Duarte (2017a) explorou e confirmou a validade fatorial da escala, aplicada a Enfermeiros.

3. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Em média, um em cada dez doentes sofre um evento adverso enquanto recebe cuidados hospitalares em países desenvolvidos (OMS, 2021). A DGS reconhece que “a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos” (Despacho 9390/2021, 2021, p. 96). Com efeito, desde há cerca de uma década, que a promoção da segurança do doente foi integrada nas políticas de saúde em Portugal, fazendo emergir um conjunto de diretrizes em linha com a OMS.

Na Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (ECCISD) (DGS, 2011), a segurança do doente consiste na evitação, prevenção e aperfeiçoamento dos resultados dos eventos adversos associados aos cuidados de saúde, que incluem “erros”, “desvios” e “acidentes”. Por isso, surge como um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde, relacionada com a identificação, análise e gestão dos riscos, que discorrem da interação de vários componentes (indivíduo, dispositivo, departamento), permitindo reduzir o risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, a partir da “noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados” (DGS, 2011, p. 14).

Posteriormente, a OMS acrescenta no PAMSD 2021-2030, que a segurança do doente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde, com o objetivo de diminuir os riscos de forma consistente e sustentável, procurando evitar a ocorrência de dano e erros menos prováveis, assim como, reduzir o impacto do dano quando ele ocorrer (OMS, 2021).

Desta forma, a cultura de segurança do doente é parte da cultura de segurança de uma organização, assente num modelo baseado no compromisso integrado de um comportamento organizacional e individual dos profissionais de saúde, em priorizar a operacionalização de sistemas de gestão de segurança robustos, com cinco atributos essenciais (DGS, 2011):

- ✓ todos aceitam a responsabilidade e/ou segurança de si próprios, dos colaboradores, dos doentes e dos visitantes;
- ✓ priorizam a segurança em relação a questões financeiras e operacionais;
- ✓ estimulam e compensam a atitude de identificar, comunicar e resolver as questões de segurança;
- ✓ incentivam a identificação dos eventos adversos, promovendo a aprendizagem organizacional;

- ✓ asseguram recursos, estrutura e responsabilidade para sistemas de segurança eficazes.

O referido modelo pressupõe que as organizações reconheçam que as atividades de saúde têm um caráter de alto risco, propensas a erros, e por isso, garantam aos profissionais que comunicam os erros ou quase eventos, uma resposta não punitiva, envolvendo todos os profissionais da organização na procura de soluções para as vulnerabilidades e alocando recursos para esta dinâmica. Este ambiente organizacional deve possuir uma cultura justa, num equilíbrio entre a aprendizagem com o erro e as soluções encontradas (DGS, 2011).

Na visão de Eiras (2011), a cultura de segurança do doente é apenas uma das dimensões da gestão da qualidade de uma organização, na qual os doentes, os gestores e os prestadores de cuidados assumem responsabilidades e papéis diferentes, interrelacionando-se, com o objetivo de maximizar a efetividade, a eficiência e a satisfação dos atores, garantindo a sua segurança.

Também, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, a DGS define a cultura de segurança de uma organização de saúde como o “conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p.99).

Em súpula, a segurança do doente é uma prioridade estratégica para os cuidados de saúde modernos e é fundamental no esforço dos países em prol da cobertura universal de saúde, baseando-se nos conceitos e nos métodos de variadas disciplinas, como a saúde, a psicologia, a sociologia, a ergonomia e as ciências da comunicação, decorrendo como tema de pesquisa para criar evidência (OMS, 2021).

A operacionalização desta prioridade estratégica foi atualizada no primeiro pilar do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), sugerindo a melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde, em linha com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 (Despacho n.º 5613/2015, 2015) na prioridade três, acerca do reforço da segurança do doente, apelando ao cumprimento do PNSD e ao reforço de mecanismos para melhorar a resposta à notificação de eventos adversos e acidentes nos cuidados de saúde.

O mesmo documento (Despacho n.º 9390/2021, 2021) no pilar cinco acerca de práticas seguras em ambientes seguros, descreve a importância de algumas das condicionantes do ambiente de trabalho que são fundamentais para os tornar seguros, nomeadamente, os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação, a organização do trabalho, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos. Adindo que, os resultados em saúde, no que diz respeito à qualidade e segurança, são condicionados pelo contexto e pelas condições do ambiente em que são prestados os cuidados de saúde.

A DGS, a partir de orientações da OMS e da União Europeia, para monitorizar os contextos de trabalho e melhorar os níveis de segurança e de qualidade nos cuidados, recomenda “a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882). O mesmo documento apresenta as dimensões com maior potencial de melhoria em Portugal: o apoio da gestão, a notificação, a cooperação entre unidades, a dotação de profissionais e a resposta ao erro não punitiva.

As dimensões acima descritas encontram-se suportadas em estudos prévios, de outros países e de Portugal (Reason, 2000; Sorra & Nieva, 2004; Eiras, 2011), como condições de trabalho essenciais para melhores resultados na gestão da segurança do doente. Salienta-se então, que o paradigma dominante da cultura de segurança do doente tem sido o erro, tradicionalmente associado à falha humana (Fernandes & Queirós, 2011).

Reason (2000) construiu um modelo explicativo do erro humano (“o queijo suíço”) centrado em duas abordagens: a pessoa e o sistema. A primeira, explica o erro como resultado de esquecimento, défice de conhecimento, desatenção, falta de motivação, negligência, imprudência, sendo a mais tradicional nas organizações de saúde. Esta abordagem restringe as estratégias para redução dos erros à formação do profissional, criação de novos procedimentos e/ou instituição de medidas disciplinares, mas não permite a identificação dos problemas do sistema. Por outro lado, a segunda abordagem reconhece que os profissionais são falíveis e os erros podem acontecer, apresenta como foco as questões “como” e “porquê” houve falha do sistema. Descreve os sistemas como sendo portadores de defesas, barreiras, proteções, como são exemplo: alarmes, políticas e procedimentos para prevenir o erro. Aceitando que na realidade, estas estratégias apresentam falhas (“fraquezas” e “buracos” como no queijo suíço), que os erros acontecem quando existe uma oportunidade de alinhamento de várias falhas. Na visão do autor, o modelo tem utilidade na avaliação da cadeia de eventos que conduzem a um acidente, para avaliar as ações dos indivíduos envolvidos, as circunstâncias e o contexto do trabalho em que ocorreu.

No propósito de procurarem maior confiabilidade, as instituições de saúde devem presumir que não são imunes ao erro, a confiabilidade é dinâmica, implica ajustamentos constantes das condições de trabalho e dos trabalhadores para diminuir a ocorrência de eventos adversos (Reason, 2000; OMS, 2021). Os mesmos autores acrescentam que, uma instituição fiável é aquela que procura cenários possíveis de falha, que treina as equipas para os identificar e ultrapassar.

A mudança deste padrão no pensamento sobre segurança veio com a perceção de que os erros nos cuidados de saúde não eram muito diferentes da indústria e, portanto, a causa do erro não dependia apenas de um indivíduo, mas sim de uma complexa rede de ações, interações, processos, relações entre a equipa, comunicação, comportamento humano,

tecnologia, cultura organizacional, regras e políticas, e também da natureza do ambiente operacional (OMS, 2021).

Ainda em 2011, a DGS na ECCISD, na tentativa de aprimorar o sistema, determinou como um dos objetivos, o desenvolvimento de normas globais e orientações para a definição, avaliação e notificação dos eventos adversos e quase eventos nos cuidados de saúde. Distinguindo “erro” como uma “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” e “incidente” como “uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso)” (DGS, 2011, p.15).

Com o propósito da prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, no quarto pilar do PNSD 2021-2026, a DGS evidencia a dimensão da notificação, com a otimização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), referindo que a OMS e a Comissão Europeia recomendam “o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam 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, p. 101).

O NOTIFICA surgiu a partir da ECCISD (DGS, 2011), quando determinou que a comunicação de eventos é o principal meio para identificar eventos adversos. Visa apoiar a construção de um ambiente seguro, para melhorar a prestação de cuidados ao doente, a gestão dos riscos e a qualidade, identificar e corrigir falhas nos sistemas, obter parecer médico e legal, prevenir eventos recorrentes. No mesmo documento, a comunicação de incidentes/incidentes críticos consiste num processo para documentar e comunicar as ocorrências, eventos adversos, eventos sem dano e quase-eventos relacionados com o doente (erros de medicação ou falha de equipamento p. ex.). Por fim reconhece, que por razões várias (medo de ações disciplinares, falta de compreensão dos objetivos, falta de tempo), esta comunicação é limitada.

Os profissionais de saúde envolvidos em situações de eventos adversos, sobretudo envolvendo morte ou dano grave, podem sofrer dano psicológico e sentimentos profundos de culpa e autocritica (OMS, 2021). Mais uma vez, os Enfermeiros, devido à proximidade com o doente, são primordiais na identificação e notificação de erros e condições inseguras, sendo responsáveis pela qualidade das escolhas que praticam dentro dos sistemas da organização (Wu, 2000). Igualmente, de acordo com o mesmo autor, são suscetíveis aos erros e vulneráveis à sua precipitação, muitas vezes, testemunham silenciosamente e sofrem com dilemas de fidelidade para com o doente, a equipa e a instituição, esta condição designa-se como o efeito de “*second victim*”. Os Enfermeiros que experienciam este efeito, podem apresentar dificuldade em dormir, redução da satisfação com o trabalho, sentimentos de culpa e ansiedade, BO, depressão e ideação suicida, alterações estas,

semelhantes à Perturbação de stresse pós-traumático (Quillivan et al., 2016; The Joint Commission, 2018).

Entretanto, quando os Enfermeiros trabalham em condições que cronicamente têm falta de recursos humanos e stresse, a qualidade das escolhas será afetada, aumentando o risco de mortalidade, de eventos adversos como úlceras de pressão, trombozes e infeções nosocomiais (Glette et al., 2017; Paradiso, 2018). Kavanagh (2017) aponta também, outros elementos das condições de trabalho que propiciam o erro, como são exemplo o excesso de carga de trabalho e ambiente agitado, os cuidados prestados sob pressão, com interrupções constantes, que podem causar fadiga e distração, originando falha de cumprimento de procedimento do Enfermeiro (p. ex. os cinco certos na preparação de medicação).

Considerando a importância de todos os aspetos acima referidos, vários autores investigam a temática, através da avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais, aplicando o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) da autoria de Sorra e Nieva (2004), alguns relacionando com outras variáveis. De acordo com os autores, medir a perceção da cultura de segurança do doente pode aumentar a consciencialização da equipa para a temática, avaliar o estado atual da cultura de segurança do doente e comparar o suporte dentro e entre as organizações.

Quillivan et al. (2016) num estudo correlacional com Enfermeiros ligados ao cuidado direto ao doente, associaram a cultura de segurança do doente à perceção de angústia como “segunda vítima” de eventos adversos. Esta última, ligada ao bem-estar dos Enfermeiros, que para além do descrito, podem apresentar sentimentos de vergonha, de preocupação com a punição, o litígio ou o despedimento. Concluindo que, uma resposta da instituição ao erro não punitiva, pode diminuir os efeitos negativos nos Enfermeiros que estiveram envolvidos num evento adverso e mudar a cultura institucional de notificação.

Silva-Batalha e Melleiro (2016) num estudo qualitativo, que na sua análise atendeu às dimensões do HSPSC em Enfermeiros, revelaram potencialidades nos pontos relacionados com o empenho da supervisão de enfermagem para com a segurança do doente, na mobilização da formação continua e na importância da notificação dos eventos adversos para a melhoria da organização. Todavia, referiram fragilidades ao nível do trabalho de equipa, da resposta ao erro punitiva, do número de enfermeiros insuficientes e das dificuldades na transferência de trabalho. As mesmas autoras, num estudo quantitativo (2017), relataram que cerca de metade dos Enfermeiros participantes discordaram que a administração propicia um ambiente de trabalho favorável à segurança do doente, não sendo uma prioridade da administração e que a administração apenas se interessa pela segurança após a ocorrência de eventos adversos.

De acordo com Alquwez et al. (2018), num estudo quantitativo com as doze dimensões do HSPSC, os Enfermeiros percecionaram duas dimensões como forças: o trabalho em equipa e a aprendizagem organizacional - melhoria continua. Assim como, seis dimensões como

fraquezas: percepções gerais sobre a segurança do doente, transições, abertura na comunicação, dotação de profissionais, frequência de notificação e resposta ao erro não punitiva.

Numa revisão da literatura, Gunawan e Hariyati (2019) identificaram forças em quatro dimensões: trabalho em equipa, aprendizagem organizacional - melhoria contínua, apoio à segurança doente pela gestão e frequência de notificação; fraquezas em seis dimensões nas percepções gerais sobre a segurança do doente, transições, abertura na comunicação, dotação de profissionais, resposta ao erro não punitiva e trabalho em equipa; preditores da cultura de segurança do doente em duas dimensões: feedback e comunicação acerca do erro e expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente.

Por seu lado, Sanchis et al. (2020) descreveram as dimensões trabalho em equipa, expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, a aprendizagem organizacional - melhoria contínua, comunicação e feedback acerca do erro com respostas positivas. Maiores fragilidades foram encontradas na abertura na comunicação, na dotação de profissionais e na percepção de resposta ao erro não punitiva. Na visão dos autores, permanecia uma cultura de culpabilidade atribuída ao Enfermeiro perante o erro, impedindo a identificação de problemas nos processos de trabalho e como consequência a subnotificação.

Recentemente, Tlili et al. (2021) indicaram a dimensão frequência das notificações com o resultado mais negativo e a dimensão trabalho em equipa com o resultado mais positivo. De acordo com os mesmos autores, os Enfermeiros que desempenhavam funções em hospitais privados, apresentavam cinco vezes mais probabilidade de uma cultura de segurança do doente mais desenvolvida, assim como, os que desempenhavam funções em hospitais com acreditação, apresentavam duas vezes mais probabilidade de uma cultura de segurança do doente mais desenvolvida do que os não acreditados. A dotação de profissionais adequada, a aprendizagem organizacional - melhoria contínua e o apoio à segurança do doente pela gestão são preditores de melhor cultura de segurança do doente do hospital (Tlili et al., 2021; Lee & Dahinten, 2021).

Por fim, observando uma revisão sistemática da literatura de Alanazi et al. (2022), verifica-se que, Enfermeiros que percecionam as dimensões do HSPSC de uma forma positiva, reportam menos eventos adversos, do mesmo modo que, as unidades e os hospitais assistem a melhores resultados nos doentes. Os mesmos autores apontam que a efetividade do trabalho em equipa e da comunicação entre Enfermeiros, reduz a ocorrência de eventos adversos, delegando nos Enfermeiros gestores um papel importante na promoção de uma cultura de segurança positiva.

Em Portugal, Eiras (2011) descreveu a avaliação da cultura de segurança em três hospitais portugueses, destacando que o trabalho em equipa, a expectativas do supervisor e a aprendizagem organizacional foram as dimensões com melhores resultados. Por outro lado,

a frequência das notificações e das respostas ao erro não punitivas apresentaram os piores resultados.

Utilizando o mesmo instrumento em profissionais de saúde, Pedrosa (2015) salientou a dimensão do trabalho em equipa com o valor mais positivo e as dimensões problemáticas com necessidade de intervenção prioritária: o apoio à segurança pela gestão; a frequência da notificação de eventos; a dotação dos profissionais e a resposta ao erro não punitiva. Constatou ainda, que a maioria dos profissionais não notificou eventos adversos nos últimos meses e que mais de metade nunca o realizou ao longo da sua vida profissional.

Também Freire (2017), avaliou a perceção de Enfermeiros concluindo que não se identificaram dimensões como pontos fortes, no entanto, as mais positivas foram o trabalho em equipa, as transições e a abertura na comunicação. Destacou como oportunidade de melhoria, a resposta ao erro não punitiva, a frequência da notificação de eventos e o apoio à segurança do doente pela gestão.

Recentemente, a Norma 5/2018 da DGS, atualizada em 2020, determinou a responsabilidade nos dirigentes das instituições hospitalares e nas respetivas Comissões da Qualidade e Segurança da avaliação da cultura de segurança do doente nos Hospitais de dois em dois anos com o HSPSC, com a participação de todos os profissionais que exerçam funções na instituição há pelo menos três meses, por via eletrónica. No mesmo documento descreveu os resultados do estudo piloto e das avaliações realizadas (2014, 2016 e 2018), referindo as seguintes dimensões da cultura de segurança do doente que necessitavam de intervenção: resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação, dotação de profissionais, apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho entre unidades, abertura na comunicação, feedback e comunicação acerca do erro, perceções gerais sobre a segurança do doente e transições.

De referir, com base nos resultados de Andri e Soewondo (2018) numa revisão da literatura, a perceção dos Enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente é influenciada por fatores internos e externos ou ambientais. Os autores referem que os fatores internos têm a ver com competência e posição na organização, e também, que a competência se prende com a idade, o nível educacional e a experiência profissional. Os fatores externos derivam da liderança, da política hospitalar, do trabalho em equipa, do apoio da gestão, da abertura de comunicação, da promoção e da recompensa. Por fim, enfatizam a importância para os Enfermeiros de terem recursos suficientes e uma boa liderança para proporcionar cuidados de qualidade.

Com intuito de esclarecer a perceção dos Enfermeiros gestores acerca da cultura de segurança do doente, reitera-se a escassez de estudos disponíveis. A Tabela 3, indica os estudos incluídos após revisão da literatura, desenvolvida no âmbito deste trabalho, nos agregadores de conteúdos *EBSCOHost*, *Scopus* e *Web of Science*, no período temporal 2009-2022, com a frase booleana (“*Patient Safety Culture*” AND (“*Nurse Manager*” OR “*Nurse*

Leader”) AND “Hospital Survey on Patient Safety Culture”). Incluíram-se todos os artigos de estudos com Enfermeiros gestores, com texto completo; excluíram-se artigos de opinião, editoriais, apresentações em conferências ou semelhantes.

Tabela 3

Quadro resumo da revisão da literatura da percepção dos Enfermeiros gestores da cultura de segurança do doente (com o instrumento HSPSC)

Título	Ano	Nº Participantes	Desenho	Instrumentos
Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals (Turunen et al., 2013)	2013	812 Enfermeiros (Nurse manager (109) Registered nurse (723))	Quantitativo	HSPSC
A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers (Xie et al. 2017)	2017	67 Enfermeiros gestores	Quasi-experimental	HSPSC and Chinese Safety Attitudes Questionnaire (C-SAQ)

Nota. Pereira, J., Trindade, L., & Borges, E. (2022, 23-25 março). *Percepções dos Enfermeiros Gestores da Cultura de Segurança do Doente - Revisão integrativa da literatura* [Póster]. International Congress of Occupational Health Nursing.

Observando a Tabela 3, no estudo desenvolvido por Turunen et al. (2013), ambos os grupos (“Nurse Manager” e “Registered Nurse”) reconheceram problemas com a cultura de segurança do doente do hospital e avaliaram criticamente os mecanismos de prevenção de erros. Os Enfermeiros gestores avaliaram de uma forma menos negativa do que os restantes participantes. Os autores destacam o papel do Enfermeiro gestor na promoção da cultura de segurança do doente.

Por seu lado, Xie et al. (2017) implementaram um programa de treino de cultura de segurança com Enfermeiros gestores. Ao fim de seis meses, houve incremento de *score* positivo no HSPSC, do mesmo modo, a taxa de quedas e de incidência de úlceras de pressão adquiridas no hospital diminuíram. Os autores concluíram que a participação dos Enfermeiros gestores no programa reduziu a ocorrência de eventos adversos.

Em sùmula, todos os aspetos acima referidos, são suportados pela evidência da importância do Enfermeiro gestor na procura de uma cultura de segurança do doente positiva (Turunen et al., 2013; Xie et al., 2017; Andri & Soewondo, 2018; Alanazi et al., 2022) associada à garantia do bem-estar mental e físico dos Enfermeiros, nomeadamente na gestão dos eventos adversos, das dotações, da comunicação, entre outros, de forma a prevenir os riscos psicossociais relacionados com o trabalho (Wu, 2000; Quillivan et al., 2016; Kavanagh, 2017). Salienta-se também, o parecer de Wu et al. (2016), que ambientes de trabalho saudáveis e solidários, são fundamentais para a saúde e bem-estar dos Enfermeiros e podem ajudar a prevenir sequelas negativas do trabalho, melhorar resultados de saúde nos doentes e reduzir o turnover dos Enfermeiros. Pehlivan e Güner (2018) acrescentam que a segurança do doente

e a satisfação do doente relacionam-se com a rotatividade, o envolvimento e a FC dos Enfermeiros.

3.1. Instrumentos de medição da Cultura de Segurança do Doente

O instrumento HSPSC da autoria de Sorra e Nieva (2004), traduzido e validado por Eiras (2011; Eiras et al., 2014), tem como objetivos avaliar e monitorizar a cultura de segurança da unidade/serviço, o compromisso da liderança com a segurança do doente, o erro, a notificação de incidentes e eventos adversos. As vantagens deste instrumento é que permite avaliar a cultura de segurança do doente a nível do indivíduo, da unidade e da instituição e foi especificamente desenvolvido para os serviços de saúde (Alsalem et al., 2018; Hanifa e Dhamanti, 2021). Na versão original apresenta quarenta e dois itens, com doze dimensões da cultura de segurança do doente.

Sexton (2006) desenvolveu o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) com sessenta itens (trinta centrais), que pretende avaliar o trabalho em equipa, o clima de segurança, a satisfação no trabalho, o reconhecimento do stresse, a perceção da gestão e as condições de trabalho. Este instrumento pode ser utilizado numa versão mais curta *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006* (SAQ - SF2006) (Sexton et al., 2006), que avalia a cultura de segurança, o clima de segurança e a segurança do doente.

Singer et al. (2007) desenvolveram o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO) com trinta e oito itens e nove dimensões: o compromisso da gestão, os recursos organizacionais para a segurança, a ênfase da segurança na organização, as normas de segurança da unidade, os esforços da unidade no reconhecimento e suporte para a segurança, o medo da vergonha, o provimento de cuidados seguros, a aprendizagem e o medo da culpa. Em 2017 foi publicado por Benzer e coautores uma versão mais curta do PSCHO.

A *Safety Organizing Scale* (SOS) de Vogus e Sutcliffe (2007) avalia apenas uma dimensão com nove itens, acerca de comportamentos “auto-relatados” relacionados com a cultura de segurança através de um *mindfulness* coletivo.

A *Canadian Patient Safety Climate Scale* (Can-PSC) da autoria de Ginsburg et al. (2013), com dezanove itens avalia seis dimensões: o suporte da liderança organizacional para a segurança, o *follow-up* dos incidentes, a supervisão da liderança à segurança, a cultura de

aprendizagem da unidade, a abertura na comunicação, o ambiente livre de julgamento que permite a abertura na comunicação e as repercussões no trabalho do erro.

Esta seleção foi sustentada na revisão sistemática de Alsalem et al. (2018) que a partir de critérios de inclusão rigorosos (metodologia quantitativa, instrumentos desenvolvidos com avaliação das propriedades psicométricas, dirigido aos profissionais de saúde dos hospitais, disponível para utilização, com a versão original em inglês) destacaram os cinco instrumentos acima descritos. Segundo o Repositório de instrumentos de medição e avaliação em saúde (RIMAS), estão validados para o contexto português o HSPSC e o SAQ-SF2006 (RIMAS, 2021).

No parecer de Xuanyue et al. (2013), Beltran et al. (2013) e Bartonickova et al. (2021), a partir de revisões da literatura, os instrumentos mais qualificados, mas também, mais utilizados são o HSPSC e o SAQ. Os mesmos autores esclarecem que a maior parte dos estudos são com enfermeiros, reiterando a importância do seu papel na prevenção de eventos adversos.

Do mesmo modo, na revisão da literatura de Hanifa e Dhamanti (2021) os instrumentos HSPSC e SAQ são indicados, mas defendem também a relevância do *Manchester Patient Safety Assessment Framework* (MaPSaF), desenvolvido por Parker e coautores no ano 2006, que tem o objetivo de avaliar a maturidade da cultura de segurança do doente de um serviço de saúde em dez dimensões, categorizando em: patológico, reativo, burocrático, pró-ativo e gerador. Na opinião dos autores, estes instrumentos são dotados de quatro características chave na avaliação da cultura de segurança do doente, nomeadamente, a abertura, a justiça, o relatório e a aprendizagem.

Todos os autores referidos consideram que avaliar a cultura de segurança do doente requer um instrumento com validade e confiabilidade, enfatizando menos as atitudes, as opiniões, os valores, as suposições e crenças pessoais.

4. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE UM AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL E SEGURO

Ambientes de trabalho saudáveis são aqueles em que os trabalhadores e os gestores “...colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho...” (OMS, 2010, p.6). Este processo deve ter em conta a segurança e saúde no ambiente físico, a saúde e bem-estar no ambiente psicossocial (organização do trabalho e cultura da organização), os recursos para a saúde dos trabalhadores no ambiente de trabalho, no seu contexto familiar e na comunidade (OMS, 2010; DGS, 2018).

Os níveis de saúde e bem-estar mental dos trabalhadores são potenciados pela conciliação do trabalho e da vida familiar, por conseguinte, a prevenção dos riscos psicossociais no ambiente de trabalho promove o equilíbrio emocional, a robustez física e o desempenho (DGS, 2021). No mesmo documento, a DGS indica que a exposição profissional aos fatores de risco psicossocial deve ser alvo de ação também dos serviços de segurança e saúde no trabalho/saúde ocupacional das organizações e recomenda vários exemplos de medidas preventivas.

Estas medidas preventivas poderão ser aplicadas de uma forma universal na organização ou determinada a um grupo de trabalhadores ou indivíduo (DGS, 2021). Na profissão de enfermagem, podem ser aplicadas a uma organização de saúde, unidade, serviço, equipa de Enfermeiros ou Enfermeiro. Na Tabela 4 estão descritos alguns exemplos de fatores protetores no ambiente de trabalho.

A qualidade do ambiente de trabalho dos Enfermeiros tem vindo a merecer a atenção dos investigadores. Ferreira e Amendoeira (2014), num estudo realizado em hospitais portugueses para validação de um instrumento acerca da qualidade do ambiente de trabalho em Enfermeiros, as dimensões da gestão e liderança do Enfermeiro gestor, a participação dos Enfermeiros como elementos que participam na qualidade dos cuidados e as dotações seguras foram avaliadas como pontos mais positivos; a relação Enfermeiro-Médico (eficácia da parceria) e a participação dos Enfermeiros nos assuntos do hospital, como pontos mais negativos. Os autores afirmaram que uma boa gestão e liderança do Enfermeiro gestor são preditores significativos de resultados positivos nos Enfermeiros e nos doentes, assim como, a qualidade dos cuidados estar associada a menor taxa de mortalidade, maior satisfação dos Enfermeiros no trabalho e menor número de eventos adversos.

Tabela 4

Exemplos de fatores protetores dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho dos Enfermeiros

Fator de risco psicossocial	Fator protetor	Exemplo
Natureza, conteúdo e carga de trabalho	Enriquecimento e diversificação do trabalho	Pausas, organização de tarefas, rotatividade
	Distribuição de trabalho	Responsabilidade partilhada, adequação da carga de trabalho
	Oportunidade de desenvolvimento de competências e controlo	Autonomia, formação
	Clareza dos objetivos	
Condições, organização e tempo de trabalho	Conforto e bem-estar no trabalho	Fatores ambientais, higiene, locais de trabalho “humanizados”
	Equipamentos seguros e operacionais	
	Boa gestão de tempo	Duração da jornada de trabalho, pausas e organização
	Respeitar os tempos de descanso	Zonas sociais, pausas adicionais, tempo suficiente para recuperar entre turnos
Contextos sócio relacionais do trabalho	Apoio, confiança e solidariedade	Comunicação, incentivos, progressão na carreira, aumentar a rede social, preparação para a gravidez, amamentação, menopausa, reforma
	Liderança	Gestão positiva
	Equilíbrio trabalho/família	Cumprimento do horário trabalho, respeito para assistência à família
	Sentimento de pertença e de futuro na organização	Segurança no emprego

Nota. Adaptado de “Exemplos de medidas preventivas por fator de risco psicossocial”, 2021, *Guia Técnico nº3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho*, DGS. Copyright 2021 by DGS.

Da mesma forma, a QVP dos Enfermeiros está relacionada com a qualidade do ambiente de trabalho, partilhando algumas dimensões nos seus modelos. Lake (2002), Stamm (2010) e Yılmaz e Üstün (2018) defenderam que promover a QVP dos Enfermeiros é transformar a FC em SC, particularmente para os Enfermeiros gestores. Para isso, são recomendados programas educacionais de *coping*, relaxamento, habilidades de comunicação (especialmente no uso efetivo de empatia), gestão de tempo para si, estabelecimento de limites profissionais, entre outros. Esta formação permite a educação, a consciencialização e a capacidade de triagem para o fenómeno também nos seus colaboradores. Os mesmos autores referem a importância da ligação às consultas de psiquiatria para elaboração de programas de recuperação dos Enfermeiros com problemas neste âmbito.

Observando a evidência acerca de estratégias para prevenir a FC em Enfermeiros, a Tabela 5 sintetiza achados relevantes na literatura disponível, no período de 2011 até 2022, consistindo de uma forma geral, em programas desenvolvidos pelas instituições para promover o acompanhamento do Enfermeiro no seio da equipa de trabalho e na promoção de técnicas e competências individuais.

Tabela 5

Síntese de estratégias preventivas da FC em Enfermeiros

Autor e ano	Estratégias
Lombardo e Eyre, 2011	Programas de supervisão para novos Enfermeiros.
Berg et al., 2016	Reconhecer a FC como um problema expectável, educar para reconhecer os sintomas, incorporar estratégias de <i>coping</i> para alívio do stresse em equipa, liderar priorizando apoio social à equipa, envolver a equipa na discussão de situações complicadas nas reuniões diárias (morte, abuso, entre outros), enfatizar os aspetos positivos de cuidar de doentes e celebrar o sucesso das intervenções de enfermagem, por fim, no recrutamento procurar Enfermeiros com personalidades que tenham naturalmente uma boa capacidade de <i>coping</i> .
Nolte et al., 2017	Suporte no trabalho dos pares e em casa, oportunidades de desenvolvimento profissional, estabelecimento de limites profissionais, supervisão, liderança forte, estratégias de autocuidado (reflexão, exercício físico, espiritualidade,...) e “ <i>debrief</i> ”.
Schmidt e Haglund, 2017	“ <i>Personal Reflective Debrief</i> ” como modelo após a ocorrência de um acontecimento adverso, com o objetivo de “curar” (recuperar) como um grupo.
Duarte, 2017b	<i>Mindfulness</i> em vários indicadores de bem-estar durante seis semanas em Enfermeiros portugueses de serviços de oncologia.
Shingler-Nace et al., 2018	Workshops dirigidas a Enfermeiros acerca da FC, técnicas de autoajuda e consciencialização, instrução de <i>mindfulness</i> , apoio regular dos conselheiros espirituais nos serviços para assistir nas necessidades emocionais e espirituais dos Enfermeiros, e também o “ <i>time out</i> ”, para motivar os Enfermeiros a sair por dez a quinze minutos da unidade quando se sentirem muito pressionados, esgotados, ou após um evento trágico que tenha ocorrido (a morte de uma pessoa, por exemplo).
Wahl et al., 2018	“Rede de suporte de pares” que incluía educação/treino em suporte pelos pares e resiliência.
	Continua na página seguinte

Autor e ano	Estratégias
Menella e Woten, 2018	Programas que foquem no desenvolvimento da capacidade de comunicação e de autocuidado, na aprendizagem de competências de autorreflexão, assim como, na prática de exercício físico, inclusão em grupos de suporte, “ <i>journaling</i> ”, terapia pela arte, passeios em “jardins terapêuticos” no espaço exterior e prática de <i>mindfulness</i> baseada na redução do stresse. A mesma autora defende o equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal, a qualidade do sono, a alimentação adequada e a participação em atividades de lazer.
Owens et al., 2020	<i>Mindfulness</i> em sessões de três minutos de respiração controlada, ao longo de um período de quatro semanas.
Copeland, 2021	Meditação, “ <i>outside</i> ” (passar os cinco minutos fora do edifício - no jardim, a passear no passeio, ...), gratidão (agradecer a três pessoas e elogiar mais três pessoas no trabalho), “ <i>journaling</i> ” (refletir sobre as próprias experiências e as dos outros).

Como já abordado anteriormente, a prevalência de FC degrada a QVP nos Enfermeiros e por conseguinte a qualidade dos cuidados (Figley & Stamm, 1996; Stamm, 2010; Torres et al., 2018), mas também, de acordo com Borges (2018, p.130), a segurança do doente é “a base de todos os aspetos da qualidade em saúde e da qualidade da prestação de cuidados de saúde”. Cabe aos Enfermeiros, um papel na gestão da cultura de segurança do doente, como uma das dimensões que contribui para o seu bem-estar e para a qualidade dos cuidados, a OMS (2021) no objetivo estratégico cinco do PAMSD 2021- 2030, designa que as organizações devem inspirar, educar, capacitar e proteger todos os profissionais de saúde, contribuindo na conceção e disponibilização de sistemas de cuidados seguros. Neste item estão esplanadas todas as medidas que podem ser implementadas pelos governos, organizações de saúde e *stakeholders* para alcançar o objetivo:

- ✓ Incorporar a segurança do doente na formação de base, pós-graduada e formação contínua dos profissionais de saúde, com ênfase na aprendizagem interprofissional;
- ✓ Identificar e estabelecer colaboração com centros de excelência na educação e treino para a segurança do doente;
- ✓ Garantir que competências na área da segurança do doente são requisitos obrigatórios para a contratação de profissionais;
- ✓ Assegurar o compromisso que o sistema de avaliação dos profissionais de saúde e dos gestores contemple a segurança do doente;
- ✓ Assegurar desenho de cuidados, ambientes e práticas que proporcionem condições de trabalho seguras para todos os profissionais.

Já em junho de 2022, a *International Labour Organization* (ILO) integra na Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho o direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável, discorrendo também, que este direito requer uma participação ativa dos governos, dos empregadores e dos profissionais, através de um conjunto de direitos, responsabilidades e deveres, bem como, de diálogo social e cooperação. Esta alteração obriga todos os estados membros a respeitar e promover o direito fundamental, haja ou não retificação das convenções relevantes.

Por sua vez, o PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p.96) indica que “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”. Este esforço integra, nomeadamente, a manutenção de equipas de gestão para a qualidade e segurança em saúde, com competências essenciais de conhecimentos específicos na área, habilidades analíticas e de interpretação de dados, capacidade de gestão de problemas e prioridades, liderança, trabalho em equipa e comunicação (Barroso et al., 2021).

A Joint Commission (2021) orienta os líderes dos hospitais a promoverem a cultura de segurança do doente através do ciclo “*Trust-Report-Improve*”, com o objetivo de constituir um processo robusto de melhoria contínua. Atribui também, a responsabilidade de: promover a aprendizagem, motivar a equipa a manter uma cultura de segurança justa, proporcionar um ambiente transparente em que os eventos adversos são partilhados livremente com a equipa, modelar o comportamento profissional, lidar com o comportamento intimidatório que pode prejudicar a cultura de segurança, fornecer recursos e treino para os profissionais assumirem iniciativas de melhoria.

No ponto de vista de Uva (2021), nos sistemas complexos hospitalares, a gestão deve compreender para prevenir versus culpar para castigar, ressaltando estratégias para promover a melhoria contínua da organização a partir das notificações, como por exemplo: relatórios, vídeos de sensibilização, páginas digitais, integração de outros grupos profissionais na gestão do risco (p. ex. feridas), formação prática em sala ou no serviço, reuniões entre os elos dos serviços, priorização da segurança dos profissionais.

Ainda no âmbito da prevenção e fomento de uma cultura de segurança do doente mais eficaz, uma das estratégias defendida por vários autores (Frankel et al., 2003; Institute of Healthcare Improvement, 2022) são as “*Patient Safety Leadership WalkRounds*”, que consistem num grupo integrado por elementos da administração, um ou dois Enfermeiros da área e outros funcionários disponíveis, que aplicam perguntas específicas acerca de eventos adversos ou quase-acidentes, e fatores ou problemas sistémicos que levaram a esses eventos (Frankel et al., 2003). Girerd-Genessay e Michel (2015) numa revisão sistemática da literatura descrevem a associação das “*WalkRounds*” à melhoria da cultura de segurança. Assim como, Sexton et al. (2018) num estudo correlacional acerca da estratégia das

“WalkRounds” e o seu feedback às equipas, encontraram um incremento na perceção da cultura de segurança da organização, no comprometimento com o trabalho, no equilíbrio vida profissional e pessoal e na diminuição nos níveis de BO.

Por fim, e dirigido aos Enfermeiros gestores, relembra-se o programa de treino de cultura de segurança de Xie et al. (2017) que incrementou o *score* do HSPSC, e diminuiu, a taxa de quedas e de incidência de úlceras de pressão adquiridas no hospital, reconhecendo a importância do papel do Enfermeiro gestor na gestão na cultura de segurança do doente.

4.1. Papel do Enfermeiro gestor

A OE reconhecendo a elevada importância da participação dos Enfermeiros na gestão das organizações e nos processos dos cuidados, constituindo o grupo mais representativo, preceitua no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro gestor, no artigo 3º ponto b), o Enfermeiro gestor como:

“... o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros;” (Regulamento n.º 101/2015, 2015, p. 5949).

Assim sendo, no perfil das suas competências do domínio da gestão, tem entre outras, como unidades de competência no mesmo regulamento:

- ✓ gerir recursos humanos, zelando pelo cumprimento das orientações institucionais, pelas dotações seguras, pelo fomento da coesão, do espírito de equipa e de um bom ambiente de trabalho, pela criação de condições para um trabalho cooperativo e sistemas de comunicação eficazes;
- ✓ gerir o risco clínico e não clínico dos serviços, nomeadamente, na dinamização de ambientes seguros e na promoção da cultura de segurança da equipa;
- ✓ otimizar e promover o desenvolvimento de competências da equipa, designadamente, na promoção de uma gestão participativa.

Estas competências apresentam-se fundamentais, como descrito anteriormente, como preditores significativos de níveis elevados de SC e mais baixos de BO e FC (Hunsaker et al., 2015; Wu et al., 2016). Assim como, a prevenção do fenómeno estar dependente de dinâmicas operacionais da responsabilidade da gestão (Waters, 2021; Yu & Gui, 2021).

Os Enfermeiros gestores são a interface entre os Enfermeiros e a administração, devendo ser capazes de estimular a melhoria das condições de trabalho. No PNSD 2021-2026 o Enfermeiro gestor tem uma ferramenta de apoio “...exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e seus cuidadores.” (Despacho n.º 9390/2021, p. 98). No mesmo documento, no pilar acerca de Liderança e governança, são enfatizados a priorização, o desenvolvimento e a criação de condições que garantam uma cultura centrada na segurança, em que os líderes e gestores conduzam a instituição a um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sintam “...confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, bem como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também, para responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde.” (Despacho n.º 9390/2021, p. 99).

A evidência mais recente reitera que os Enfermeiros gestores têm um papel importante na promoção de uma cultura de segurança positiva (Forbes III et al., 2020; Tlili et al., 2021; Lee et al., 2021). São responsáveis por integrar os Enfermeiros dos cuidados diretos no sistema da cultura de segurança do doente, de forma a proporcionar um ambiente seguro no trabalho, onde os Enfermeiros tenham liberdade para identificar e notificar os erros, numa perspetiva de melhoria do sistema e fonte de aprendizagem em vez de punição do indivíduo (Paradiso, 2018; Regulamento nº76/2018, 2018). No parecer de Chegini et al. (2020) a liberdade para a notificação de erros está significativamente associada à capacidade de *coaching* do Enfermeiro gestor.

Em súmula, as organizações de saúde necessitam de líderes que compreendam, reconheçam e possuam habilidades para ajudar os Enfermeiros no âmbito dos riscos psicossociais, nomeadamente de FC (Shingler-Nace et al., 2018), potenciando a prevenção de problemas físicos, emocionais, sociais e intelectuais relacionados com o trabalho (Wahl et al., 2018). Do mesmo modo, atendam à dimensão da cultura de segurança do doente, como uma das formas para assegurar cuidados, ambientes e práticas que contribuam para a segurança das condições de trabalho dos Enfermeiros e consequentemente o seu bem-estar (OMS, 2021).

5. METODOLOGIA

A investigação científica é caracterizada por um processo sistemático e rigoroso que procura obter respostas através da “...colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, (...) tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar o fenómeno.” (Fortin, 2009, p.4). Desta forma, a definição do problema de investigação emergiu de uma reflexão cuidada do conhecimento pré-existente do fenómeno da FC, da Cultura de segurança do doente e do papel do Enfermeiro gestor, com intuito de promover a implementação de estratégias que contribuam para ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros.

Este capítulo apresenta a descrição das últimas etapas da conceptualização do processo de investigação do objeto de estudo, definindo os objetivos e as questões de investigação a que se propõe. A fase metodológica determina o tipo de estudo, as variáveis do estudo e a sua operacionalização, a população e a amostra, o material e as considerações éticas, e por último, o tratamento dos dados.

5.1. Questões de investigação e Objetivos

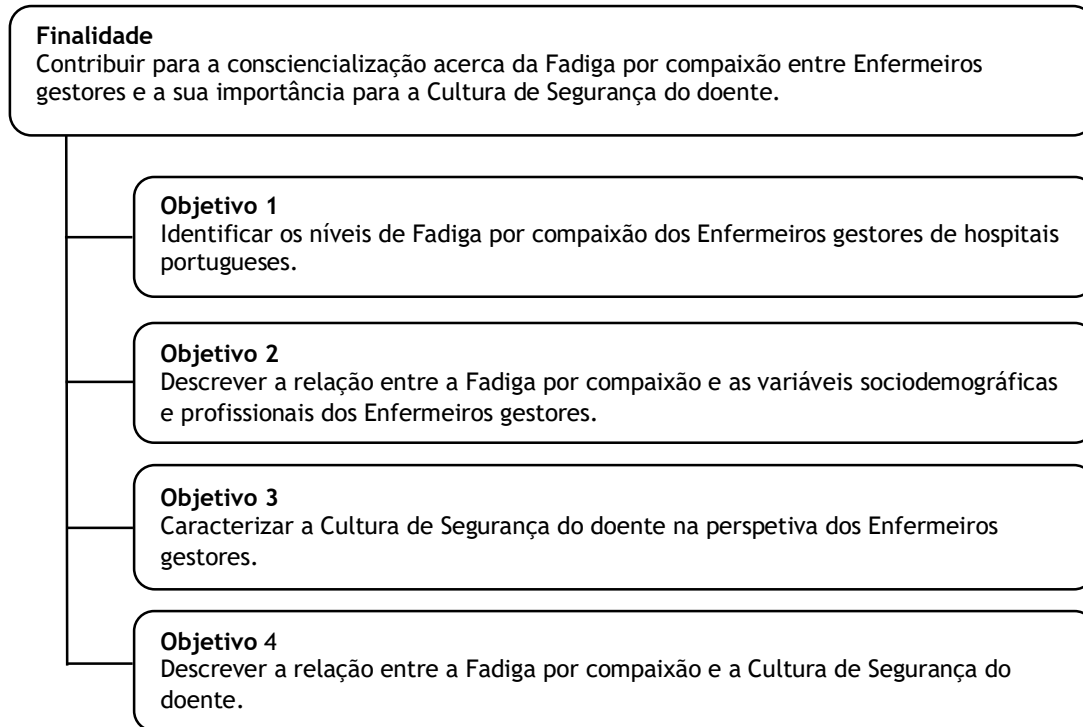
Tendo por base os conceitos em estudo, de forma a descrever os fenómenos e a relação entre eles, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

1. Quais os níveis de Fadiga por compaixão dos Enfermeiros gestores de serviços hospitalares?
2. Qual a relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros gestores?
3. Como se caracteriza a Cultura de Segurança do doente na perceção dos Enfermeiros gestores?
4. Existe variação entre a Fadiga por compaixão dos Enfermeiros gestores e a Cultura de Segurança do doente?

A definição clara dos objetivos, atende ao problema e à relação entre as variáveis, indo ao encontro das questões de investigação (Figura 3).

Figura 3

Finalidade e objetivos do estudo



5.2. Tipo de estudo

Este estudo tem o planeamento lógico de um desenho de pesquisa quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. O desenho de pesquisa quantitativo é mais alinhado com o paradigma positivista, utilizado para estudar factos observáveis e mensuráveis (Polit & Beck, 2018). Nos estudos descritivos correlacionais do tipo transversal, as variáveis são identificadas num ponto no tempo, descrevem as variáveis e as relações entre as mesmas (Fortin, 2009), exploram se mudanças em uma ou mais variáveis estão relacionadas a mudanças noutras, e "...analizam direção, grau, magnitude e força das relações..." (Sousa et al., 2007, p.3).

5.3. Variáveis do estudo

Os componentes principais dos estudos quantitativos são as variáveis (Polit & Beck, 2018). Abaixo descrevem-se os diferentes papéis que estas assumiram neste estudo.

Variável principal: Fadiga por compaixão (Stamm, 2010; Carvalho & Sá, 2011).

Variável secundária: Cultura de segurança do doente (Sorra & Nieva, 2004; Eiras et al., 2014).

Variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, presença de filhos e atividade de lazer.

Variáveis profissionais: tempo de exercício profissional, tempo de experiência no cargo atual, tipo de vínculo laboral, categoria profissional e local de trabalho.

Na Tabela 6 apresentam-se as variáveis sociodemográficas e profissionais em estudo tendo em conta o tratamento estatístico das mesmas.

Tabela 6

Operacionalização das Variáveis

	Variável	Operacionalização
Sociodemográficas	Sexo	Categorizada em feminino e masculino
	Idade	Agrupada em cinco categorias: <30 anos, 30-34 anos, 35-44 anos, 45-50 anos, >50 anos.
	Estado civil	Agrupada em quatro categorias: solteiro, casado/união de facto, divorciado e viúvo.
	Habilitações académicas	Agrupada em quatro categorias: Licenciatura, Pós-Licenciatura de Especialização, Mestrado e Doutoramento.
	Presença de filhos	Sim ou não.
	Atividade de lazer	Sim ou não.
Profissionais	Tempo de exercício profissional	Codificada em anos completos.
	Tempo de experiência no cargo atual	Agrupada em cinco categorias: <6 meses, 6 meses-2 anos, 3-10 anos, 11-20 anos e >20 anos.
	Tipo de vínculo laboral	Categorizada em vínculo definitivo e vínculo precário.
	Categoria profissional	Agrupada em três categorias: Enfermeiro, Enfermeiro especialista e Enfermeiro gestor.
	Local de trabalho	Categorizada em hospital público e hospital privado.

5.4. População e Amostra

A população deste estudo foram Enfermeiros que desempenhavam funções de Enfermeiros gestores em contexto hospitalar (público e privado). Foram definidos como critérios de inclusão atuar como Enfermeiro gestor, ou como Enfermeiro que exerce funções de gestão, e possuir pelo menos 6 meses de experiência profissional. Como critérios de exclusão, os Enfermeiros que não estavam no ativo no período da recolha de dados por qualquer motivo.

A técnica de amostragem foi a não probabilística, com uma amostra do tipo bola de neve. Participaram no estudo, os Enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão e deram o seu consentimento, num total de 127 Enfermeiros, o que representa 17% de um universo de 753 inscritos na Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), dos quais 567 sócios ativos (APEGEL, 2021).

5.4.1. Caraterização da Amostra

Este subcapítulo pretende caraterizar a amostra segundo as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo.

A caraterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas está representada na Tabela 7. A maioria dos participantes eram do sexo feminino, com mais de 50 anos de idade, casados ou em união de facto, com filhos e com grau académico de Mestre. A maioria dos participantes referiu ter atividades de lazer fora do horário de trabalho.

No que se refere à caracterização profissional, os participantes apresentaram em média 28,93 anos de exercício profissional ($DP=8,24$), a maioria tinha mais de 10 anos de experiência no cargo na categoria profissional de Enfermeiro gestor e exerciam as suas funções em hospitais públicos (Tabela 8).

Tabela 7*Caraterização da Amostra segundo as Variáveis Sociodemográficas (n=127)*

Variáveis sociodemográficas	N	(%)
Sexo		
Masculino	31	24,4
Feminino	96	75,6
Idades		
30-34 anos	1	0,8
35-44 anos	29	22,8
45-50 anos	19	15,0
>50 anos	78	61,4
Estado civil		
Solteiro	14	11,0
Casado/ União de facto	88	69,3
Divorciado	22	17,3
Viúvo	3	2,4
Habilitações académicas		
Licenciatura	11	8,7
Pós-Licenciatura de especialização	42	33,1
Mestrado	68	53,5
Doutoramento	6	4,7
Filhos		
Não	30	23,6
Sim	97	76,4
Atividades de lazer fora do horário de trabalho		
Não	44	34,6
Sim	83	65,4

Tabela 8*Caraterização da Amostra segundo as Variáveis Profissionais (n=127)*

Variáveis profissionais	N	(%)
Tempo de experiência no cargo		
<6 meses	4	3,1
6 meses-2 anos	12	9,4
3-10 anos	45	35,4
11-20 anos	31	24,4
>20 anos	35	27,6
Tipo de vínculo profissional		
Vínculo precário	1	0,8
Vínculo definitivo	126	99,2
Categoria profissional		
Enfermeiro	10	7,9
Enfermeiro especialista	52	40,9
Enfermeiro gestor	65	51,2
Local de trabalho		
Hospital privado	8	6,3
Hospital público	119	93,7

5.5. Material

O instrumento de recolha de dados aplicado integrou três grupos:

I - Questionário para caracterização sociodemográfica e profissional;

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

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 onze questões fechadas e de resposta aberta curta, com vista à caracterização de variáveis sociais, demográficas e profissionais dos participantes (sexo, habilitações académicas, experiência profissional, entre outras).

A ProQOL5 constituiu o grupo II e avalia a FC, através da resposta a trinta itens numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, em que o participante assinala apenas uma resposta. Este instrumento é dividido em três subescalas, que avaliam três fenómenos: a Satisfação por compaixão (SC), o *Burnout* (BO) e o Stresse traumático secundário (STS), cada um com dez itens (Tabela 9).

Tabela 9

Descrição dos itens das subescalas da ProQOL5

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

Nota. A negrito itens invertidos

A cada subescala é atribuído um valor total obtido pela soma da pontuação de cada um dos itens correspondentes, atendendo-se ao facto que os itens 1, 4, 15, 17 e 29 são invertidos no somatório da subescala do BO. Além do cálculo dos resultados brutos, lidos quando somados como baixo (≤ 22), moderado (23-41) e elevado (≥ 42), Stamm (2010) propõe o cálculo dos pontos de corte da ProQOL5, convertendo os resultados brutos (*raw scores*) em padronizados, pela conversão dos resultados brutos em resultados Z e posteriormente em resultados T. A reconversão dos resultados brutos em resultados T determina uma M de 50 e um DP de 10, permitindo a comparação dos valores das três subescalas nos diferentes quartis, assim como a comparação com os valores obtidos em outros estudos com o mesmo instrumento.

O HSPSC constituiu o grupo III que na versão original apresenta quarenta e dois itens que se organizam em doze dimensões da cultura de segurança do doente, ao nível da unidade e do hospital, assim como, as variáveis de resultado (Tabela 10).

Tabela 10

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

	Dimensões	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
	Dotação 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 as 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

Nota. A negrito itens invertidos

Para além das doze dimensões, o HSPSC apresenta duas questões adicionais: número de notificações e avaliação geral da segurança do doente. Do total de itens, 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 final da dimensão. Cada dimensão é calculada de acordo com a média das respostas aos diferentes itens que a integram.

Os itens são avaliados por uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, que variam conforme as dimensões avaliadas: as respostas do tipo “discordo fortemente”, “discordo”, “nunca” e “raramente” são descritas como negativas; as respostas do tipo “não concordo nem discordo” ou “por vezes” são descritas como neutras; e as respostas do tipo “concordo”, “concordo fortemente”, “a maioria das vezes” e “sempre” são descritas como positivas. Por fim, apresenta uma pergunta fechada.

Os participantes assinalam apenas uma resposta por item, a que melhor se adequa no momento do preenchimento. Este instrumento tem sido testado, implementado e revisto nos Estados Unidos da América desde 2004, também usado em alguns países da Europa e em Portugal desde 2013.

Por fim, Sorra e Nieva (2004) de forma a avaliar a robustez das dimensões do HSPSC, designam que, as dimensões fortes do sistema são avaliadas em valores acima de 75% e as dimensões frágeis são avaliadas em valores inferiores ou iguais a 50%.

5.5.1. Fidelidade das escalas

A consistência interna da ProQOL5 na adaptação à população portuguesa (Carvalho & Sá, 2011), medida pela verificação do *Alpha de Cronbach*, variou entre valores de 0,71 e 0,86, considerada boa e sobreponível à do trabalho original de Stamm (2010). Na Tabela 11 apresenta-se a consistência interna (α Cronbach) das subescalas da ProQOL5 no presente estudo.

Tabela 11

Consistência interna das subescalas da ProQOL5 no presente estudo

Subescalas	α Cronbach
Satisfação por compaixão (SC)	0,89
Burnout (BO)	0,77
Stresse traumático secundário (STS)	0,86

A consistência interna do HSPSC na adaptação à população portuguesa (Eiras et al., 2014), medida pela verificação do *Alpha de Cronbach*, variou entre valores de 0,60 e 0,84, considerada boa e sobreponível à do trabalho pioneiro de Sorra e Nieva (2004). No presente estudo, os resultados de consistência interna (α Cronbach) do HSPSC (Tabela 12) revelaram valores adequados para a maioria das dimensões, sendo que as dimensões 5, 9 e 10 apresentaram valores sofríveis, inferiores a 0,70 (Field, 2018).

Tabela 12

Consistência interna do HSPSC no presente estudo

Dimensões e questões adicionais	α Cronbach
1.Trabalho em equipa	0,85
2.Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	0,72
3.Apoio à segurança do doente pela gestão	0,83
4.Aprendizagem organizacional - melhoria continua	0,80
5.Percepções gerais sobre a segurança do doente	0,57
6.Comunicação e feedback acerca do erro	0,81
7.Abertura na comunicação	0,74
8.Frequência da notificação	0,90
9.Trabalho entre unidades	0,62
10.Dotação de profissionais	0,50
11.Transições	0,74
12.Resposta ao erro não punitiva	0,74

5.6. Procedimentos e Considerações éticas

O procedimento de recolha de dados foi constituído primeiramente pelo contacto com o Presidente da APEGEL, via email para apresentação do estudo, da finalidade e objetivos. Tendo sido efetuado o pedido de autorização formal para divulgação do estudo aos associados desta Associação.

Após a devida aceitação, a APEGEL endereçou convite aos Enfermeiros gestores para participação no estudo com *link* para o formulário de recolha de dados preparado na plataforma *Google forms*®. Respeitando todos os procedimentos de cariz ético, a recolha de dados foi efetuada num único momento, através do preenchimento dos questionários *online*, de forma independente pelo participante (auto-administrado). A recolha de dados decorreu no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022.

O presente estudo integra o projeto HWOPI do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS@RISE), o qual facultou os instrumentos (ProQOL5 e HSPSC) utilizados neste estudo com a devida autorização dos autores.

A investigação em saúde deve atender escrupulosamente aos valores definidos pela ética e deontologia profissional. A investigação respeitou os princípios definidos na declaração de Helsínquia que enumera os princípios éticos a atender na investigação com seres humanos, e na convenção de Oviedo que descreve as regras de proteção dos direitos do homem e da dignidade humana perante a aplicação da Biologia e da Medicina. Foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto que emitiu o parecer favorável à realização do estudo (ADHOC_1402/2021). De igual modo, os participantes prestaram o consentimento informado, estando este integrado na apresentação do estudo no início do protocolo de recolha de dados *online*, programado para avançar apenas se resposta positiva. Todas as respostas foram anónimas, tendo a confidencialidade dos dados sido garantida pela anonimização dos dados recolhidos e classificados na base de dados *Excel*® no *Google drive*®.

5.7. Tratamento de dados

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* na versão 28 (IBM® SPSS).

Análises preliminares foram levadas a cabo para obter as frequências e medidas descritivas da caracterização da amostra, calcular os resultados brutos e padronizados (Z e T, quando aplicável), bem como os coeficientes de fidelidade, das dimensões dos instrumentos utilizados.

Posteriormente, diferentes análises foram realizadas para ir ao encontro dos objetivos de investigação.

Assim, para caracterizar os níveis de FC dos Enfermeiros gestores (objetivo 1), comparando os resultados T das escalas de SC, BO, e STS com os valores de referentes aos níveis definidos como médios (quartil 50) e elevados (quartil 75) no Manual de referência de Stamm (2010), foram levados a cabo *Testes t* para uma amostra. Para comparar os resultados brutos médios dos participantes nas diferentes escalas foram levadas a cabo *Análises de Variância* de medidas repetidas usando um desenho intra-sujeitos.

As diferenças de médias nos resultados T das escalas de SC, BO, e STS de acordo com variáveis sociodemográficas e profissionais (objetivo 2) foram calculadas de acordo *Testes t* para amostras independentes, sendo que para tal, as variáveis nominais com três ou mais categorias foram recodificadas de modo a conterem apenas duas categorias de resposta.

Para avaliar a Cultura de segurança do doente na perspetiva dos Enfermeiros gestores (objetivo 3), diferentes análises foram realizadas. Em primeiro lugar, foram levadas a cabo análises de correlação de *Pearson* para avaliar a relação entre as diferentes dimensões. Em segundo lugar, foram realizadas análises de correlação de *Spearman* para avaliar a relação entre os resultados das questões adicionais número de notificações e avaliação geral da segurança do doente (variáveis ordinais) com os resultados das dimensões. Em terceiro lugar, para determinar a percentagem de respostas negativas, neutras e positivas nas dimensões, e na questão sobre a avaliação geral da segurança do doente, os itens e os resultados das dimensões foram recodificados de uma escala de resposta de cinco itens para uma de três de acordo com o descrito por Eiras (2011), e as percentagens de respostas negativas, neutras e positivas calculadas. Em quarto lugar, para avaliar as diferenças entre os resultados das dimensões intra-grupo de participantes (i.e., entre os participantes) foram realizadas diferentes *Análises de variância* de medidas repetidas usando um desenho intra-sujeitos.

As associações entre as escalas de SC, BO, e STS, as doze dimensões de Cultura de segurança do doente e as questões adicionais número de notificações e avaliação geral da segurança do doente (objetivo 4) foram avaliadas através de análises de correlação de *Pearson*, quando as variáveis em apreço eram do tipo contínuo, e análises de correlação de *Spearman*, quando envolviam variáveis do tipo ordinal.

Nas análises estatísticas foi assumido como critério de significância o valor de $p < .05$. As correlações foram interpretadas considerando o definido por Cohen (1988), onde se considera que os valores entre 0,10 e 0,29 indicam uma associação de magnitude baixa, entre 0,30 e 0,49 moderada, e superior a 0,50 grande. Nos resultados dos *Testes t* (para uma amostra e amostras independentes, é reportada a magnitude do efeito d de Cohen, sendo que valores entre 0,20 e 0,49 indicam uma associação de magnitude baixa, entre 0,50 e 0,79 moderada, e superior a 0,80 elevada (Cohen, 1988). Nas *Análises de Variância* é apresentada a magnitude do efeito *partial eta square*, sendo que os valores inferiores a 0,06 indicam uma magnitude do efeito baixa, entre 0,06 e 0,14 moderada, e acima de 0,14 elevada (Rosenthal et al., 2000).

No próximo capítulo serão descritos os resultados de todo o procedimento descrito de acordo com os objetivos deste estudo de investigação.

6. RESULTADOS

Este capítulo descreve os resultados obtidos no presente estudo. Encontra-se dividido por subcapítulos que cumprem a ordem sequencial dos objetivos estabelecidos: identificar os níveis de FC dos Enfermeiros gestores; descrever a relação entre a FC e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros gestores; caracterizar a Cultura de segurança do doente na perspetiva dos Enfermeiros gestores; e por fim, descrever a relação entre a FC e a Cultura de segurança do doente.

6.1. Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores

A análise da estatística descritiva dos itens revelou valores adequados de curtose (inferiores a 10) e assimetria (entre -3 e 3), sugerindo uma distribuição normal das respostas aos itens de acordo com as diretrizes propostas por Kline (2016).

Na Tabela 13 apresentam-se as estatísticas descritivas dos resultados brutos das subescalas da ProQOL5 (média e desvio-padrão), bem como a sua correlação. A análise correlacional da QVP baseou-se na correlação das subescalas, que revelou que a SC tem uma correlação negativa significativa com o BO e o STS, enquanto que o BO e o STS apresentaram uma correlação positiva significativa entre si.

Tabela 13

Estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e correlações de Pearson entre as escalas SC, BO e STS

Dimensões da ProQOL5	<u>M</u> (<u>DP</u>)	Mín	Máx	SC	BO	STS
Satisfação por compaixão (SC)	39,29 (6,27)	17,00	50,00	1		
<i>Burnout</i> (BO)	23,99 (5,82)	13,00	41,00	-0,55***	1	
Stresse traumático secundário (STS)	25,03 (6,76)	13,00	46,00	-0,24**	0,71***	1

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$

Os pontos de corte da ProQOL5 do presente estudo em resultados T são apresentados na Tabela 14, permitindo a comparação dos valores das três subescalas com outros estudos,

nomeadamente da autora da versão original (Stamm, 2010), dos autores da versão portuguesa (Carvalho & Sá, 2011) e das autoras de um estudo em Portugal com Enfermeiros que utilizou o mesmo instrumento (Borges et al., 2019).

Tabela 14

Pontos de corte da ProQOL5 do presente estudo, Stamm (2010), Carvalho e Sá (2011), Borges et al. (2019)

Percentis Pontos de corte	ProQOL5 (presente estudo)			ProQOL5 (Stamm, 2010)			ProQOL5 (Carvalho & Sá, 2011)			ProQOL5 (Borges et al., 2019)		
	tscore SC	tscore BO	tscore STS	tscore SC	tscore BO	tscore STS	tscore SC	tscore BO	tscore STS	tscore SC	tscore BO	tscore STS
25	43,1	43,1	42,5	44	43	42	44	42	41	42,9	42,8	43
50	51,1	48,2	48,4	50	50	50	50	50	49	51,4	48,1	48,3
75	57,5	56,8	55,8	57	56	56	59	56	57	56,4	58,8	59,1

A comparação dos resultados das subescalas SC, BO e STS obtidos no presente estudo, com os valores referentes aos níveis médios e elevados definidos no Manual (Stamm, 2010), está representada na Tabela 15, e permitiu verificar que os participantes apresentaram valores médios SC, BO e STS, semelhantes aos apresentados como valores médios, e inferiores aos pontos de corte elevados apresentados no referido Manual. Os resultados reportados relativamente às subescalas SC, BO e STS apresentaram efeito moderado.

Tabela 15

Teste t de uma amostra para comparação dos valores da amostra nas subescalas SC, BO e STS, com os valores de referência médio e elevado no Manual (Stamm, 2010)

Dimensões da ProQOL5	Valor de referência Stamm 2010	<u>M</u> (<u>DP</u>)	t (gl)	Diferença média	d de Cohen
SC	50 (média)	50,00 (10,00)	0 (126)	0	0
SC	57 (elevado)	50,00 (10,00)	-7,89 (126)***	-7	-0,70
BO	50 (média)	50,00 (10,00)	0 (126)	0	0
BO	56 (elevado)	50,00 (10,00)	-6,76 (126)***	-6	-0,60
STS	50 (média)	50,00 (10,00)	0 (126)	0	0
STS	56 (elevado)	50,00 (10,00)	-6,76 (126)***	-6	-0,60

Nota. *** p<.001

Utilizando um desenho intra-sujeitos, os resultados médios brutos das escalas apresentados na Tabela 13 foram comparados entre os participantes. Os resultados revelaram-se estatisticamente significativos, com elevada magnitude do efeito, $F(1,33, 167,07) = 229,51$, $p < .001$, $\eta^2 = .65$, indicando que os participantes apresentaram índices mais elevados de SC

do que de BO (diferença média=15,30, SE=0,95, $p<.001$) ou de STS (diferença média=14,27, SE=0,91 $p<.001$). No entanto, a diferença entre os níveis de BO e de STS é apenas marginalmente significativa (diferença média=-1,03, SE=0,43, $p=.053$).

6.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais em Enfermeiros gestores

A análise do efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais na QVP dos Enfermeiros gestores são apresentados nas Tabelas 16 e 17.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas (Tabela 16) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, com uma magnitude de efeito moderado, quanto à variável sexo, com os Enfermeiros gestores a apresentarem médias superiores de BO, comparativamente às Enfermeiras gestoras. Do mesmo modo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, com uma magnitude de efeito baixo, quanto à variável presença de filhos, os Enfermeiros gestores apresentaram médias superiores de SC com presença de filhos, comparativamente aos Enfermeiros gestores sem presença de filhos.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade, ao estado civil, às habilitações académicas e às atividades de lazer.

No que diz respeito às variáveis profissionais (Tabela 17) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de exercício profissional, ao tempo de experiência no cargo atual, à categoria profissional e ao local de trabalho entre os grupos. Não foi possível avaliar os resultados T das escalas relativamente à variável vínculo profissional, uma vez que apenas 1% dos participantes tinha um vínculo precário na altura da participação no estudo.

Tabela 16

Comparação das médias da SC, BO e STS com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, presença de filhos, atividade de lazer)

ProQOL5	Sexo	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	Feminino	96	50,7	9,0	-1,237 (40,55)	-0,301
	Masculino	31	47,7	12,5		
BO	Feminino	96	48,7	9,1	2,549 (125) *	0,527
	Masculino	31	53,9	11,6		
STS	Feminino	96	49,6	9,0	0,624 (40)	0,153
	Masculino	31	51,2	12,7		
ProQOL5	Idade	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	<50 anos	49	49,2	12,5	0,668 (73)	-0,134
	>50 anos	78	50,5	8,1		
BO	<50 anos	49	50,8	11,5	0,669 (125)	0,122
	>50 anos	78	49,5	8,9		
STS	<50 anos	49	51,2	10,9	1,102 (125)	0,201
	>50 anos	78	49,2	9,4		
ProQOL5	Estado civil	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	Sem parceiro	39	51,3	11,3	0,941 (125)	0,181
	Com parceiro	88	49,4	9,4		
BO	Sem parceiro	39	47,7	9,5	-1,723 (125)	-0,332
	Com parceiro	88	51,0	10,1		
STS	Sem parceiro	39	48,1	7,1	-1,643 (109)	-0,269
	Com parceiro	88	50,8	10,9		
ProQOL5	Habilitações académicas	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	Licenciatura ou Pós-licenciatura	53	49,2	8,5	-0,758 (125)	-0,136
	Mestrado ou Doutoramento	74	50,6	10,9		
BO	Licenciatura ou Pós-licenciatura	53	50,6	9,5	0,568 (125)	0,102
	Mestrado ou Doutoramento	74	49,6	10,4		
STS	Licenciatura ou Pós-licenciatura	53	50,0	9,4	0,046 (125)	0,008
	Mestrado ou Doutoramento	74	49,9	10,5		
ProQOL5	Presença de filhos	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	Não	30	46,9	11,5	-1,982 (125) *	-0,414
	Sim	97	50,9	9,3		
BO	Não	30	50,4	9,7	0,259 (125)	0,054
	Sim	97	49,9	10,1		
STS	Não	30	50,5	9,0	0,317 (125)	0,066
	Sim	97	49,8	10,3		
ProQOL5	Atividade de lazer	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	Não	44	49,8	10,9	-0,143 (125)	-0,027
	Sim	83	50,1	9,5		
BO	Não	44	49,7	10,2	-0,276 (125)	-0,052
	Sim	83	50,2	9,9		
STS	Não	44	50,4	9,1	0,301 (125)	0,056
	Sim	83	49,8	10,5		

Nota. * p<.05.

Tabela 17

Comparação das médias da SC, BO e STS com as variáveis profissionais (tempo de exercício profissional, tempo de experiência no cargo atual, vínculo laboral, categoria profissional)

ProQOL5	Tempo de exercício profissional	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	≤29 anos	59	49,5	12,1	-0,555 (97)	-0,102
	≥30 anos	68	50,5	7,8		
BO	≤29 anos	59	50,7	11,2	0,778 (125)	0,138
	≥30 anos	68	49,4	8,9		
STS	≤29 anos	59	50,7	10,7	0,778 (125)	0,138
	≥30 anos	68	49,4	9,4		
ProQOL5	Tempo de experiência no cargo atual	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	≤10 anos	61	50,1	11,3	0,148 (125)	0,026
	≥11 anos	66	49,9	8,7		
BO	≤10 anos	61	50,8	10,8	0,838 (125)	0,149
	≥11 anos	66	49,3	9,2		
STS	≤10 anos	61	50,5	10,4	0,565 (125)	0,100
	≥11 anos	66	49,5	9,6		
ProQOL5	Categoria profissional	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	Enfermeiro especialista ou categoria inferior	62	49,2	11,2	-0,908 (125)	-0,161
	Enfermeiro gestor	65	50,8	8,8		
BO	Enfermeiro especialista ou categoria inferior	62	50,4	11,1	0,410 (125)	0,073
	Enfermeiro gestor	65	49,6	8,9		
STS	Enfermeiro especialista ou categoria inferior	62	50,0	11,2	0,014 (125)	0,002
	Enfermeiro gestor	65	49,9	8,8		
ProQOL5	Local de trabalho	N	M	DP	t(gl)	d(Cohen)
SC	Hospital privado	8	49,3	14,2	-0,193 (125)	-0,071
	Hospital público	119	50,0	9,7		
BO	Hospital privado	8	49,6	13,1	-0,121 (125)	-0,044
	Hospital público	119	50,0	9,8		
STS	Hospital privado	8	49,2	10,8	-0,225 (125)	-0,082
	Hospital público	119	50,1	9,9		

6.3. Percepção dos Enfermeiros gestores acerca da Cultura de segurança do doente

A análise da estatística descritiva dos itens revela valores adequados de curtose (inferiores a 10) e assimetria (entre -3 e 3), sugerindo uma distribuição normal das respostas aos itens de acordo com as diretrizes propostas por Kline (2016).

As estatísticas descritivas das escalas (média e desvio-padrão) e correlações entre as doze dimensões, avaliação geral da segurança do doente e número de notificações são apresentadas na Tabela 18.

Todas as dimensões estão positivamente correlacionadas entre si, com magnitude de correlação que varia entre moderado e elevado, exceto na dimensão 10 (Dotação de profissionais) que apenas se correlaciona positivamente com a dimensão 6 (Comunicação e feedback acerca do erro).

No que diz respeito às duas questões adicionais, o grau da avaliação da Cultura de segurança do doente está positivamente correlacionado com todas as dimensões e o número de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses apenas está positivamente relacionado com as dimensões 4 (Aprendizagem organizacional - melhoria continua), 6 (Comunicação e feedback acerca do erro), 7 (Abertura na comunicação), 8 (Frequência da notificação) e 12 (Resposta ao erro não punitiva).

Tabela 18

Estatísticas descritivas das escalas (média e desvio-padrão) e correlações entre as doze dimensões, a avaliação geral da segurança do doente e o número de notificações

Dimensões e questões adicionais do HSPSC	\bar{M} (DP)	Mín	Máx	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Trabalho em equipa	3,84 (0,82)	1,00	5,00	1													
2.Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	3,43 (0,86)	1,00	5,00	0,45***	1												
3.Apoio à segurança do doente pela gestão	3,48 (0,96)	1,00	5,00	0,32***	0,50***	1											
4.Aprendizagem organizacional - melhoria continua	3,84 (0,87)	1,00	5,00	0,78***	0,48***	0,45***	1										
5.Percepções gerais sobre a segurança do doente	3,39 (0,78)	1,50	5,00	0,44***	0,33***	0,40***	0,49***	1									
6.Comunicação e feedback acerca do erro	3,66 (0,96)	1,00	5,00	0,59***	0,55***	0,48***	0,68***	0,30***	1								
7.Abertura na comunicação	3,76 (0,90)	1,00	5,00	0,59***	0,45***	0,26**	0,54***	0,28**	0,69***	1							
8.Frequência da notificação	3,23 (1,01)	1,00	5,00	0,39***	0,35***	0,43***	0,48***	0,36***	0,59***	0,38***	1						
9.Trabalho entre unidades	3,40 (0,64)	1,50	5,00	0,46***	0,65***	0,56***	0,53***	0,42***	0,53***	0,45***	0,36***	1					
10.Dotação de profissionais	3,06 (0,78)	1,00	5,00	0,06	0,09	0,09	0,01	0,34***	-0,2	-0,01	0,09	0,11	1				
11.Transições	3,79 (0,73)	2,00	5,00	0,36***	0,38***	0,35***	0,40***	0,35***	0,38***	0,44***	0,37***	0,62***	0,24**	1			
12.Resposta ao erro não punitiva	3,29 (1,04)	1,00	5,00	0,36***	0,30***	0,78*	0,33***	0,40***	0,27**	0,36***	0,25***	0,36***	0,33***	0,38***	1		
Avaliação geral da segurança do doente	3,61 (0,71)	1,00	5,00	0,37***	0,41***	0,49**	0,48**	0,45**	0,48**	0,29**	0,35**	0,41**	0,07	0,23**	0,25**	1	
Número de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses	1,62 (1,33)	0,00	5,00	0,17	0,02	0,14	0,24**	0,17	0,26**	0,2*	0,40**	0,02	0,05	0,14	0,21*	0,24**	1

Nota. A tabela apresenta correlações de *Pearson* entre todas as dimensões e correlações de *Spearman* entre as duas questões adicionais e as dimensões. *** $p < .001$, ** $p < .01$.

Seguindo o procedimento descrito no trabalho de Eiras (2011) a percentagem de respostas negativas, neutras e positivas para as dimensões e respetivos itens foi calculada e é apresentada na Tabela 19. Tal como anteriormente descrito, as respostas do tipo “discordo fortemente”, “discordo”, “nunca” e “raramente” foram recodificados como negativas; as respostas do tipo “não concordo nem discordo” ou “por vezes” foram descritas como neutras; e as respostas do tipo “concordo”, “concordo fortemente”, “a maioria das vezes” e “sempre” foram descritas como positivas.

As dimensões que reuniram a maior percentagem de respostas positivas foram a dimensão 4 (Aprendizagem organizacional - melhoria contínua), a dimensão 1 (Trabalho em equipa) e a dimensão 11 (Transições), enquanto que as dimensões que reuniram a maior percentagem de respostas negativas foram a dimensão 10 (Dotação de profissionais), a dimensão 8 (Frequência da notificação) e a dimensão 12 (Resposta ao erro não punitiva).

A questão adicional E, subordinada à avaliação geral sobre a segurança do doente no Hospital, revelou também uma maior percentagem de respostas positivas por parte dos participantes, sendo a percentagem de respostas negativas inferior a 5%.

No que diz respeito à questão adicional G, subordinada ao número de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses, a Tabela 20 apresenta as percentagens de respostas a cada item. Os resultados revelaram que a maior percentagem da amostra respondeu 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses.

Utilizando um desenho intra-sujeitos, os resultados das escalas foram comparados entre os participantes. O modelo de Análise da variância revelou-se estatisticamente significativo, com uma magnitude de efeito moderada, $F(12,71, 0,70) = 18,08$, $p < .001$, $\eta^2 = .13$, indicando que as dimensões 1 (Trabalho em equipa), 4 (Aprendizagem organizacional - melhoria contínua), 7 (Abertura na comunicação) e 11 (Transições) apresentam os valores médios mais elevados. As médias e desvios padrão para cada dimensão são apresentadas na Tabela 18.

Tabela 19

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

Dimensões e questão adicional E do HSPSC	Itens	Negativas		Neutras		Positivas	
		Dimensão %	Item %	Dimensão %	Item %	Dimensão %	Item %
1.Trabalho em equipa	A1		11,0		8,7		80,3
	A3	7,9	7,8	33,1	8,7	59,1	83,4
	A4		7,8		15		77,1
	A11		17,3		18,1		64,5
2.Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	B1		24,4		23,6		52,0
	B2	25,2	20,4	27,8	22	37,0	57,4
	B3R		25,2		28,3		46,5
	B4R		18,1		17,3		64,6
3.Apoio à segurança do doente pela gestão	F1		12,5		22		65,3
	F8	21,3	18,1	35,4	22	43,3	59,8
	F9R		27,6		25,2		47,2
4.Aprendizagem organizacional - melhoria continua	A6		10,2		11,8		77,0
	A9	11,0	13,4	27,6	18,1	61,4	68,5
	A13		10,2		17,3		72,4
5.Percepções gerais sobre a segurança do doente	A10R		21,3		16,5		62,2
	A15	23,6	37,8	51,2	18,1	25,2	44,1
	A17R		22,0		20,5		57,5
	A18		21,3		26,0		52,7
6.Comunicação e feedback acerca do erro	C1		26,0		18,9		55,2
	C3	18,9	16,5	28,3	15,0	52,8	68,5
	C5		10,2		14,2		75,6
7.Abertura na comunicação	C2		10,2		15		74,8
	C4	14,2	18,1	32,3	14,2	53,5	67,7
	C6R		15,7		16,5		67,7
8.Frequência da notificação	D1		30,7		29,1		40,2
	D2	34,6	33,9	28,3	26,8	37,0	39,3
	D3		21,3		25,2		53,5
9.Trabalho entre unidades	F2R		37,8		29,1		33,1
	F4	15,7	16,5	63,0	31,5	21,3	52,0
	F6R		10,2		27,6		62,2
	F10		11,8		30,7		57,4
10.Dotação de profissionais	A2		35,4		18,1		46,5
	A5R	42,5	61,4	38,6	16,5	18,9	22,0
	A7R		27,6		15,0		57,4
	A14R		33,1		22,8		44,1
11.Transições	F3R		16,5		14,2		69,3
	F5R	12,6	9,4	33,1	19,7	54,3	70,8
	F7R		12,6		26,0		61,4
	F11R		10,2		18,1		71,7

Continua na página seguinte

Dimensões e questão adicional E do HSPSC	Itens	Negativas		Neutras		Positivas	
		Dimensão %	Item %	Dimensão %	Item %	Dimensão %	Item %
12. Resposta ao erro não punitiva	A8R		28,3		12,6		59,0
	A12R	33,1	27,6	33,9	12,6	33,1	59,8
	A15R		45,7		24,4		29,9
Avaliação geral da segurança do doente	E		4,7		36,2		59,1

Tabela 20

Percentagens de respostas da questão adicional G - Número de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses

Número de eventos/ocorrências registadas nos últimos 12 meses	(%)
Nenhum	24,4
1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	23,6
3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	29,9
6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	13,4
11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	4,7
21 relatórios ou mais de eventos/ocorrências	3,9

6.4. Relação entre a Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores e a Cultura de segurança do doente

Análises de correlação de *Pearson* permitiram identificar associações de magnitude baixa, moderada e elevada entre as subescalas SC, BO e STS e as dimensões da Cultura de segurança do doente. Concretamente, como se apresenta na Tabela 21, a subescala SC revelou uma associação positiva com a dimensão 1 (Trabalho em equipa), com a dimensão 2 (Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente), com a dimensão 4 (Aprendizagem organizacional - melhoria contínua), com a dimensão 5 (Perceções gerais sobre a segurança do doente), com a dimensão 6 (Comunicação e feedback acerca do erro), e com a dimensão 9 (Trabalho entre unidades). As subescalas BO e STS, por sua vez, revelaram correlações negativas com todas as dimensões da Cultura de segurança do doente. A questão adicional avaliação geral da segurança do doente revelou uma associação negativa

de magnitude baixa com a subescala BO, enquanto a questão adicional número de notificações não se revelou associar a nenhuma das subescalas da QVP.

Tabela 21

Correlações entre as variáveis dependentes do estudo

Dimensões e questões adicionais do HSPSC	SC	BO	STS
1-Trabalho em equipa	0,37***	-0,45***	-0,45***
2-Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	0,34***	-0,39***	-0,31***
3-Apoio à segurança do doente pela gestão	0,16	-0,29***	-0,22**
4-Aprendizagem organizacional - melhoria continua	0,43***	-0,39***	-0,34***
5-Perceções gerais sobre a segurança do doente	0,20*	-0,31***	-0,27**
6-Comunicação e feedback acerca do erro	0,18*	-0,24**	-0,27**
7-Abertura na comunicação	0,17	-0,32***	-0,36***
8-Frequência da notificação	0,11	-0,25**	-0,21*
9-Trabalho entre unidades	0,32***	-0,48***	-0,36***
10-Dotação de profissionais	0,06	-0,22*	-0,24**
11-Transições	0,08	-0,29**	-0,42***
12-Resposta ao erro não punitiva	0,15	-0,36***	-0,40***
Avaliação geral da segurança do doente	0,17	-0,20*	-0,16
Número de notificações	0,011	-0,04	-0,08

Nota. A tabela apresenta correlações de *Pearson* entre as dimensões e as subescalas SC, BO e STS e correlações de *Spearman* entre as duas questões adicionais e as subescalas SC, BO e STS.
 *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

7. DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados obtidos no presente estudo. Encontra-se dividido por quatro subcapítulos que cumprem a ordem sequencial dos objetivos estabelecidos na metodologia.

7.1. Fadiga por compaixão em Enfermeiros gestores

Duarte (2017a) apontou a ProQOL5, como uma escala que avalia os aspetos positivos e os negativos associados ao trabalho, que pode ser particularmente importante para a investigação do fenómeno e o desenvolvimento de intervenções com vista à melhoria da qualidade de vida dos profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir o BO e a FC, mas também promover a perceção de satisfação com o trabalho de cuidar de outros.

Os participantes do estudo apresentam resultados médios nas três dimensões da ProQOL5, correspondendo a valores moderados de SC e FC no *score*. Relativamente aos resultados estatisticamente significativos encontrados, na correlação das subescalas, a SC tem uma correlação estatística negativa com o BO e o STS, enquanto que, o BO e o STS apresentam uma correlação estatística positiva entre si, demonstrando assim, que a SC pode funcionar como fator protetor em relação ao BO e ao STS, e o BO e o STS, apesar de fenómenos distintos, partilham orientação no mesmo sentido (Stamm, 2010; Borges et al., 2019; Lee et al., 2021).

Simultaneamente, os participantes apresentam também, médias mais elevadas de SC, do que de BO ou de STS. Os valores dos *scores* nos pontos de corte, comparados com os valores de Stamm (2010) e Carvalho e Sá (2011), apresentam valores médios superiores de SC e valores médios inferiores de BO e STS, que estão de acordo com os estudos em contexto português de Borges et al. (2019) e Batalha et al. (2020), ambos com Enfermeiros.

Apesar da literatura escassa, existe a possibilidade de comparação dos resultados do presente estudo com outras investigações, com o mesmo tipo de população e instrumento. No que diz respeito à dimensão SC, Remegio et al. (2021) nos Estados Unidos da América, em pesquisa com participantes membros da *American Organization for Nursing Leadership*,

apresentam resultados médios na SC muito similares ao presente estudo. Também, Lisle et al. (2020) num estudo comparativo em Enfermeiros com diferentes categorias profissionais (*Nurse managers, Nurse leaders*), revelam resultados dos Enfermeiros gestores, que comparativamente ao presente estudo, apresentam resultados médios superiores em três pontos de SC.

Se bem que, por fim, Günüşen et al. (2021) num estudo em que implementaram um Programa de *Empowerment* Psicológico para Enfermeiros gestores identificaram antes da sua aplicação valores inferiores em dez pontos de SC, comparativamente ao presente estudo.

Sendo assim, tendo em conta os resultados obtidos nesta pesquisa, em que os participantes apresentam valores moderados de SC próximos do limite superior do *score*, o que de acordo com a literatura (Stamm, 2010; Félix, 2020), níveis mais elevados de SC significam maior satisfação do Enfermeiro gestor em relação ao trabalho, emergindo sentimentos de realização, satisfação e prazer em desempenhar as funções laborais. Do mesmo modo, revelam maior comprometimento, empenho, resiliência e capacidade para lidar com situações no trabalho que causam stresse ou sentimento negativos, como são exemplo, a falta de dotações seguras ou conflitos na relação com a equipa de trabalho, entre outros.

Como descrito pela autora do modelo (Stamm, 2010), a QVP é a qualidade que cada profissional sente a desempenhar funções como cuidador, equilibrando o polo positivo (SC) e o polo negativo (FC), se a SC apresenta valores mais elevados, maximiza a sensação de bem-estar do profissional e reduz o risco de FC. A SC está em sinergia com um ambiente de trabalho positivo e conseqüentemente melhor desempenho laboral. O estímulo da implementação de estratégias para promover a SC está dependente também da liderança, Stamm (2010) refere que estes profissionais devem beneficiar de oportunidades para desenvolver a formação, assim como, de compromisso por parte da organização na progressão profissional.

Relativamente ao BO, Lisle et al. (2020) apresentam resultados médios muito similares aos reportados no presente estudo. Já Remegio et al. (2021) descrevem resultados apenas um ponto acima. Todavia, no estudo de Günüşen et al. (2021) os Enfermeiros gestores revelam resultados médios inferiores em dois pontos de BO. Tendo em conta o presente estudo, os Enfermeiros gestores apresentam valores moderados de BO, apesar de muito próximos do limiar inferior do *score*, denunciando algum sentimento de insucesso, falta de eficácia e incapacidade para resolver e lidar com os problemas do contexto do trabalho (Stamm, 2010).

Do mesmo modo, no que concerne ao STS, Lisle et al. (2020) apresentam resultados médios muito similares aos reportados no presente estudo e Remegio et al. (2021) descrevem resultados apenas um ponto acima. Por seu lado, Günüşen et al. (2021) revelam resultados médios inferiores em oito pontos de STS, pese embora, a colheita de dados ter sido pré-pandémica (2018). Os dados mostram que os Enfermeiros gestores apresentam valores

moderados de STS, resultado da exposição a eventos traumáticos decorrentes da prestação de cuidados (Stamm, 2010) e/ou às suas funções de liderança de equipas de Enfermeiros, que podem invadir a vida pessoal por “contágio emocional” (Lago, 2013). A pandemia por COVID-19 potenciou esta exposição traumática dos Enfermeiros, nomeadamente, pelo medo da doença (no hospital e na comunidade), pelo aumento da mortalidade, pelas extensas horas de trabalho e pelas responsabilidades assumidas no controlo da pandemia (Borges et al., 2021; Ventura et al., 2022).

De acordo com o exposto, a FC pode ter consequências na saúde mental (Stamm, 2010) dos Enfermeiros gestores e gerar incapacidade para o trabalho (Coimbra, 2021), dado que valores mais elevados de FC potenciam maior risco de depressão, ansiedade e stresse, assim como, de processos psicológicos para evitar pensamentos e sentimentos perturbadores, desaguando em ausência de autocompaixão, associados à dificuldade de regulação emocional (Cruz, 2014; Buselli et al., 2020). Cruz (2014) refere ainda que a valores mais baixos de FC corresponde a maior capacidade empática e de autocompaixão.

Em síntese, o presente estudo corrobora com outros, quanto à presença do fenómeno de FC em Enfermeiros gestores (Lisle et al., 2020; Remegio et al., 2021). Os resultados replicam os de investigações anteriores (Remegio et al., 2021), e neste sentido, contribuem para a evidência científica sobre os constructos em estudo.

7.2. Relação entre a Fadiga por compaixão e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros gestores

No presente estudo, a associação da ProQOL5 com as variáveis sociodemográficas e profissionais, revela que, os participantes do sexo masculino apresentam médias superiores de BO, em relação ao sexo feminino. Assim como, os participantes com filhos apresentam médias superiores de SC. No que diz respeito às variáveis profissionais, não são encontradas diferenças estatísticas significativas.

Estes resultados não corroboram na totalidade os estudos de Stamm (2010), Carvalho e Sá (2011) e Sarabia-Cobo (2021), uma vez que, os autores referem não existir diferenças estatísticas significativas com variáveis sociodemográficas.

Por outro lado, Borges et al. (2019) na análise comparativa da QVP dos Enfermeiros em função de características sociodemográficas e profissionais identificam diferenças significativas nas variáveis: grupo etário, sexo, experiência profissional e atividades de

lazer. Os Enfermeiros de idade igual ou superior a 36 anos apresentam médias superiores de SC e inferiores de BO. Os Enfermeiros mais jovens, do sexo feminino e com experiência igual ou inferior a onze anos evidenciam médias superiores de STS. Por fim, os que não realizam atividades de lazer apresentam médias superiores de BO e de STS.

Do mesmo modo, tendo em conta o mesmo tipo de população, Remegio et al. (2021) descrevem que os Enfermeiros gestores com mais de vinte anos de experiência profissional, apresentam médias superiores de SC e inferiores de BO e de STS. Assim como, quanto às habilitações académicas, os Enfermeiros gestores com Mestrado ou Doutoramento, apresentam médias superiores de SC comparativamente com os Bacharéis, acrescentando que, os Enfermeiros gestores com Doutoramento apresentam médias inferiores de BO e de STS. Apesar de, no presente estudo, esta variável não revelar resultados significativos com as dimensões da ProQOL5, verifica-se que mais de metade dos participantes têm Mestrado ou Doutoramento, denotando uma procura de maior formação académica, conhecimento, modelos de aprendizagem, estilos de liderança, para responder aos desafios emergentes com maior resiliência e capacidade de adaptação, tendo como objetivo último, melhorar a satisfação com o trabalho (Regulamento nº 656/2021, 2021). De igual modo, da variável idade emerge o facto que metade dos participantes têm idade superior a 50 anos, o que segundo o estudo de Sacco et al. (2015), vai ao encontro de que Enfermeiros com 50 anos ou mais evidenciam mais SC e menos em BO e STS.

Discorrendo acerca dos resultados obtidos quanto à variável sexo, a maior parte dos resultados de estudos anteriores com a ProQOL5 em Enfermeiros, apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo feminino, com valores mais elevados de BO (Borges et al., 2019), contrariamente ao presente estudo. A literatura escassa disponível, descreve os participantes do sexo masculino com valores mais elevados de FC (Jarrad et al., 2018), sem distinguir os valores do BO e do STS. Já estudos realizados com a utilização de outros instrumentos para avaliação do BO, referem que o sexo masculino apresenta níveis superiores de despersonalização e de exaustão emocional (Nunes, 2019; Oliveira, 2021). Numa perspetiva do desempenho do papel de líder do Enfermeiro gestor, Groves (2005) defende uma capacidade superior em termos de competências sociais e emocionais do sexo feminino em relação ao masculino, nomeadamente no desempenho de vários papéis sociais, relacionando também estas competências ao carisma e papel de agente de mudança (“*influencer*”) na performance da equipa, de forma a contribuir para um ambiente de trabalho saudável dentro das organizações.

Quanto à variável presença de filhos, Borges et al. (2019) não encontram resultados estatisticamente significativos num estudo com Enfermeiros. Recentemente, Orrù et al. (2021) utilizando outro instrumento, descrevem que os profissionais de saúde sem filhos exibem pontuações significativamente mais altas no *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS). Neste sentido, refletindo sobre os resultados do presente estudo, a presença de filhos pode funcionar como fator protetor da FC, explicado pela necessidade que o papel

parental exige no suprimento das necessidades dos filhos, potencialmente, descentrando a atenção no trabalho fora do horário laboral. Silva (2021) num estudo durante a pandemia por COVID-19, discorre que os indivíduos pertencentes a famílias com uma estrutura composta pelos subsistemas casal, parental e filial apresentam maior coesão, flexibilidade e resiliência, comparados com outras tipologias familiares, nomeadamente sem filhos, sugerindo que, favorecem o ajustamento à crise e disponibilizam mais recursos internos num contexto de adversidade, como é exemplo, a pandemia por COVID-19, na qual o apoio exterior foi limitado ou mesmo inexistente na gestão dos desafios. Esta evidência corrobora a importância da família para o indivíduo, para além dos recursos internos e do ambiente de trabalho para a sua satisfação profissional e recurso para lidar com as adversidades.

Para sintetizar, discorrendo dos resultados obtidos no presente estudo, pode-se afirmar que a FC é influenciada por fatores pessoais como o sexo e a presença de filhos, mas também, pela idade, experiência profissional (Borges et al., 2019; Remegio et al., 2021), prática de atividades de lazer (Borges et al., 2019) e habilitações académicas (Remegio et al., 2021).

7.3. Caracterização da Cultura de segurança do doente na perspetiva dos Enfermeiros gestores

A avaliação da Cultura de segurança do doente é uma ferramenta de gestão essencial para detetar e compreender falhas no sistema da organização hospitalar (Sorra & Nieva, 2004; Eiras, 2011; Despacho n.º 9390/2021, 2021). Sendo que, no presente estudo as dimensões que reúnem a maior percentagem de respostas positivas são a aprendizagem organizacional - melhoria contínua, o trabalho em equipa e as transições, enquanto que, as dimensões que reúnem a maior percentagem de respostas negativas são a dotação de profissionais, a frequência da notificação e a resposta ao erro não punitiva.

Relativamente às questões adicionais acerca da avaliação geral da segurança do doente e do número de notificações, a maioria dos participantes apresenta uma avaliação geral da segurança do doente positiva. Assim como, registou um a cinco relatórios de eventos/ocorrências nos últimos doze meses. De referir, que cerca de 24,4% da amostra não apresentou nenhum relatório de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses.

Quanto à Cultura de segurança do doente a partir dos resultados obtidos no presente estudo, nenhuma dimensão apresenta robustez (medida pelos critérios descritos na metodologia do instrumento HSPSC, as dimensões fortes do sistema são avaliadas em valores acima de 75% e as dimensões frágeis são avaliadas em valores inferiores ou iguais a 50%). Contudo, cinco

dimensões apresentam valores superiores a 50%, mas inferiores a 75%, sendo a mais positiva a dimensão aprendizagem organizacional - melhoria continua. Por outro lado, sete dimensões apresentam valores inferiores a 50%, sendo a mais negativa a dimensão dotação dos profissionais, denunciando perceções de fragilidades nos sistemas de organização hospitalar entre os participantes do estudo.

Comparando os resultados com os autores da versão original (Sorra & Nieva, 2004), verifica-se similaridade na maior percentagem de respostas positivas nas dimensões trabalho em equipa e aprendizagem organizacional - melhoria continua, assim como, maior percentagem de respostas negativas nas dimensões resposta ao erro não punitiva e dotação de profissionais. De forma inversa, o presente estudo apresenta as transições como uma dimensão mais positiva e as autoras apresentam como uma das mais negativas.

Por seu lado, Eiras (2011) no estudo para a validação do instrumento HSPSC para a versão portuguesa, revela que as dimensões que reúnem a maior percentagem de respostas positivas são o trabalho em equipa, a aprendizagem organizacional - melhoria continua e as expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, enquanto que, as dimensões que reúnem a maior percentagem de respostas negativas são a resposta ao erro não punitiva, a frequência da notificação e a dotação de profissionais. A mesma autora, relativamente às questões adicionais, a avaliação geral sobre a segurança do doente no hospital foi positiva (variando entre aceitável e muito bom). Também o registo de um a dois relatórios de eventos/ocorrências nos últimos doze meses foi o que reuniu maior percentagem de resposta, assim como, uma parte da amostra não apresentou nenhum relatório de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses. Portanto, os resultados da autora da versão portuguesa do instrumento, quando comparados com o presente estudo são bastante similares.

De igual modo, a Norma 5/2018 da DGS, atualizada em 2020, descreve os resultados das avaliações realizadas em 2014, 2016 e 2018, referindo algumas dimensões da Cultura de segurança do doente que necessitam de intervenção, nomeadamente, a resposta ao erro não punitiva, a frequência da notificação, a dotação de profissionais, entre outras, indo ao encontro dos resultados do presente estudo.

Salienta-se ainda, diferentes autores (Alquwez et al., 2018; Gunawan & Hariyati, 2019; Sanchis et al., 2020; Tlili et al., 2021) que aplicaram o mesmo instrumento em Enfermeiros noutros contextos, obtendo resultados sobreponíveis ao presente estudo. Tendo em conta o contexto português, Freire (2017) descreve resultados muito similares ao presente estudo, no que diz respeito às dimensões com maior percentagem de respostas positivas, o trabalho em equipa e as transições, assim como, com maior percentagem de respostas negativas, a frequência de notificação e a resposta ao erro não punitiva. Igualmente, Batalha et al. (2019a), descrevem como dimensão com maior percentagem de respostas positivas o trabalho em equipa.

Turunen et al. (2013), relatam que os Enfermeiros gestores tendem a avaliar as dimensões do HSPSC mais positivamente do que Enfermeiros de outras categorias. Destacam as dimensões com resultados diferentes, as percepções gerais sobre a segurança do doente, a comunicação e feedback acerca do erro e as expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente.

Tendo em consideração igual instrumento e população, Xie et al. (2017) avaliam a Cultura de segurança do doente pelos Enfermeiros gestores antes da implementação do Programa de Treino em Cultura de Segurança na China. As dimensões que reúnem a maior percentagem de respostas positivas são a aprendizagem organizacional - melhoria contínua, o trabalho em equipa, as expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente, e as dimensões que reúnem a maior percentagem de respostas negativas são a dotação de profissionais, a resposta ao erro não punitiva e a frequência da notificação, corroborando os resultados do presente estudo.

Assim, os resultados obtidos são congruentes com a literatura pré-existente de estudos com Enfermeiros portugueses (Freire, 2017; Batalha et al., 2019b) e com Enfermeiros gestores (Xie et al., 2017). No contexto da pandemia por COVID-19, os Enfermeiros gestores são sujeitos a uma multiplicidade de desafios prementes, enfatizados pela necessidade de rápidas alterações de estruturas e recursos para garantir os cuidados de enfermagem. Em momentos de crise ou mudança, mais uma vez, o tipo de liderança influencia o comportamento da iniciativa orientada dos seguidores (Moura et al., 2019), nomeadamente, a existência de uma rápida aprendizagem organizacional, um bom trabalho dentro da equipa e cooperação entre unidades.

Por outro lado, destaca-se a necessidade de intervenção em todas as dimensões da Cultura de segurança do doente, sendo que, a dotação de profissionais é identificada como a mais negativa, também fruto da necessidade de redistribuição dos profissionais para responder à pandemia por COVID-19 (OMS, 2021). A evidência aponta para a dotação de profissionais ser um dos mais importantes preditores da segurança do doente, superado apenas, pelo apoio à segurança do doente pela gestão (Lee & Dahinten, 2021; Tlili et al., 2021). Tal, confirma a importância do adequado rácio de recursos humanos para os processos de trabalho em enfermagem (OE, 2014), como também, do papel dos Enfermeiros gestores e administradores nas políticas de gestão das organizações. Por fim, continua a persistir a necessidade de mudança de pensamento relativamente à resposta ao erro e à notificação de eventos adversos (Despacho n.º 9390/2021), perdurando o medo de represálias e a falta de compreensão dos objetivos da notificação, quando estes, são motores da aprendizagem e melhoria contínua na construção de ambientes seguros, e assentam sobretudo na comunicação que deve existir entre os Enfermeiros, a equipa, os gestores e o sistema.

Em síntese, o presente estudo contribui para adequar projetos de melhoria contínua, sugerindo as dimensões com necessidade de intervenção por ordem prioritária, baseadas no

presente estudo e noutros dentro do mesmo contexto, com vista à otimização da Cultura de segurança do doente das organizações.

7.4. Relação entre a Fadiga por compaixão e a Cultura de segurança do doente

Os fatores que influenciam a FC estão em grande parte relacionados com o ambiente de trabalho, a organização, a perspetiva profissional e os fatores pessoais (Yilmaz & Üstün, 2018; Perez-Garcia et al., 2020). Os resultados obtidos no presente estudo revelam associações entre as subescalas SC, BO e STS e as dimensões da Cultura de segurança do doente. Concretamente, a SC apresenta uma associação positiva com o trabalho em equipa, as expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, a aprendizagem organizacional - melhoria contínua, as perceções gerais sobre a segurança do doente, a comunicação e feedback acerca do erro, e o trabalho entre unidades. As subescalas BO e STS, por sua vez, revelam correlações negativas com todas as dimensões da Cultura de segurança do doente. Por fim, a avaliação geral da segurança do doente apresenta uma associação negativa com a subescala BO, enquanto o número de notificações não se associa a nenhuma das subescalas da QVP.

Pese embora, a escassez significativa de estudos, Batalha et al. (2019b) num estudo com Enfermeiros portugueses utilizam a ProQOL5 e as cinco primeiras dimensões da Secção A do HSPSC. Os resultados revelam a associação positiva moderada entre a SC e quatro das dimensões: aprendizagem organizacional - melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, trabalho em equipa e dotação de profissionais. E ainda, revelam correlação negativa moderada entre o BO e todas as dimensões pesquisadas, para além das enumeradas acima, também a resposta ao erro não punitiva. Tal como, revelam associação negativa entre o STS e as dimensões dotação de profissionais, perceções gerais sobre a segurança do doente e resposta ao erro não punitiva.

Recentemente, Batalha (2021), de forma inversa, num estudo com Enfermeiros no Brasil, refere que a Cultura de segurança do doente não apresenta correlação com a SC. Porém, apresenta correlação negativa entre o BO e as dimensões trabalho em equipa, perceções gerais sobre a segurança do doente, dotação de profissionais, transições, trabalho entre unidades e avaliação geral da segurança do doente. Mas também, apresenta correlação positiva entre o STS e a dimensão comunicação e feedback acerca do erro.

Refletindo acerca dos resultados do presente estudo e demais, um ambiente de trabalho saudável, promotor da SC, requer trabalho em equipa e entendimento com outras unidades,

liderança, dinamização de projetos de melhoria contínua e comunicação eficaz, de forma a contribuir para a QVP dos Enfermeiros gestores e, por conseguinte, a satisfação com o trabalho. Do mesmo modo, os níveis do BO e do STS são influenciados negativamente por todas as dimensões deste instrumento. Assim, os resultados sugerem que, quanto melhor percepção da Cultura de segurança do doente da organização hospitalar, menor probabilidade de FC nos Enfermeiros gestores.

Assim sendo, o presente estudo vai ao encontro da literatura que identifica a coesão da equipa de trabalho e o comprometimento organizacional como fatores protetores de FC e promotores de SC e de satisfação profissional (Li et al., 2014; Batalha et al., 2019a). Emergem as dimensões trabalho em equipa e dotação de profissionais como fator comum preventivo da FC. E de um ponto de vista mais lato, a QVP dos Enfermeiros é sobretudo influenciada pela dotação segura dos profissionais, pelo equilíbrio trabalho-família, pelas iniciativas, pela segurança no trabalho, pelo stresse, pela satisfação profissional e pelo comprometimento com o trabalho (Vasiliki, 2020).

Por conseguinte, os presentes resultados corroboram os de outros estudos que usam as mesmas medidas, sugerindo consistência dos resultados nas diferentes culturas em que foi usado (no entanto, isto só pode ser sugerido e não afirmado, porque para tal, era necessário estudar a invariância da medida entre as diferentes culturas).

Importa ainda refletir acerca do papel do Enfermeiro gestor na prevenção de riscos psicossociais relacionados com o trabalho (AESST, 2021; DGS, 2021), tendo em conta o perfil de competências inerentes ao domínio da gestão (Regulamento n.º 101/2015, 2015), nomeadamente, como gestor de recursos humanos, assegurando as dotações seguras, o trabalho cooperativo e a comunicação eficaz; como gestor de risco clínico e não clínico, promovendo ambientes seguros; como impulsionador do desenvolvimento da equipa, através da formação e da integração da equipa em decisões que a todos dizem respeito; e por fim, como promotor de uma prática profissional baseada na evidência.

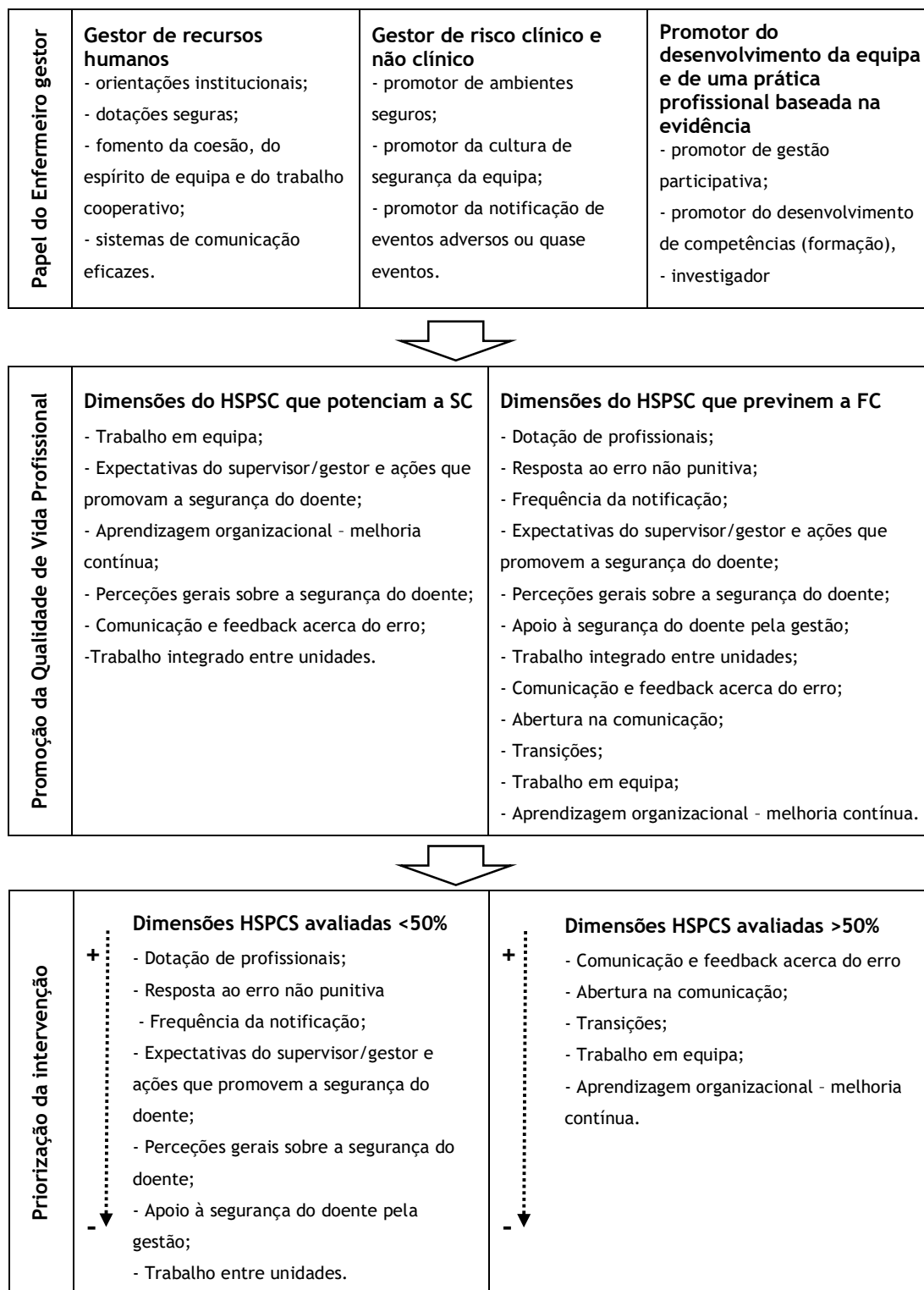
A este perfil de competências está também inerente o desenvolvimento de estratégias para prevenir a FC a partir de programas de *mindfulness*, técnicas de autoajuda, “*journaling*”, entre outros. Da mesma forma, uma vez que o presente estudo demonstrou uma associação negativa entre a FC e todas as dimensões da Cultura de segurança do doente, promover um ambiente seguro e transparente, através da motivação da equipa para a melhoria contínua da organização a partir das notificações, encontrando oportunidades sem culpar (Uva, 2021), fomentando o trabalho de equipa, promovendo uma gestão participativa, entre outros. Quando as organizações implementam programas com o objetivo de os profissionais terem melhor QVP, estão a demonstrar que reconhecem que o ambiente do trabalho pode afetar o profissional (Stamm, 2010).

Os resultados do presente estudo são um contributo para os Enfermeiros gestores priorizarem a sua atuação nas dimensões da Cultura de segurança do doente, de forma a

prevenir o fenómeno da FC e garantir a saúde mental dos profissionais. A Figura 4 sistematiza os principais resultados.

Figura 4

Contributos para o Enfermeiro gestor na otimização da Cultura de segurança do doente e na promoção da QVP



A amplificação da temática nas organizações hospitalares é necessária. Os Enfermeiros devem ter líderes consciencializados para o fenómeno da FC, assim como, para a influência que o seu estilo de liderança tem na dinâmica do trabalho, sobretudo nas questões relacionadas com as dimensões da Cultura de segurança do doente. Assegurando que, as relações entre os profissionais devem ser baseadas na confiança mútua, na comunicação e na partilha de perceções (Despacho n.º 9390/2021).

Em súmula, os Enfermeiros gestores devem ser promotores de estratégias junto dos pares e administradores para prevenir a FC e incrementar a QVP. A investigação do fenómeno gera oportunidades de identificar a vulnerabilidade dos Enfermeiros gestores à FC, e reunir informação para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e por consequência melhor QVP.

CONCLUSÃO

Os Enfermeiros gestores estão expostos a um conjunto de fatores de risco no ambiente de trabalho que potenciam a FC, o que representa uma ameaça à saúde mental e por conseguinte à QVP. A pandemia por COVID-19 veio potenciar o risco, sendo os Enfermeiros considerados os profissionais de saúde em maior risco de desenvolver FC (Coimbra et al., 2021), perturbando os processos de trabalho e provocando sobrecarga física e mental para responder às necessidades prementes, colocando não só em risco a saúde dos profissionais, mas também a segurança do doente.

No que diz respeito aos resultados obtidos, cumprem na totalidade os objetivos de investigação definidos e permitem aferir o seguinte:

- . Os Enfermeiros gestores apresentam valores moderados de SC e FC no *score* da ProQOL5.
- . A FC é influenciada por fatores pessoais como o sexo e a presença de filhos.
- . Existe necessidade de intervenção em todas as dimensões da Cultura de segurança do doente dos sistemas de organização hospitalar da amostra do estudo. Sendo que, as dimensões que reúnem a maior percentagem de respostas positivas são a aprendizagem organizacional - melhoria contínua, o trabalho em equipa e as transições.
- . Quanto melhor perceção da Cultura de segurança do doente da organização hospitalar, menor probabilidade de FC nos Enfermeiros gestores, uma vez que existe uma associação negativa entre a FC e todas as dimensões da Cultura de segurança do doente.
- . Os Enfermeiros gestores devem adequar projetos de melhoria contínua, sugerindo as dimensões com necessidade de intervenção por ordem prioritária, com vista à otimização da Cultura de segurança do doente e à promoção da QVP.

O perfil de competências do Enfermeiro gestor integra a gestão de recursos humanos, do risco clínico e não clínico e a promoção do desenvolvimento da equipa e de uma prática profissional baseada na evidência. Por tudo isto, deve desenvolver estratégias para prevenir a FC através de programas internos dirigidos aos Enfermeiros gestores e outras categorias, que privilegie o bem-estar mental do indivíduo e da equipa, através de um melhor equilíbrio trabalho-família, de programas de *mindfulness*, técnicas de autoajuda, habilidades de comunicação, “*journaling*”, programas de supervisão de novos enfermeiros, suporte de pares, “*debrief*” ou treino de resiliência.

Do mesmo modo, e atendendo às dimensões da Cultura de segurança do doente, promover a aprendizagem, motivar a equipa para manter uma cultura de segurança justa na organização, priorizar a segurança dos profissionais, incentivar as notificações de eventos adversos numa perspetiva de melhoria e não de culpa, fomentar o trabalho de equipa e a gestão participativa, desenvolver rotinas e procedimentos de gestão, dando especial atenção às que demonstraram maior necessidade de intervenção.

A divulgação dos resultados obtidos em eventos e outros canais científicos contribuirá para o reconhecimento do ambiente de trabalho como fator importante na prevenção de riscos psicossociais. A ênfase das questões relacionadas com o trabalho junto de associações profissionais e outras organizações, nomeadamente a APEGEL, é uma mais valia para a visibilidade do problema entre pares.

No decorrer deste trabalho, a principal dificuldade foi a adesão dos participantes ao estudo, havendo necessidade de persistência na divulgação, também provavelmente devido ao país estar a vivenciar a quinta vaga por COVID-19, durante o período da recolha de dados, e os profissionais estarem sob pressão, pelo que a APEGEL, os membros e associados desempenharam um papel fundamental na divulgação do estudo.

Por fim, o estudo apresenta como limitação o seu desenho transversal, não permitindo a extrapolação dos resultados obtidos. Seria interessante, considerar em estudos futuros, um desenho longitudinal da avaliação das dimensões da ProQOL5 e do HSPSC, pois envolvem fatores internos e externos ao indivíduo que poderão sofrer mudanças ao longo do tempo por motivos pessoais ou relacionados com a organização do trabalho, como a liderança, a coesão da equipa, a dotação de profissionais, a segurança do trabalho, entre outros. Salienta-se ainda, a importância do presente estudo como fonte de comparação em próximas investigações considerando o contexto pandémico em que este foi realizado.

Considera-se também importante cruzar a FC e a Cultura de segurança do doente com outras variáveis como são exemplo a capacidade de resiliência, os mecanismos de *coping* ou os estilos de liderança. De igual modo, estudos futuros devem considerar a avaliação dos constructos em apreço na presente investigação, comparando-os entre amostras de diferentes países, de modo a avaliar a validade do constructo e invariância de medida entre participantes. Tal proporcionará estudar as realidades profissionais dos Enfermeiros gestores dos diferentes países, permitindo um estudo comparativo das realidades profissionais que contribuem para resultados mais favoráveis das dimensões da ProQOL5 e do HSPSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R., Boscarino, J., & Figley, C. (2006). Compassion fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *Am J Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2021). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Alanazi, F. K., Sim, J., & Lapkin, S. (2022). Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. *Nursing Open*, 9, 30-43. <https://doi.org/10.1002/nop2.106>
- Alquwez, N., Cruz, J. P., Almoghairi, A. M., Salman, R., Almutairi, K. O., Alicante, J., & Colet, P. C. (2018). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia: Patient Safety Culture. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3).
- Alsalem, G., Bowie, P., & Morrison, J. (2018). Assessing safety climate in acute hospital settings: a systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. *BMC Health Services Research*. 18:353 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3167-x>
- Andri, L., & Soewondo, P. (2018). Nurses' Perception of Patient Safety Culture in the Hospital Accreditation Era: A Literature Review. *Knowledge E*. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i9.3558>
- Areosa, J., & Queirós, C. (2020). Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *International Journal on Working Conditions*, (20), 71-90. <https://doi.org/10.25762/abh3-qh73>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança - APEGEL (2021). *Relatório e Contas 2021*. <https://www.associapro.com/socios/documentos.aspx>
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. Lidel.
- Bartonickova, D., Kalankova, D., & Ziakova, K. (2021). How to measure patient safety culture? A literature review of instruments. *Acta medica Martiniana*, 21/2. <https://doi.org/10.2478/acm-2021-0010>
- Batalha, E., Melleiro, M., Queirós, C., & Borges, E. (2019a, 29 março). *Trabalho em equipe e cultura de segurança dos doentes - um estudo com Enfermeiros* [Poster]. International Congress of Occupational Health Nursing - ICOHN 19. Universidade de Aveiro. 1ª edição, 70-74. https://www.researchgate.net/publication/334307447_Trabalho_em_equipe_e_cultura_de_seguranca_dos_doentes-um_estudo_com_Enfermeiros
- Batalha, E., Melleiro, M., & Borges, E. (2019b, 26-28 junho). *Nurses professional quality of life and its relationship with patient safety: preliminary results* [Comunicação oral]. Anais da 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem. Associação Portuguesa de Enfermeiros. p. 45-46. <https://www.apenfermeiros.pt/wp-content/uploads/2020/06/eBook-15%C2%AA-CIIE.pdf>

- Batalha, E., Melleiro, 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), 25-33. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0278>
- Batalha, E. (2021). *Cultura de segurança do paciente e sua relação com a Qualidade de vida profissional de trabalhadores de enfermagem* [Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem não publicada]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Beltrán, A. P., Gil, S. R. F., Ruiz, M. L., Ansótegui, M. L. A. V., González, R. F., & Larrea, A. M. (2013). The measurement of patient safety culture: a literature review. *Revista de Enfermería*, 36(9):50-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24245420/>
- Berg, G., Harshbarger, J. L., Ahlers-Schmidt, C. R., & Lippoldt, D. (2016). Exposing Compassion Fatigue and Burnout Syndrome in a Trauma Team. *Journal of Trauma Nursing*, 23(1), 3-10. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000172>
- Borges, E. M. N. (2018). *Enfermagem do trabalho - Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção*. Lidel.
- Borges, E. M. N., Fonseca, C. I. N. da 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. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>
- Borges, E. M. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Perceptions and experiences of nurses about their performance in the Covid-19 pandemic. *Revista Rene*, 2021;22:e60790. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
- Bouchard, L. (2019). Compassion Fatigue in Advanced Practice Registered Nurses. *Nursing Clinics of North America*, 54(4), 625-637. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.08.002>
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., 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(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- 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>
- Chegini, Z., Kakemam, E., Jafarabadi, M. A., & Janati, A. (2020). The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 19, 89. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>

- Coetzee, S., & Klopper, H. (2010). Compassion Fatigue within Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nurse and Health Sciences*, 12, 235-243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Coetzee, S., & Laschinger, H. (2018). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nurse and Health Sciences*, 20(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/nhs.12387>
- Cohen, J. (1988). *The Effect Size. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Abingdon: Routledge.
- Copeland, D. (2021). Brief Workplace Interventions Addressing Burnout, Compassion Fatigue, and Teamwork: A Pilot Study. *Western Journal of Nursing Research*, 43(2) 130-137. <https://doi.org/10.1177/0193945920938048>
- Coimbra, M., Ikegami, E., Fernandes, A., Júnior, J., & Ferreira, L. (2021). Fadiga por compaixão em profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(7). <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.17028>
- Cruz, B. (2014). *Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses*. [Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/27328>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde (2015) - *Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020*, 3882-(2). Diário da República 2ª série, Parte C n.º 28 - 10 de fevereiro de 2015. <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Diário da República 2ª série, n.º 102 - 27 de maio de 2015. <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Diário da República 2ª série, PARTE C - n.º187 - 24 de setembro de 2021: 96-103 <https://dre.pt/home/-/dre/171891094/details/maximized>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2018). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (Extensão 2018 - 2020)*. P. 9 https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/pnsoc_extensao-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
- Duarte, J. (2017a). 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*, 529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
- Duarte, J. (2017b). *Mindfulness and compassion: An exploration of related concepts and implications for psychological well-being* [Tese de Doutoramento em Psicologia,

Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra.
<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/34613>

- 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%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>
- 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>
- Eng, L., Nordström, J., & Schad, E. (2021). Incorporating compassion into compassion fatigue: The development of a new scale. *Journal of Clinical Psychology*, 77, 2109-2129. <https://doi.org/10.1002/jclp.23113>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Félix, F. (2020). *A Enfase no mundo interno e na fadiga de compaixão na prática da Medicina Familiar*. [Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais]. Repositório da Universidade de Évora.
<http://hdl.handle.net/10174/27924>
- Fernandes, A., & Queirós, P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência* III Série, (4), 37-48. <https://doi.org/10.12707/RIII1040>
- Ferreira, M. R. S. C. F. & Amendoeira, J. (2014). Estudo de adaptação e validação da Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem para a realidade portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*; 48(4), 690-7.
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400017>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th Edition, SAGE Publications Ltd.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 1-20). United States.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of selfcare. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
<https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2014). *A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience*.
<http://figley.blogspot.com/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). *Compassion Fatigue Self-Test*.
<https://nwdrugtaskforce.ie/wp-content/uploads/2013/01/Compassion-Fatigue-Handout-6.pdf>

- Forbes III, T. H., Wynn, J., Anderson, T., & Swanson, M. (2020). Understanding the peer, manager, and system influence on patient safety - A unique view of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Nursing Management*, 37-42. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000721828.72471.4a>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frankel, A., Graydon-Baker, E., Neppl, C., Simmonds, T., Gustafson, M., & Gandhi, T. K. (2003). Patient Safety Leadership WalkRounds. *Joint Commission journal on quality and safety*, 29(1), 16-26. [https://doi.org/10.1016/s1549-3741\(03\)29003-1](https://doi.org/10.1016/s1549-3741(03)29003-1)
- Freire, R. N. (2017). *Percepção dos Enfermeiros acerca da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado* [Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gentry, J., Baranowsky, A., & Dunning, K. (2002). The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue. Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.
- Ginsburg, L., Tregunno, D., Norton, P., Mitchell, J., & Howley, H. (2013). 'Not another safety culture survey': Using the Canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to measure provider perceptions of PSC across health settings. *BMJ quality & safety*, 23(2). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002220>
- Girerd-Genessay, I., & Michel, P. (2015). Should we establish patient safety leadership walkrounds? A systematic review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.08.005>
- Glette, M. K., Aase, K., & Wiig, S. (2017). The Relationship between Understaffing of Nurses and Patient Safety in Hospitals—A Literature Review with Thematic Analysis. *Open Journal of Nursing*, 7, 1387-1429. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.71210>
- Gomes, J. H. & Queirós, P. (2018). Prática clínica do Enfermeiro do Trabalho. In Borges, E. M. das N. (Ed). *Enfermagem do trabalho - Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção*. Lidel.
- Groves, K. (2005). Gender Differences in Social and Emotional Skills and Charismatic Leadership. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 11(3), 30-46 <https://doi.org/10.1177/107179190501100303>
- Gunawan, D., & Hariyati, R. T. S. (2019). The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermería Clínica*, 29(2), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.007>
- Günüşen, N. P., İnan, F. Ş., Erikmen, E., & Ürek, S. M. (2021). The Effect of Psychological Empowerment Program on Manager Nurses' on Distress and Professional Quality of Life. *Jer-Nursing.org; Journal of Education and Research in Nursing*, 18(2). <https://doi.org/10.5152/jern.2021.55476>
- 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://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/11253/pdf>
- Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., & Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.006>

- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Institute of Healthcare Improvement (2022). *Patient Safety Leadership WalkRounds*. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PatientSafetyLeadershipWalkRounds.aspx>
- International Council of Nurses (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho = Cuidados de qualidade*. International Council of Nurses. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
- International Council of Nurses (2020). *Our Aim*. ICN | a Voice to Lead. <https://2020.icnvoicetolead.com/our-aim/>
- International Labour Organization (2022). *Record of Proceedings 1C*. International Labour Conference - 110th Session. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_847510.pdf
- Jarrad, R., Hammad, S., Shawashi, T., & Mahmoud, N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0183-5>
- Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012). Concept Analysis. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(4), 388-395. <https://doi.org/10.1097/cnq.0b013e318268fe09>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118-120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
- Kavanagh, C. (2017). Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. *British Journal of Nursing*, 26(3), 159-165. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.159>
- Kim, S. (2013). Compassion Fatigue in Liver and Kidney Transplant Nurse Coordinators: A Descriptive Research Study. *Progress in Transplantation*, 23(4), 329-335. <https://doi.org/10.7182/pit2013811>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQOL-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(abril - junho), 213-221. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/abstract/?lang=pt>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lanier, J. (2019). Running on Empty: Compassion Fatigue in Nurses and non-professional caregivers. *The Bulletin*, 10-15. <https://www.nursingald.com/articles/19480-independent-study>
- Lee, H. J., Lee, M., & Jang, S. J. (2021). Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, and Burnout among Nurses Working in Trauma Centers: A Cross-Sectional

Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7228. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147228>

- 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, 7746. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157746>
- Li, A., Early, S., Mahrer, N., Klaristenfeld, J., & Gold, J. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.04.004>
- Lisle, L., Speroni, K. G., Aroom, W., Crouch, L., & Honigsberg, H. (2020). Differences in Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Work Environment Factors by Hospital Registered Nurse Type. *Online Journal of Issues in Nursing*, 25(3). Academic Search Complete. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol25No03PPT44>
- Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y., & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: a structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005>
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mennella, H., & Woten, M. (2018). *Risk Management: Creating a Culture of Safety*. Evidence based care sheet. Cinahl Information Systems.
- Moura, A., Hayashida, K., Bernardes, A., Zanett, A., & Gabriel, C. (2019). Charismatic leadership among nursing professionals: an integrative review. *Revista brasileira de Enfermagem*, 72 (1), 315-20. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0743>
- Nieva, V. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Journals - Quality & Safety*, 12(2), ii17-ii23. http://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 4364-4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.13766>
- Norma 5/2018 atualizada em 10/01/2020 da Direção Geral da Saúde (2018). 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>
- Norrman Harling, M., Högman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: Eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), Article 1785610. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1785610>

- Nunes, T. (2019). *Determinantes de burnout em enfermeiros do pré-hospitalar* [Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5547>
- O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., & Moss, C. (2019). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, Vol. 48, 100785. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.008>
- Oliveira, A. (2021). *Burnout nos enfermeiros e médicos durante a pandemia COVID-19*. [Tese de Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/23831/1/master_andre_campos_oliveira.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoes_seguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Organização Mundial da 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. https://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics*. Who.int. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 - Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Orrù, G., Marzetti, F., Conversano, C., Vagheggini, G., Miccoli, M., Ciacchini, R., Panait, E., & Gemignani, A. (2021). Secondary traumatic stress and Burnout in healthcare workers during COVID-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1). <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010337>
- Owens, R., Alfes, C., Evans, S., Wyka, K., & Fitzpatrick, J. (2020). An Exploratory Study of a 3-Minute Mindfulness Intervention on Compassion Fatigue in Nurses. *Holistic Nursing Practice*, 34(5), 274-281. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000402>
- Paradiso, L. (2018). Everyone is responsible for a culture of safety. *American Nurse: The official Journal of the American Nurses Association (ANA)*. <https://www.myamericannurse.com/everyone-responsible-culture-safety/>
- Pearlman, L. A., & Ian, P. S. M. (1995). Vicarious Traumatization: An empirical study of the effects os trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pedrosa, D. L. L. (2015). *Cultura de segurança do doente pediátrico* [Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria]. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.

- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2):129-134. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.25582>
- Pereira, J., Trindade, L., & Borges, E. (2021, 21-23 outubro). *Fadiga por compaixão em enfermeiros gestores: revisão integrativa da literatura* [Póster]. 11º Congresso APEGEL 2021. https://www.researchgate.net/publication/356556804_FADIGA_POR_COMPAIXAO_EM_ENFERMEIROS_GESTORES_REVISAO_INTEGRATIVA
- Pereira, J., Trindade, L., & Borges, E. (2022, 23-25 março). *Perceções dos Enfermeiros Gestores da Cultura de Segurança do Doente - Revisão integrativa da literatura* [Póster]. International Congress of Occupational Health Nursing (ICOHN 2022) https://www.researchgate.net/publication/360938478_P105_Percecoes_dos_Enfermeiros_Gestores_da_Cultura_de_Seguranca_do_Doente_-_Revisao_integrativa_da_literatura_Joana_Pereira
- Pérez-García, E., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Ramos-Pichardo, J. D., Fernández-Leyva, A., & Ruiz-Fernández, M. D. (2020). Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 469-478. <https://doi.org/10.1111/inm.12807>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 9ª edição. Artmed.
- Quillivan, R. R., Burlison, J. D., Browne, E. K., Scott, S. D., & Hoffman, J. M. (2016). Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(8), 377-AP2. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(16\)42053-2](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(16)42053-2)
- Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science*, 3, 297-336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
- Regulamento n.º 656/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 137/2021, Série II, páginas 173 - 191 - 16 de julho de 2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Regulamento n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República n.º 21/2018, Série II, p 3478 - 3487 - 30 de janeiro de 2018. <https://files.dre.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, Diário da República, 2ª série – N.º 48, p. 5948 -5952 - 10 de março de 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Remegio, W., Rivera, R. R., Griffin, M. Q., & Fitzpatrick, J. J. (2020). The Professional Quality of Life and Work Engagement of Nurse Leaders. *Nurse Leader*, 19 (1), 95-100. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.08.001>

- Repositório de instrumentos de medição e avaliação em saúde (2021). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
<http://rimas.uc.pt/instrumentos/categorias/seguranca-do-doente/>
- Rogers, B. (2011). O enfermeiro de saúde no trabalho. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª Edição, pp. 1070-1095). Lusodidacta.
- Rosenthal, R., Rosnow, R. L., & Rubin, D.B. (2000). *Contrasts and Effect Sizes in Behavioral Research. A Correlation Approach*. Cambridge University Press.
- Sacco, T., Ciurzynski, S., Harvey, M., & Ingersoll, G. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35 (4), 32-42.
<https://doi.org/10.4037/ccn2015392>
- Sanchis, D. Z., Haddad, M. C. F. L., Giroto, E., & Silva A. M. R. (2020). Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
- Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., de Lorena, P., Fernández-Rodríguez, Á., González-López, J.R., & González-Vaca, J. (2021). Burnout, Compassion Fatigue and Psychological Flexibility among Geriatric Nurses: A Multicenter Study in Spain. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 18, 7560.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147560>
- Sexton, J. B., Adair, K. C., Leonard, M. W., Frankel, T. C., Proulx, J., Watson, Sam R., Magnus, B., Bogan, B., Jamal, M., Schwendimann, R., & Frankel, A. S. (2018). Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Quality & Safety*, 27(4), 261-270. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006399>
- Shingler-Nace, A., Gonzalez, J. Z., & Heuston, M. M. (2018). Conquering compassion fatigue - Lessons learned for the nurse manager. *Nursing Management*, 49(12), 38-45. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000547836.02707.ee>.
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A., & Rosen, A. (2007). Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. *Health Services Research*, 24, 1999-2021. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x>
- Schmidt, M. & Haglund, K. (2017). Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *Journal of trauma nursing*, 24(5), 317-322. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000315>
- Silva, D. (2021). *Diversidade Familiar - Funcionamento e Resiliência da Família na Pandemia COVID-19*. [Tese de Mestrado em Psicologia Clínica Ramo de Especialização em Terapias Familiares e Sistémicas]. Instituto Superior Miguel Torga.
<https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/1316/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Diana%20Silva.pdf>
- Silva-Batalha, E. M. S., & Melleiro, M. M. (2016). Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. *HU Revista, Juiz de Fora*, 42(2), 133-142.
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2518/872>
- Silva-Batalha, E. M. S., & Melleiro, M. M. (2017). Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Baiana Saúde Pública*, 40(1), <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>

- 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>
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Prepared by Westat, under Contract N° 290-96-0004). Publication 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/AHRQ-Hospital-Survey-2.0-Users-Guide-5.26.2021.pdf>
- Sousa, L. M., Paúl, C., & Queirós, C. (2020). *Influência do stress, ansiedade e depressão na fadiga por compaixão em enfermeiros* [Poster]. 13º Congresso Nacional de Psicologia da saúde. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/126729/2/390548.pdf>
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 502-507. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300022>
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale* (2nd.). Eastwoods, LLC. https://www.researchgate.net/publication/340033923_The_Concise_ProQOL_Manual_The_concise_manual_for_the_Professional_Quality_of_Life_Scale_2_nd_Edition
- The Joint Commission (2018). *Supporting second victims*. Quick Safety. Division of Healthcare Improvement. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/newsletters/quick_safety_issue_39_2017_second_victim_final2pdf.pdf?db=web&hash=8B3AD29E1C947C4E39F09A547991D55B
- The Joint Commission (2021). *Patient Safety Systems (PS). Comprehensive Accreditation Manual for Hospital*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camh_04a_ps_all_current.pdf
- Tlili, M. A., Aouicha, W., Sahli, J., Zedini, C., Ben Dhiab, M., Mtiraoui, A., Said Latiri, H., Ajmi, T., Ben Rejeb, M., & Mallouli, M. (2021). A baseline assessment of patient safety culture and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 34 (4), 363-369. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.09.004>
- Torres, J. D. R. V., Cunha, F. O., Gonçalves, J. T. T., Torres, S. de A. S., Barbosa, H. A., & Silva, C. S. de O. e. (2018). Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. *Temas Em Saúde*, 18(3), 178-194. <https://doi.org/10.29327/213319.18.3-10>
- Turunen, H., Partanen, P., Kivst T., Miettinen M., & Vehviläinen - Julkunen, K. (2013). Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 19 (6), 609-617. <https://doi.org/10.1111/ijn.12112>

- Uva, A. S. (2021). *A Segurança do doente na perspetiva da interface com a saúde e a segurança do prestador de cuidados* [Palestrante]. II Jornadas de Gestão do Risco Hospitalar do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE.
- Vasiliki, K., Dafni, K., Panayota, S., & Chrysoula, L. (2020). Factors that influence nurses' work-related quality of life: Systematic literature review. *Nursing Care & Research*, (58), 226-241.
- Ventura, A., Cortez, C., Oliveira, T., Silva, A. (2022). O Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde durante a Pandemia por Covid-19. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, 13, 1-15. <https://doi.org/10.31252/RPSO.26.03.2022>
- Vogus, T., & Sutcliffe, K. (2007). The Safety Organizing Scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Med Care*, 45(1), 46-54. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244635.61178.7a>.
- Wahl, C., Hultquist, T. B., Struwe, L., & Moorel, J. (2018). Implementing a Peer Support Network to Promote Compassion Without Fatigue. *JONA - The Journal of Nursing Administration*, 48(12), 615-621. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000691>
- Waters, W. (2021). *Relationships between compassion fatigue and burnout a quantitative study of relationships between compassion fatigue and burnout to turnover intention in Alabama trauma center nurses* [Tese de doutoramento, Liberty University, School of Business]. <https://digitalcommons.liberty.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3993&context=doctoral>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 726-727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), E161-E169. <https://doi.org/10.1188/16.onf.e161-e169>
- Xie, J., Ding, S., Zhong, Z., Zeng, S., Qin, C., Yi, Q., Gong, L., & Zhou, J. (2017). A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Education in Practice*, 27, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.003>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>
- Xuanyue, M., Yanli, N., Hao, C., Pengli, J., & Mingming, Z. (2013). Literature review regarding patient safety culture. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 6, 43-49. <https://doi.org/10.1111/jebm.12020>
- Yılmaz, G. & Üstün, B. (2018). Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 205-211. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.86648>
- 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>

Zhang, Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing. *Medicine*, 97(26), e11086. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011086>

Zhang, Y. Y., Han, W. L., Qin, W., Yin, H. X., Zhang, C. F., Kong, C., & Wang, Y. L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810-819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>