



## Universidades Lusíada

Branco, Tiago de Sá Amaral Pereira, 1987-

### **Clima de segurança e stress entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira**

<http://hdl.handle.net/11067/747>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2014-02-06
<b>Resumo</b>	A presente investigação teve como objetivo estudar a relação entre clima organizacional de segurança e stress ocupacional nos enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira. A amostra é constituída por 69 enfermeiros. Os dados usados neste estudo resultam da aplicação do questionário de clima de segurança e do questionário de stress para profissionais de saúde (QSPS). Os resultados obtidos mostram que o clima organizacional de segurança não apresenta uma relação significativa com o stress ...
<b>Palavras Chave</b>	Stresse ocupacional, Cultura de empresa, Enfermeiros - Stresse ocupacional - Portugal - Amadora
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-FCEE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-03T00:50:47Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise  
Organizacional

## **Clima de segurança e stress entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira**

**Realizado por:**

Tiago de Sá Amaral Pereira Branco

**Orientado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

### **Constituição do Júri:**

Presidente:

Prof. Doutor Mário Caldeira Dias

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Arguente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Teresa Fortunato Pereira Esteves

Dissertação aprovada em: 22 de Janeiro de 2014

Lisboa

2013



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A**

Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise  
Organizacional

Clima de segurança e *stress* entre os enfermeiros da  
Clínica de Santo António da Reboleira

Tiago de Sá Amaral Pereira Branco

Lisboa

Dezembro 2013



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

Clima de segurança e *stress* entre os enfermeiros da  
Clínica de Santo António da Reboleira

Tiago de Sá Amaral Pereira Branco

Lisboa

Dezembro 2013

Tiago de Sá Amaral Pereira Branco

## Clima de segurança e *stress* entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da  
Economia e da Empresa da Universidade Lusíada de  
Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Gestão  
de Recursos Humanos e Análise Organizacional.

Área de especialização: Gestão de Recursos Humanos

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Manuela Marques  
Faia Correia

Lisboa

Dezembro 2013

## Ficha Técnica

**Autor** Tiago de Sá Amaral Pereira Branco  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia  
**Título** Clima de segurança e *stress* entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2013

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

BRANCO, Tiago de Sá Amaral Pereira, 1987-

Clima de segurança e stress entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira / Tiago de Sá Amaral Pereira Branco ; orientado por Maria Manuela Marques Faia Correia. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional, Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CORREIA, Maria Manuela Marques Faia, 1967-

#### LCSH

1. Stresse ocupacional
2. Cultura de empresa
3. Enfermeiros - Stresse ocupacional - Portugal - Amadora
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

#### LCSH

1. Job stress
2. Corporate culture
3. Nurses - Job stress - Portugal - Amadora
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. HF5548.85.B73 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus Pais, pelo amor, carinho e apoio incondicional oferecido ao longo de toda a minha vida, mesmo quando as minhas escolhas se apresentaram como as mais “longas”.

À minha Irmã, pela frontalidade e amizade sempre demonstrada.

À Vanessa, pelo amor, força, apoio, presença constante e altruísmo demonstrado.

À minha Avó, pela fé e sorriso sempre presentes.

Ao meu tio Fernando.

À Professora Doutora Maria Manuela Faia Correia pela disponibilidade constante, objetividade, partilha de conhecimentos e apoio durante esta importante fase da minha vida académica.

A todos os Professores, que contribuíram para a minha formação com sua experiência e partilha de conhecimentos.

À Enfermeira supervisora da Clínica de Santo António da Reboleira, pela colaboração no enriquecimento desta Dissertação.

À “La Familia”, pela amizade intemporal.

## **APRESENTAÇÃO**

### **Clima de segurança e *stress* ocupacional entre os enfermeiros Clínica de Santo António da Reboleira**

Tiago de Sá Amaral Pereira Branco

A presente investigação teve como objetivo estudar a relação entre clima organizacional de segurança e *stress* ocupacional nos enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira. A amostra é constituída por 69 enfermeiros. Os dados usados neste estudo resultam da aplicação do questionário de clima de segurança e do questionário de *stress* para profissionais de saúde (QSPS). Os resultados obtidos mostram que o clima organizacional de segurança não apresenta uma relação significativa com o *stress* ocupacional. Constata-se ainda que as dimensões de clima organizacional de segurança “Procedimentos de Segurança”, “Fluxo de informações de segurança” e “Gestão de segurança” estão relacionadas negativamente com o *stress* ocupacional. Apresentam-se também as conclusões e limitações da investigação, assim como algumas sugestões para melhoria do clima de segurança em enfermagem e propostas para futuras investigações.

**Palavras-chave:** clima organizacional de segurança; *stress* ocupacional; enfermagem



## **PRESENTATION**

### **Safety Climate and occupational stress among Clínica de Santo António da Reboleira's nurses**

Tiago de Sá Amaral Pereira Branco

This research aimed at studying the relationship between organizational safety climate and occupational stress in the nurses of Clínica de Santo António Reboleira. The sample consisted of 69 nurses. The data was collected via two questionnaires: the safety climate questionnaire and stress questionnaire for health professionals (QSPS). The results show that organizational safety climate has no significant relationship with occupational stress. Nevertheless, a negative relationship was found between the dimensions of organizational safety climate "Safety Procedures", "Information Flow Security" and "Security Management" and occupational stress. Furthermore, we presented the conclusions and limitations of the present research and some suggestions for improving the security climate in nursing and proposals for future investigations.

**Key-words:** organizational safety climate, occupational stress; nursing

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Ilustração 1 - Níveis da cultura e sua interação, segundo Schein (1984, p. 6) .....	17
Ilustração 2 - Modelo dinâmico da cultura organizacional de Hatch (1993, p. 685). ....	18
Ilustração 3 - Níveis de manifestação da cultura, segundo Hofstede (1991, p. 23). ....	19
Ilustração 4 - Dimensões culturais, segundo Trompenaars (1993, p. 23).....	20

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficientes Alfa de <i>Cronbach</i> das Dimensões de Clima de Segurança....	44
Tabela 2 - Coeficientes Alfa de <i>Cronbach</i> das Dimensões do QSPS.....	46
Tabela 3 - Número de itens, desvio padrão e média das dimensões do Clima de Segurança .....	47
Tabela 4 - Número de itens, desvio padrão e média das dimensões do QSPS.....	47
Tabela 5 - Correlação entre clima de segurança e <i>stress</i> ocupacional .....	48
Tabela 6 - Correlação entre clima de segurança e dimensões do QSPS .....	48
Tabela 7 - Correlações entre dimensões de clima de segurança e <i>stress</i> ocupacional .....	50
Tabela 8 - Correlação entre procedimentos de segurança e dimensões do QSPS .....	51
Tabela 9 - Correlação entre fluxo de informações de segurança e dimensões do QSPS .....	52
Tabela 10 - Correlação entre gestão de segurança e dimensões do QSPS.....	53
Tabela 11 - Correlação entre prioridade dada à segurança e dimensões do QSPS....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- AHRQ - Agency for health research and quality
- CLISA - Clínica de Santo António
- DP - Desvio-padrão
- ICN - International council of nurses
- M - Média
- OMS - Organização mundial de saúde
- QSPS - Questionário de *stress* para profissionais de saúde
- REPE - Regulamento do exercício profissional do enfermeiro
- RNAO - Registered nurses association of Ontario
- SPSS - Statistical package for social science
- RNAO - Registered nurses association of Ontario

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	11
2. Cultura organizacional.....	15
2.1. Dimensões da cultura organizacional .....	16
3. Cultura e clima de segurança.....	21
3.1. Dimensões de clima de segurança.....	23
3.1.1. Dimensão 1: Procedimentos de segurança .....	23
3.1.2. Dimensão 2: Fluxo de Informações de Segurança .....	24
3.1.3. Dimensão 3: Gestão de Segurança .....	25
3.1.4. Dimensão 4: Prioridade dada a segurança .....	25
4. <i>Stress</i> .....	27
4.1. <i>Stress</i> ocupacional .....	29
4.1.1. Modelos de <i>stress</i> ocupacional.....	30
5. Clima de segurança e <i>stress</i> ocupacional em enfermagem.....	33
6. Método .....	41
6.1. Amostra.....	41
6.2. Procedimento .....	41
6.3. Instrumentos.....	42
6.3.1. Questionário de clima de segurança.....	42
6.3.2. Questionário de <i>stress</i> para profissionais de saúde.....	44
6.3.3. Entrevista à Enfermeira supervisora da Clínica de Santo António da Reboleira .....	46
6.4. Apresentação e discussão dos resultados.....	46
7. Conclusões .....	55
Referências .....	59
Lista de anexos.....	69

## 1. INTRODUÇÃO

A cultura organizacional é uma qualidade grupal, composta por várias camadas de elementos como valores, normas, pressupostos básicos, artefactos e padrões de comportamentos dos seus trabalhadores em que os indivíduos são continuamente influenciados e influenciam a cultura organizacional do sítio onde trabalham (Santos & Gonçalves, 2010).

Nas décadas de 60 e 70 a atenção dada à cultura centrava-se apenas em questões económicas e em aspetos racionais das organizações, enquanto, nos dias que correm, o maior objetivo é entender a forma como os membros das organizações se ligam emocionalmente e subjetivamente entre si e à organização (Fineman, 1994 *apud* Campos e Dias, 2012). A cultura organizacional é, segundo Guldenmund (2000), determinante no sucesso de uma organização.

Segundo Luz (2003) *apud* Campos e Dias (2012) tudo na cultura organizacional de uma organização influencia e é influenciado pelos comportamentos dos grupos formados pelas pessoas que lá trabalham, sendo que o mesmo é também verdade para as atitudes e comportamentos destes para com a segurança, que é algo imprescindível para as organizações atingirem um ambiente equilibrado e sustentável.

A Cultura de Segurança como parte da cultura organizacional engloba em si as ideias, valores, atitudes, formas de estar e conjeturas que influenciam os indivíduos de uma organização nos seus comportamentos em questões de segurança (*Health and Safety Commission*, 2003), sendo o clima de segurança um fenómeno temporal instantâneo da cultura de segurança, mais volátil e transitório (Wiegmann, Zhang, Thaden, Sharma & Mitchell, 2002).

A cultura/ clima de segurança tem vindo a ser identificada como um elemento fundamental na melhoria da segurança dos profissionais e dos cuidados prestados por estes na área dos cuidados de saúde. Os serviços de saúde têm, por isso, seguido exemplos de conceitos de cultura de segurança de alta confiabilidade como a da energia nuclear ou da aviação, através da implementação de modelos de trabalho de equipa, criação de ambientes de trabalho seguros para os profissionais e doentes, de modo a tornarem-se altamente confiáveis (*ECRI Institute*, 2009).

Clima de segurança é um conceito comumente usado na medição das percepções e atitudes em relação à segurança dos indivíduos de uma organização (Guldenmund, 2000).

Segundo Couto (2011), o estudo sobre segurança no trabalho tem-se focado nos últimos tempos em questões acerca do clima organizacional de segurança (Oliver, Cheyne, Tomás e Cox, 2002), comportamentos seguros (Leather, 1987; Cox e Cox, 1991) e nível de *stress* profissional (Melamed, 1989).

O *stress* é um dos principais problemas de saúde atual e referido pela Organização Mundial de Saúde e pelas Nações Unidas como a doença do século XX, sendo que quando associado ao meio laboral, teve em 2002, na Europa dos 15, um custo estimado de 20 000 milhões de euros (União Europeia, 2002). Segundo Seabra (2008), além de um problema de saúde ocupacional que afeta o bem-estar do indivíduo física e psicologicamente, o *stress* é também responsável por importantes perdas produtivas e económicas das organizações.

As profissões ligadas ao cuidar, à relação direta entre indivíduos e/ ou ajuda são das mais stressantes, sendo que a Enfermagem tem sido apontada, pelos estudos mais recentes, como uma das mais stressantes no setor público (McIntyre, 1994).

Segundo Gershon, Stone, Bakken, e Larson (2004) em 2 conferências levadas a cabo pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, foram ressaltados os efeitos das condições de trabalho dos profissionais de saúde, na segurança dos doentes a quem prestam cuidados. Chegaram à conclusão que deveriam ser feitas, tendo em vista a saúde dos profissionais e a melhoria dos cuidados prestados por estes, intervenções na melhoria da cultura e clima organizacionais, incluindo clima de segurança.

Baumann (2007) espelha a profissão de enfermagem como mergulhada numa crise marcada pela escassez de profissionais que se deve em grande parte a ambientes de trabalho pouco seguros, pouco motivantes e muito stressantes, levando à diminuição do desempenho dos enfermeiros e, conseqüentemente, da qualidade dos cuidados prestados.

Esta investigação pretende analisar a relação entre clima organizacional de segurança e *stress* ocupacional nos Enfermeiros na Clínica de Santo António da Reboleira.

A presente dissertação encontra-se estruturada 7 capítulos. O primeiro capítulo corresponde à introdução. O segundo, terceiro e quarto capítulos apresentam a revisão bibliográfica, correspondendo à definição e modelos referentes aos conceitos de cultura organizacional, cultura de segurança e *stress*, correspondentemente. No quinto capítulo é apresentado o clima de segurança e *stress* ocupacional especificamente em enfermagem, em que, no final, é apresentada a pergunta de partida da investigação e as perguntas derivadas desta investigação. No sexto capítulo são descritas: a amostra, o procedimento, os instrumentos de avaliação (Questionário de Clima de Segurança e Questionário de Stress para Profissionais de Saúde) e, por fim, a apresentação e discussão de resultados. No último capítulo (conclusões) são identificados os aspetos mais significativos do estudo, as limitações e sugestões para futuras investigações.





## 2. CULTURA ORGANIZACIONAL

O conceito de cultura organizacional tem, segundo Schein (1990), uma origem recente, embora alguns conceitos como “normas” e clima já tivessem sido usados ao longo do tempo, o conceito de “cultura” só tem sido usado nas últimas décadas.

Neves (2000) realça que o termo “cultura”, aquando da sua origem, se referia a esta como um componente do sistema social, constituído pelos comportamentos, saber, crenças, arte, moral, lei, costumes e hábitos, adotados pelo homem como membro da sociedade.

Posteriormente, a cultura foi também objeto de análise de vários estudos sociológicos. A cultura organizacional passou a ser objeto de interesse a partir da década de 80, quando foi descrita como uma explicação para o bom desempenho de algumas organizações (Vicent, 2009 *apud* Schwonke, 2012).

Um dos conceitos de cultura organizacional mencionado pelos investigadores como o mais completo é o de Schein (*apud* Guldenmund, 2000, p. 250):

A cultura organizacional é o modelo dos pressupostos básicos que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros como a maneira correta para se perceber, se pensar e sentir-se em relação àqueles problemas.

Segundo Wilkson (2001) o conceito de cultura organizacional pode ser interpretado como sendo as crenças, normas e valores partilhados pelas pessoas que trabalham numa organização, sendo que esta pode influenciar, entre outros, a ação e comunicação entre profissionais.

A cultura organizacional faz com que os profissionais se identifiquem com a organização e com a sua missão, criando uma ligação considerada das mais importantes para o caminho do sucesso ou insucesso (Mohammadreza, Sogand & Omid, 2010).

Segundo Lee e Barnett (1997), a cultura organizacional exerce três funções primordiais: Legitimação das interpretações e dos comportamentos dos seus

membros; Motivação, porque fornece aos seus colaboradores uma estrutura motivacional hierarquizada; Integração social.

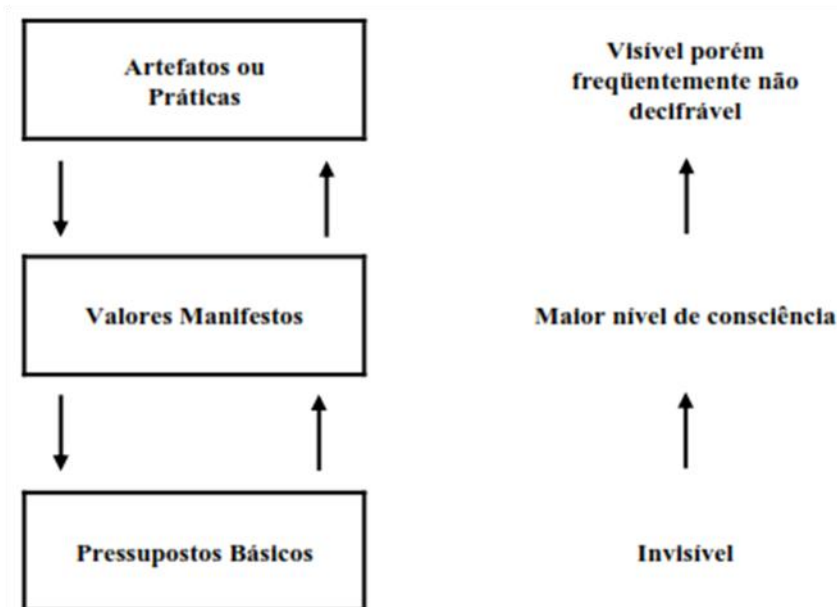
Clissold (2005) refere que as perceções de clima/cultura são o resultado da experiência e inter-relação dos profissionais na e com a organização, até um nível em que se tornam homogéneas. Através das perceções que têm, as pessoas adequam o seu comportamento ao apropriado na organização (Schneider, 1975 *apud* Clissold, 2005).

## **2.1. DIMENSÕES DA CULTURA ORGANIZACIONAL**

Se a cultura organizacional pode ser conceptualizada de inúmeras formas a partir dos seus elementos constitutivos, ela também pode ser analisada considerando-se a inter-relação que se estabelece entre tais elementos na estruturação do fenómeno cultural.

Autores como Hofstede (1991), Trompenaars (1993) e Hatch (1993) sugeriram modelos que procuram explicar a dinâmica cultural, seja hierarquizando os elementos constitutivos em dimensões ou camadas, de acordo com o nível em que se manifestariam no contexto organizacional, seja na procura de esclarecer os processos que se estabelecem entre os componentes do fenómeno cultural.

Para Schein (1984), a cultura organizacional manifesta-se em três níveis distintos: artefactos, valores manifestos e pressupostos básicos, conforme pode ser visto na ilustração 1. Estes elementos organizam-se, segundo Schein (2001, p.31) num contínuo “do muito visível ao muito tácito e invisível”. Os artefactos formam o nível mais superficial da cultura e englobam todos os fenómenos observáveis que são produzidos por um grupo, tais como: o ambiente físico, as cerimónias, criações artísticas a linguagem ou jargões, a tecnologia, entre outros. Também fazem parte deste nível: os comportamentos, as práticas e os processos organizacionais, por meio dos quais se rotinizariam estes comportamentos. Neste nível, a cultura é clara, tendo um impacto emocional imediato sobre seus membros. Os artefactos ou práticas, voluntariamente ou não, também acabam revelando informações importantes sobre os valores e pressupostos básicos compartilhados pelo grupo (Schein, 1985).



**Ilustração 1** - Níveis da cultura e sua interação, segundo Schein (1984, p. 6)

Os valores manifestos compõem o nível intermediário e englobam as normas e regras que dirigem o comportamento dos membros do grupo, uma vez que fornecem os princípios operacionais norteadores do funcionamento do quotidiano organizacional. Esses valores expressam a cultura manifesta de cada organização, orientando tanto o comportamento das pessoas quanto o da própria organização e transpareceriam nas metas, padrões, ideais, princípios morais, normas, códigos de conduta, relacionamento com clientes e sistemas de prémios adotados pela organização (Schein, 1985).

Os pressupostos básicos são o nível mais baixo e inclui valores, crenças e certezas compartilhadas, os quais foram internalizados, por meio de um processo de aprendizagem em conjunto, como sendo o modo correto de perceber, pensar e sentir a respeito das coisas. Assim, os pressupostos representam a certeza organizacional ou do “mundo” e sobre como obter sucesso nele (Schein, 2001).

Hatch (1993) assegura que, apesar do modelo de Schein (1985) ser importante no estudo da cultura organizacional, ele evidencia algumas deficiências conceptuais relacionadas com a importância dos símbolos e processos para a avaliação da cultura. A mesma autora explicita também que, as culturas para poderem ser descritas, devem-no ser a partir de processos de manifestação, realização, simbolização e interpretação.

Com a criação do seu modelo, Hatch (1993) acredita, conforme apresentado na Ilustração 2, que conseguiria unir o funcionalismo e o simbolismo, representados no modelo pelas orientações teóricas objetivista e subjetivista. Assim, representa-se a cultura como duas forças contrárias, uma direccionada à produção de artefactos e a outra orientada para a produção de significados.

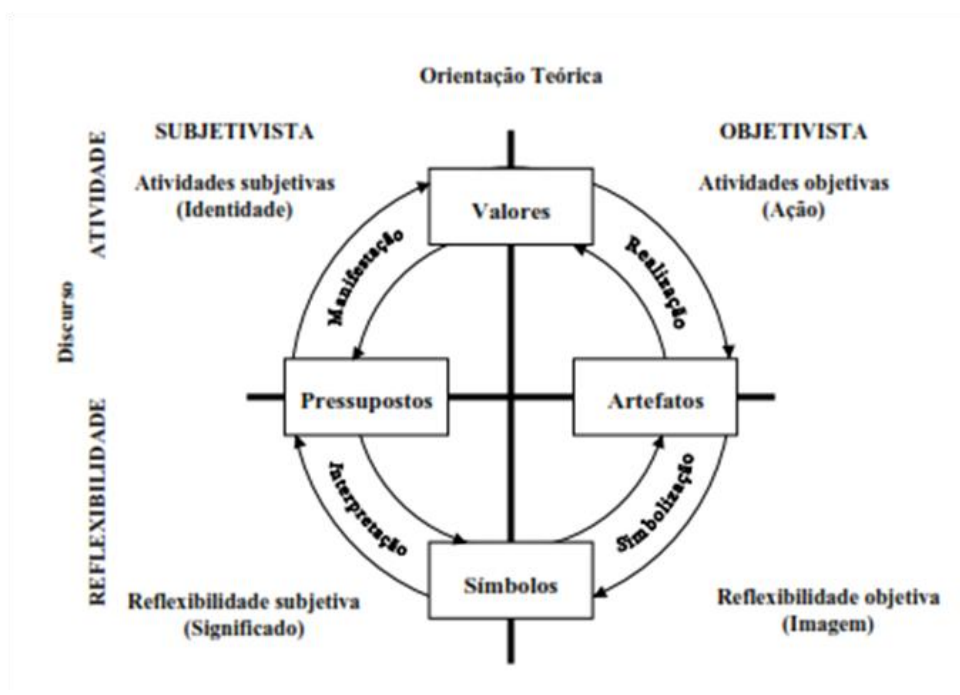


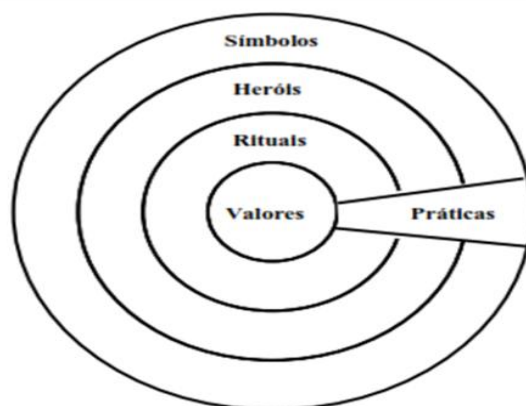
Ilustração 2 - Modelo dinâmico da cultura organizacional de Hatch (1993, p. 685).

No modelo de Hatch (1993), os pressupostos ligam-se aos valores e normas de comportamento que, por sua vez, influenciam a ação dos membros em determinado contexto cultural. As manifestações acontecem sempre que alguns valores específicos ou normas são evocados por meio da percepção, cognição ou emoção. A realização segue o processo de manifestação e refere-se à criação de algo real que deixaria o domínio da imaginação e passaria a existir na esfera da realidade material. A simbolização constituiria o processo cultural responsável pelo relacionamento entre artefactos e significados. No final, o modelo contempla a mudança cultural que poderia ser incitada por interferências dos líderes, pela criatividade dos membros da organização ou por influências externas. Em todos os casos, a mudança concretizar-se-ia na forma de artefactos e dos símbolos consequentemente produzidos.

Hofstede (1991) acredita que no seu modelo, os diversos elementos constituintes da cultura podem ser agrupados em quatro categorias: símbolos, heróis, rituais e valores.

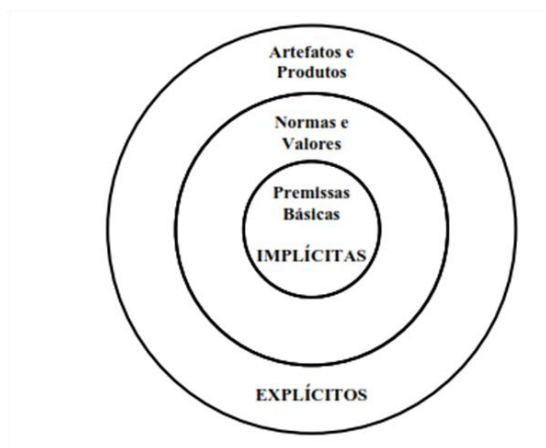
Estes elementos agrupam-se como as camadas, conforme explicitadas na ilustração 3, instituindo uma hierarquia de níveis entre eles. Assim, os símbolos representariam as manifestações mais superficiais, à medida que os valores constituiriam a dimensão mais profunda da cultura.

O modelo Hofstede (1991) reúne sob o termo práticas, os símbolos, heróis e rituais porque tais elementos, diferentemente dos valores, podem ser vistos por observadores externos. Assim, as práticas podem ser designadas como tradições, usos, convenções, hábitos ou costumes. O autor defende que, no nível organizacional, as diferenças culturais estão menos nos valores, pois estariam em grande parte já programados na mente das pessoas independentemente do grupo de pertença, e mais nas práticas, as quais são aprendidas por meio da socialização no ambiente de trabalho.



**Ilustração 3** - Níveis de manifestação da cultura, segundo Hofstede (1991, p. 23).

Por outro lado, Trompenaars (1993) propõe um modelo, delineado na ilustração 4, no qual mistura os modelos anteriormente descritos, assemelhando-se ao modelo de Hofstede (1991) quanto à disposição dos elementos culturais em camadas; contudo, o conteúdo expresso em cada dimensão aproxima-se daquele encontrado no modelo de Schein (1985).



**Ilustração 4** - Dimensões culturais, segundo Trompenaars (1993, p. 23).

No modelo Trompenaars (1993) os elementos que compõem o nível mais concreto ou explícito da cultura constituem a realidade observável de determinado contexto. Entretanto, os artefactos e produtos manifestam a simbolização dos valores e normas grupais, os quais, menos explícitos, ocupariam o nível intermediário no modelo. O nível mais superficial ou explícito, devido a maior tangibilidade, é responsável pelas percepções iniciais do indivíduo ao sentir uma nova cultura. Às normas cabe a formação de um sentido consensual para o grupo sobre o que seria certo ou errado. Na conceção de Trompenaars (1993), uma cultura seria estável quando as normas espelhassem os valores do grupo. Por último, o nível mais implícito da cultura, as premissas básicas, está relacionado com a maneira encontrada pelo grupo para lidar com seu ambiente, da forma mais eficiente possível, considerando-se os recursos disponíveis.

A adaptação do termo “segurança” à cultura aparece, pela primeira vez, conforme explicado na secção de “Cultura de Segurança”, onde é referido, entre outros o relatório inicial sobre o acidente de Chernobyl, da Agência Internacional da Energia Atómica [IAEA] (1986).

### 3. CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA

A cultura de segurança é parte da cultura organizacional de qualquer instituição, um subelemento, que representa o conjunto de crenças e valores que determina o comportamento dos seus membros em termos de segurança (Cooper, 2000). A cultura de segurança faz parte da cultura organizacional, espelhando, entre outros, as ações da organização que vão de encontro à segurança e à perceção que os colaboradores têm do que é feito pela organização, sendo que, quando presente, está incluída em todas as dimensões da cultura organizacional, desde os níveis mais explícitos aos menos explícitos (Hopkins, 2006).

Guldenmund (2000) define cultura de segurança como os aspetos da cultura organizacional que transparecem as atitudes e o comportamento dos membros da organização relativa à segurança do trabalho, referindo ainda cultura de segurança de uma organização, como sendo o produto de valores individuais e de grupo, assim como atitudes, competências e perceções que dão lugar a padrões de comportamento que demonstram o comprometimento e modo de atuação do indivíduo e organização com a gestão da saúde e segurança.

Segundo a *Health and Safety Commission* (2003), a cultura de segurança de uma organização é um conjunto de perceções, atitudes e competências, tanto grupais com individuais, que determinam o nível de comprometimento de uma organização para com a segurança.

A cultura de segurança diz respeito, portanto, às ideias, valores, atitudes e suposições que afetam os indivíduos de uma organização em relação às suas ações e perceções, de encontro a questões de segurança (*Health and Safety Commission*, 2003).

Segundo Hopkins (2006), é importante perceber a ênfase dada à segurança, com o objetivo de promover intervenções na cultura organizacional, quando necessário, tornando a segurança ocupacional uma prioridade.

Para Rogers (2004), uma organização, ao desenvolver uma cultura de segurança credível, positiva e eficaz, vai reduzir os acidentes de trabalho e, conseqüentemente, diminuir os custos, aumentar a moral dos colaboradores e a sua produtividade.

Segundo Katz-Navon, Naveh e Stern (2005), as organizações têm feito uso de regras e procedimentos, de modo a assegurar procedimentos e ações seguras. Ou seja, de



forma a garantir segurança e evitar ao máximo que os erros e consequentes lesões aconteçam, as empresas devem investir em programas de avaliação, gestão de risco/segurança e prevenção de acidentes, sendo que, a implicação da gestão de topo é determinante neste procedimento, na forma como envolve os colaboradores (Garcia, Boix & Canosa, 2004). Filho, Andrade e Marinho (2011) destacam ainda a importância da comunicação eficaz e confiança dos colaboradores nas medidas de segurança para uma cultura de segurança positiva.

Cox e Cheyne (2000) referem que o desenvolvimento de uma cultura de segurança eficaz é facilitadora da melhoria da estrutura organizacional e segurança ocupacional nas organizações. Também Rogers (2004), defende que uma organização possui uma cultura de segurança positiva quando possui a real percepção da eficiência desta, assim como do seu poder prognóstico e preditivo, devendo ser esta uma das prioridades da organização.

Wiegmann et al. (2002) referem também que o clima de segurança é um fenómeno temporal instantâneo da cultura de segurança, susceptível de mudança e relativamente instável, enquanto a cultura de segurança é uma característica menos volátil e mais duradoura que reflete a capacidade das organizações de lidarem com questões profundas acerca da segurança organizacional. O clima é, segundo Zohar (2000), considerado um dos aspetos informais chave para a segurança organizacional.

Clima de segurança é também um termo frequentemente utilizado na literatura, muitas vezes associado a cultura de segurança, podendo levar a alguma confusão entre os dois (Wiegmann et al. 2002). De forma a esclarecer alguns pontos que distinguem cultura de segurança e clima de segurança, Mohammadreza et al. (2010), referem o clima de segurança como um fenómeno psicológico, numa altura temporal específica, acerca da percepção de estado de segurança, composto por questões intangíveis, como fatores situacionais e ambientais.

Segundo Zohar (1980), o clima organizacional de segurança é um tipo particular de clima organizacional que reflete aquilo que os colaboradores percebem e praticam acerca da importância de realizar comportamentos seguros. Os primeiros estudos acerca do clima de segurança remontam aos anos oitenta, altura em que aconteceram alguns acidentes significativos como, por exemplo, a explosão de um reator central de Chernobyl na Ucrânia, em que se concluiu que os motivos do acidente foram para

além de motivos humanos e técnicos, mas também o baixo clima de segurança existente (IAEA, 1986).

Segundo Leape (2002) a real importância da implementação de programas formais de segurança e sistemas de gestão de risco ainda não está provada. Recentemente tem sido estudado qual o impacto e influência de aspetos informais na segurança, chegando-se à conclusão que estes podem também influenciar a segurança, por exemplo, na indústria dos cuidados de saúde (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999 *apud* Katz-Navon et al., 2005).

Tharaldsen, Olsen e Rundmo (2008), no seu estudo longitudinal acerca de clima de segurança em plataformas de petróleo na Noruega, identificaram como áreas críticas a gestão e envolvimento da segurança, a segurança versus produção, a prioridade na segurança, a motivação individual e compreensão do sistema.

Os procedimentos de segurança fazem parte da estrutura das organizações, conduzindo de forma particular o modo de atuar destas (Argote & Ingman, 2000 *apud* Katz-Navon et al., 2005).

As dimensões de clima de segurança apresentadas de seguida foram adaptadas por Katz-Navon et al. (2005) de modo a caracterizar o clima de segurança em unidades de saúde, área em que é desenvolvido o presente estudo, daí a apresentação das dimensões já direcionadas para tal.

### **3.1. DIMENSÕES DE CLIMA DE SEGURANÇA**

Duas das dimensões normalmente usadas no estudo do clima de segurança são as perceções dos empregados das práticas de segurança dos seus superiores imediatos e a perceção dos empregados da prioridade para com a segurança da unidade em que trabalham (Zohar, 2002). Katz-Navon et al. (2005) sugerem a introdução de mais duas dimensões que são apresentadas de seguida.

#### **3.1.1. DIMENSÃO 1: PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA**

A dimensão “procedimentos de segurança” está relacionada com a perceção que os colaboradores têm da importância dada pela organização aos detalhes e número de procedimentos a nível de segurança (Katz-Navon et al., 2005). De acordo com os

mesmos autores, embora os procedimentos sejam documentos formais das organizações, as percepções desses procedimentos variam de unidade de trabalho para unidade de trabalho.

Segundo Brunsson e Jacobsson (2000) *apud* Katz-Navon et al. (2005), as organizações dependem de procedimentos formais para que as funções sejam cumpridas em segurança. Alguns estudos apresentam relações positivas entre o uso de procedimentos formais de segurança e a performance positiva da organização (Hickson, Pugh e Pheysey, 1969 *apud* Katz-Navon et al., 2005), embora os resultados da implementação deste tipo de procedimentos seguros sejam um pouco inconsistentes (Leape, 2002). A ideia de que havendo mais procedimentos de segurança leva a que os colaboradores das organizações melhorem as suas atitudes perante esta pode ser enganadora (Katz-Navon et al., 2005). Muitos procedimentos podem tornar-se difíceis de seguir pelos colaboradores, como dizem Cropanzano e Byrne (2001) *apud* Katz-Navon et al., (2005). Katz-Navon et al. (2005) são da opinião que os colaboradores ao terem contacto com procedimentos, vêem-nos como bons se forem úteis para o dia-a-dia, e como maus ou inúteis se forem numerosos ou escassos. Continuam, explicitando que procedimentos muito burocráticos não deixam o trabalho fluir.

### **3.1.2. DIMENSÃO 2: FLUXO DE INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA**

Esta dimensão de clima de segurança tem a ver com a percepção que os colaboradores têm da informação que recebem acerca de procedimentos de segurança através de circuitos de informação e treino (Katz-Navon et al., 2005).

O fluxo de informação acerca de segurança por uma organização é importante para manter formas de trabalho efetivo de encontro a atitudes de segurança através de treino, educação e sistemas de informação, levando à ideia que quanto maior o fluxo, maior deverá ser a performance de segurança dos colaboradores (Baldrige National quality program, 2003 *apud* Katz-Navon et al., 2005)

Em relação à quantidade de informação acerca de segurança a que as unidades estão expostas, quando a quantidade é demasiada pode haver uma sobrecarga de informação, levando a *stress* e incapacidade e, conseqüentemente, a comportamentos de segurança errados, sendo que a quantidade de informação de segurança está muito relacionada com a capacidade das unidades de a perceber/ processar (O'Reilly,

1980 *apud* Katz-Navon et al., 2005). Segundo o mesmo autor, a outra face também é um problema, ou seja, a informação acerca de informação ser escassa, pois os colaboradores não tem acesso a esse tipo de informação, não estão despertados para esta e não sabem o que deverão fazer para seguir comportamentos seguros.

### **3.1.3. DIMENSÃO 3: GESTÃO DE SEGURANÇA**

As práticas de gestão exercidas por superiores dão aos colaboradores uma perceção do nível de comprometimento que estes têm para com a segurança, de acordo com Katz-Navon et al. (2005). Ainda segundo os mesmos autores, as práticas de gestão seguras, mostrando por exemplo, atitudes de segurança enquanto supervisionam as dos outros e promovendo a importância de comportamentos seguros, levam a *performances* de segurança altas. Pelo contrário, em organizações onde práticas de segurança do superior não sejam coincidentes com as práticas de segurança preconizadas, ou este mostre que comportamentos menos seguros são de alguma forma ignorados, leva a que a performance pela segurança seja baixa (Katz-Navon et al., 2005).

### **3.1.4. DIMENSÃO 4: PRIORIDADE DADA A SEGURANÇA**

A prioridade dada a segurança por uma organização ou unidade desta refere-se às atitudes, comportamentos e expectativas dos colaboradores de acordo com a quantidade de trabalho e equilíbrio entre a pressão exercida pela produtividade e a segurança (Zohar, 2000).

Segundo Katz-Navon et al. (2005) trabalhar de forma segura está, muitas vezes, ligado a trabalhar de forma mais pausada e em condições adequadas. Os mesmos autores defendem que estas condições levam a que, quando a pressão sobre o trabalho aumenta, se levantem questões acerca de quais as prioridades, se a velocidade de produção ou a segurança. Frequentemente, os colaboradores procuram saber por quais destes comportamentos são recompensados, e depois de o perceberem atuam de forma a sê-lo, sendo que na maioria dos casos acontece que a gestão recompensa a rapidez em detrimento da segurança (Kerr, 1975 *aoud* Katz-Navon et al. 2005).

No caso particular de profissões da área da saúde (médicos e enfermeiros), os seus comportamentos, além de guiados pelas instituições, são também guiados pela

especificidade, nível de conhecimentos e autonomia, bem como pela crença de que a profissão é regulada pelos seus membros, ajudando-os a definir prioridades (Scott & Backman, 1990 *apud* Katz-Navon et al. 2005). Um exemplo que ajuda facilmente a perceber esta questão é no caso de um doente que tenha uma hemorragia grave e for necessário estancá-la, mesmo que não exista equipamento de segurança para o Enfermeiro (luvas, por exemplo) nem se tenha tempo para ver se o doente sofre de alguma doença transmissível pelo sangue, o enfermeiro pode decidir atuar de forma a salvar a vida da pessoa.

## 4. **STRESS**

O médico Hans Selye foi o primeiro a definir *stress* como uma síndrome geral de adaptação, no qual o organismo responde de forma semelhante a diferentes e diversos estímulos (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007)

Nas suas definições, o conceito de *stress* tem sido visto como variável dependente, independente, e como processo, ou seja, como resposta, estímulo, interação entre ambos, ou transação, tal como é explicitado por Cooper, Dewe e O'Driscoll (2001). Segundo Hespanhol (2005), o *stress* é a resposta do organismo a um estímulo que o perturba, sendo que o cerne da perspetiva é a forma como o *stress* se manifesta, normalmente através de uma perspetiva fisiológica. Hespanhol (2005) refere que o autor que mais se evidenciou nesta perspetiva foi Hans Selye, que considerava o *stress* uma resposta inespecífica do organismo. Nesta perspetiva, o *stress* é visto como uma variável dependente, uma resposta a qualquer *stressor* (Hespanhol, 2005).

Hespanhol (2005) refere que embora apresente efeitos nocivos, o *stress* é necessário, de forma moderada, podendo ser benéfico ao organismo, levando a melhoria de desempenho e aumento da criatividade, existindo a distinção entre *distress* (visto como *stress* prejudicial que conduz a doença), e *eustress* (o *stress* que origina efeitos positivos como a felicidade, saúde e longevidade). De acordo com o mesmo autor, o *stress* visto como uma resposta despoleta várias reações divididas por 3 fases: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão.

Para Hespanhol (2005), fase de alarme é uma resposta psico-fisiológica imediata que tem início quando o organismo é subitamente exposto a diversos estímulos perante os quais apresenta uma resistência baixa, aos quais se segue um contra-choque. Embora seja uma fase de curta duração, ocorrem no indivíduo reações como sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante e/ou aumento da tensão arterial, sendo que, se a causa do *stress* persistir, é substituída pela fase de resistência (Hespanhol, 2005).

Seguindo a linha de pensamento do mesmo autor, durante a fase de resistência, o organismo adapta-se ao agente de *stress* (*stressor*) e os sintomas associados à reação da fase anterior tendem a diminuir ao longo desta adaptação.

A terceira fase, acontece quando a exposição ao agente stressor é contínua, prolongada e muito intensa, sendo que a energia que seria necessária à adaptação se esgota, ocorrendo a fase de exaustão, podendo levar ao desenvolvimento de doenças como a depressão, apatia, ideais suicidas, entre outros (Hespanhol, 2005).

Por outro lado, o *stress* como estímulo pode, segundo Cooper (1993) *apud* Stacciarini e Tróccoli (2001), ter seis origens diferentes: 1) fatores intrínsecos ao trabalho, como barulho, iluminação, temperatura, número de horas de trabalho, exposição a riscos e novas tecnologias; 2) disfuncionalidade de papéis organizacionais, como a ambiguidade, conflito, sobrecarga e excesso de responsabilidade; 3) relações de trabalho com colegas, com gerentes e com subordinados; 4) desenvolvimento da carreira, em aspetos como a insegurança no trabalho, precariedade do contrato, risco de desemprego, promoções e reconhecimento de mérito; 5) fatores organizacionais, como a cultura organizacional, liderança, e nível de participação dos empregados na tomada de decisão; 6) interação trabalho-família.

Hespanhol (2005) acrescenta ainda que o *stress* é visto como uma variável independente, ou seja, uma força que atua sobre o organismo de forma a provocar algum dano. Se esta força for superior àquela que o organismo é capaz de suportar, podem ocorrer danos (Cunha et al, 2007), como *burnout* ou depressão.

Segundo Cunha et al. (2007) as perspetivas interacionistas estudam as interações entre estímulos, respostas e variáveis moderadoras. De acordo com Hespanhol (2005), neste ponto é crucial considerar três domínios interdependentes: as causas de *stress* (seja em ambiente laboral ou na relação casa/trabalho), moderadores de *stress* (características pessoais de cada indivíduo) e manifestações de *stress* (sintomas do organismo).

O *stress* sob uma perspetiva transacionista, centra-se na interação entre dois processos: avaliação cognitiva e *coping* (Cunha et al., 2007). Cooper et al. (2001) refere que o *stress* é um processo de transações entre o sujeito com o seu ambiente, depende da avaliação que cada indivíduo faz de cada situação e das estratégias de *coping* que utiliza para lidar com estas.

#### 4.1. **STRESS OCUPACIONAL**

Nos casos em que o *stress* está relacionado com a ocupação desempenhada por cada um, é designado por *stress* ocupacional ou profissional (Santos & Cardoso, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], (2013) *stress* ocupacional é a resposta dos indivíduos a exigências, pressões e situações de trabalho para as quais este não se sente preparado, ou seja, não possui conhecimentos, habilidades e/ou opções de resolução válidas para os desafios com que se depara e tem de lidar.

Segundo Hespanhol (2005) o *stress* ocupacional não deve ser visto de forma diferente de qualquer outro tipo de *stress*, seja do dia-a-dia, conflitos familiares ou pessoas significativas, entre outros.

Segundo McGrath (1976) *apud* Melo, Gomes e Cruz (1997), existem seis fontes de *stress* no âmbito organizacional, tendo em conta as relações entre *stress* e o comportamento nas organizações: *stress* baseado na tarefa (relacionado com a sobrecarga de trabalho e o grau de dificuldade), *stress* baseado no papel (relacionado com o conflito e visto, segundo Lambert e Lambert (2001), como a consequência entre a percepção que um indivíduo tem do seu papel e o que realmente consegue alcançar ao desempenhá-lo, ou seja, o que a diferença entre o que um indivíduo pensa ser o seu papel e onde realmente consegue chegar ao desempenhá-lo), *stress* intrínseco ao contexto do comportamento, *stress* proveniente do próprio meio ambiente físico (como a temperatura ambiente), *stress* proveniente do ambiente social (conflitos interpessoais), e *stress* pessoal (como sintomatologia depressiva).

Em estudos realizados acerca da taxa de acidentes, constatou-se que a pressão sobre a rapidez de produção e diminuição da segurança contribui para aumento de acidentes (Wagenaar & Groeneweg, 1987). Dentro do mesmo registo de estudos, os autores Hofmann, Jacobs e Landy (1995) descrevem que, em muitos casos, a rapidez de produção superou as preocupações sobre a segurança, enquanto Mullen (2004) descreve que muitos dos trabalhadores do seu estudo referem sofrer de pressão dos seus superiores para serem mais rápidos, não tendo tempo suficiente para cumprir de modo adequado todos os procedimentos de segurança. Clissold (2005) refere também um estudo de Lawton (1998) em que este identifica a carga de trabalho elevada e a pressão sobre o tempo de produção como a causa para não cumprir as normas de segurança e levar a acidentes.



Os estudos e investigações acerca de *stress* ocupacional e o surgimento de modelos de *stress* ocupacional têm sido elevados nas últimas décadas, tanto dos efeitos deste a nível físico como psicológico (Hammer, Saksvik, Nytro, Torvatn & Bayazit, 2004). De seguida são apresentados alguns modelos de *stress* ocupacional.

#### **4.1.1. MODELOS DE STRESS OCUPACIONAL**

São vários os modelos encontrados na literatura acerca do *stress* ocupacional, de entre os quais, a Teoria dos Acontecimentos da Vida, de Holmes e Rahe (1967), o Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente, de French, Caplan e Van Harrison (1974), o Modelo Exigência-Controllo, de Karasek (1979), e o Modelo de Stress Profissional, de Cooper (1983), resumidamente explicados abaixo.

Os autores Holmes e Rahe (1967), segundo Cunha et al. (2007), defendem que certos acontecimentos provocam um determinado grau de ajustamento na vida de um indivíduo. Neste sentido, elaboraram uma lista que mostra vários acontecimentos (desde mudanças de escola, conflitos com o chefe e situações de divórcio) e os respectivos graus de ajustamento que exigem, de forma a que a pessoa se adapte. No entanto, este modelo apenas tem em conta os acontecimentos excepcionais passíveis de desencadear *stress*, ignorando outros factores, talvez com menos influência, mas de maior frequência ou probabilidade de acontecer, e que constituem causas constantes de pressão (Cunha et al., 2007).

Segundo Ramos (2001), o Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente requer o equilíbrio entre as características do trabalho com as aptidões dos colaboradores. Quando este sistema é perturbado, surge uma situação de *stress* no trabalho (Ramos, 2001). Segundo o mesmo autor, este modelo afirma que quanto mais harmonioso for o equilíbrio entre a pessoa e o trabalho, menores as consequências do *stress*.

Um outro autor, Karasek (1979) sugere, segundo Cunha et al. (2007), que há dois factores envolvidos na experiência de *stress*: as exigências psicológicas do trabalho, e o grau de controlo que a pessoa tem sobre o seu trabalho (latitude de decisão).

A associação destes dois factores em elevado grau provoca resultados psicológicos positivos, como a motivação e o desenvolvimento pessoal, pois assim o indivíduo tem a possibilidade de enfrentar com sucesso as fontes de *stress*, através de acção pessoal (Cunha et al., 2007).

Por sua vez, Cooper (1983) defende que o *stress* ocupacional compreende três aspectos: as causas potenciais de *stress*, os moderadores da resposta de *stress* e as manifestações de *stress*. De acordo com este modelo, existem seis focos de *stress* no trabalho: fontes intrínsecas ao trabalho; o papel da organização; as relações interpessoais no local de trabalho; o desenvolvimento da carreira; o clima e a estrutura organizacionais; e a interação entre casa e trabalho (Cooper, 1983). No capítulo seguinte são apresentados alguns estudos, em que são apontadas a maioria dos focos de *stress* apresentados por Cooper, especificando para a profissão de enfermagem.

Segundo o mesmo autor, as manifestações de *stress* são visíveis não só a nível individual (frustração, irritabilidade), mas também ao nível organizacional (diminuição da motivação, absentismo).

Os profissionais de saúde constituem um grupo profissional particularmente afetado pelo *stress* devido à pressão de lidar diretamente com pessoas, aspeto que tem sido reconhecida, em diversos grupos profissionais, como um aspeto importante na origem da exaustão emocional (Melo, Gomes & Cruz, 1997).



## 5. CLIMA DE SEGURANÇA E *STRESS* OCUPACIONAL EM ENFERMAGEM

Na literatura existem várias tentativas de definição da profissão de enfermagem, de forma a dar resposta à necessidade de descrever de forma objetiva e clara os papéis e as funções dos profissionais de enfermagem. Todavia, pela complexidade da profissão, não existe até hoje uma só definição globalmente aceite.

Ainda assim, é comumente aceite que a profissão de enfermagem está intimamente ligada ao cuidar. Para Boore (1981), a competência fundamental da enfermagem é ajudar o indivíduo a atingir o seu maior potencial físico e psicológico, qualquer que seja o seu estado de saúde ou doença, desde o nascimento até à morte.

O grande objetivo da profissão de enfermagem passa, assim, pela promoção, conservação e restabelecimento da saúde do indivíduo, respeitando a sua individualidade e direitos (Brunner, 1983), olhando-o como um ser único, com necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais específicas. Para tal, o enfermeiro deve possuir uma elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro estando consciente de que a utilização de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resulta não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio (Martins, 2003). Em Portugal, a profissão de Enfermagem é regulada pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril), que relata, entre outros, os direitos e deveres dos enfermeiros e dos doentes, intimamente ligados com a cultura e clima organizacional e de segurança nos ambientes por estes frequentados.

Landsbergis (2003) refere que os enfermeiros lidam no dia-a-dia com desafios físicos e psicológicos, assim como com um clima de segurança no trabalho, que pode ser adverso (por exemplo: falta de material, falta de apoio de superiores e gestão, cargas de trabalho elevadas, deficiente comunicação). Segundo o mesmo autor, esses *stressores* incluem questões relacionadas ao contexto imediato de trabalho, características da organização e as constantes mudanças que estão a ocorrer na indústria da saúde.

Para Trinkoff, Geiger-Brown, Caruso, Lipscomb, Johantgen, Nelson, Sattler e Selby (2008), muitos fatores de *stress* no local de trabalho que podem levar ao aparecimento

de doenças, estão muitas vezes presentes em ambientes de trabalho de enfermagem, tomando o clima de segurança um papel primordial.

Para Gershon, Stone, Bakken e Larson (2004), existem evidências cada vez maiores de que aspetos da cultura e clima organizacional, incluindo o clima de segurança, nos cuidados de saúde, estão associados com a baixa moral dos trabalhadores, aumento do *stress* laboral, *burnout*, aumento de acontecimentos adversos com doentes, entre outros.

Em Portugal está legislado, através do Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro, para qualquer profissão, que:

A realização pessoal e profissional encontra na qualidade de vida do trabalho, particularmente a que é favorecida pelas condições de segurança, higiene e saúde, uma matriz fundamental para o seu desenvolvimento. (...) Para além disso, as condições de segurança, higiene e saúde no trabalho constituem o fundamento material de qualquer programa de prevenção de riscos profissionais e contribuem, na empresa, para o aumento da competitividade com diminuição da sinistralidade.

A indústria dos cuidados de saúde apresenta características únicas que a distinguem das outras, pois os seus resultados afetam não só as pessoas que trabalham na organização, mas também os pacientes (Katz-Navon et al., 2005). Segundo os mesmos autores, outra característica que torna o setor da saúde ímpar é o facto de ser bastante complexa e cada paciente ser único, logo a adesão a políticas de segurança formais não é suficiente para garantir procedimentos seguros, pois a incerteza resultante do estado de saúde do paciente, por exemplo, exige flexibilidade e adaptação, tornando, por vezes, difícil o seguimento de protocolos. Katz-Navon et al. (2005) referem também que as profissões relacionadas com a saúde, como medicina e enfermagem, estão reguladas, não apenas pela organização mas também pela regulamentação da profissão em si.

De modo a existir uma cultura/ clima para a melhoria dos cuidados aos pacientes, Clancy (2006) referiu que os líderes devem ter um papel primordial e servir de exemplo. Este comprometimento por parte das chefias deve ser, de acordo com o mesmo autor, algo observável pelos seus colaboradores (comportamentos da chefia de encontro a segurança), ao mesmo tempo que estes são participantes ativos no desenvolvimento da nova cultura. Clancy (2006) refere ainda que os enfermeiros são um elemento chave no processo de mudança de clima, pois possuem a flexibilidade

necessária e têm a intenção de receber orientação e treino de encontro à segurança. O autor acrescenta ainda que as organizações com treino e formação acerca de acidentes e como os evitar, são as que tem menos acidentes.

Em termos de cultura de segurança na indústria da saúde, as investigações têm seguido a orientação para os doentes, investindo em iniciativas de segurança para reduzir os acidentes e consequências de lesões resultantes de acidentes com estes. (Lipscomb, Trinkoff & Geiger-Brown 2004). Segundo Trinkoff et al. (2008), a cultura de segurança para o profissional de saúde é definida de modo diferente da cultura de segurança do paciente, embora haja alguma sobreposição entre os termos. A prioridade do estudo das questões de cultura de segurança direcionado para os profissionais de enfermagem teve origem, segundo Takahashi, Nakata e Haratani (2004), na evidência relatada de mau estado de saúde dos enfermeiros e questões de recrutamento e retenção destes profissionais. No entanto, segundo Trinkoff et al. (2008), as investigações acerca do impacto da cultura como elemento único na redução de acidentes, são poucas.

O novo paradigma de cultura de segurança em que nos encontramos, segundo Lipscomb et al. (2004) baseia-se no pressuposto de que, se um hospital não é seguro para os seus profissionais, não o é para os doentes.

Segundo a *Registered Nurses' Association of Ontario* [RNAO] (2008), nas suas *guidelines* acerca de ambientes de trabalho saudáveis, muitos dos estudos acerca de cultura e clima de segurança em enfermagem focam-se, na satisfação laboral, *stress*, *burnout* e autonomia. Segundo o mesmo documento, o ambiente onde os profissionais de enfermagem trabalham, deve ter como cerne a sua saúde e a sua segurança de modo a que os profissionais possam cuidar os doentes da melhor forma. Acrescenta ainda que locais em que o ambiente é positivo para os enfermeiros, existem menores taxas de absentismo.

Baumann (2007) dá ênfase ao termo “hospitais íman”, que teve origem nos Estados Unidos e está a tornar-se internacional. Este termo refere-se à capacidade dos hospitais para atraírem e reterem enfermeiros, demonstrando ambientes de trabalho bastante positivos e atraentes, levando a baixo absentismo e baixa rotatividade. Algumas das características apresentadas por estes hospitais que são percecionadas como facilitadoras de um ambiente positivo para os enfermeiros, são o compromisso da gestão de topo para com a equipa de enfermagem, a liderança forte, e o salário

justo e competitivo (Baumann, 2007). Segundo o mesmo autor, alguns dos critérios destes hospitais passam por incentivar a autonomia e participação dos enfermeiros na construção e definição do seu ambiente de trabalho, em que se inclui questões como o fornecimento de material adequado, estrutura física segura, ambiente seguro e adequado à prática de enfermagem, que inclui em muitas vertentes questões relacionadas com o clima de segurança.

Ambientes de trabalho positivos estão muitas vezes relacionados com o clima de segurança e enquadrados com as suas dimensões. No caso específico dos profissionais de saúde, são enumerados no documento *Positive Practice Environments for Health Care Professionals*, do *International Council of Nurses* [ICN] (2007).

Segundo Singer, Gaba, e Geppert (2003), os componentes de uma cultura de segurança, inclusive na saúde, passam pela articulação dos valores mais altos da organização com as crenças, normas e comportamentos de segurança; recursos, incentivos e benefícios previstos pela organização na obtenção desses objetivos; segurança vista como a principal prioridade em detrimento da produção ou eficiência; comunicação eficiente e sincera; relatos dos erros sem represálias da organização; aprendizagem organizacional contínua, com cerne na melhoria do desempenho organizacional e não na culpa individual.

Como referido pela RNAO (2006), ambientes com práticas positivas bem definidas trabalham para garantir a saúde, segurança e bem-estar dos colaboradores, bons cuidados aos pacientes, aumentando a motivação, produtividade e performance de todos os *stakeholders* da organização, tornando o clima de segurança positivo. Segundo a mesma organização, estes ambientes ditos positivos são caracterizados, entre outros, por:

- Existência de políticas de saúde ocupacional, bem-estar e segurança bem definidas;
- Cargas de trabalho justas com possibilidade dos colaboradores gerirem as premissas do trabalho e o *stress* associado;
- Clima organizacional que reflita uma gestão efetiva e práticas de liderança seguras e justas;
- Segurança de emprego;

- Suporte e supervisão;
- Comunicação eficaz e transparência;
- Inovação focada no recrutamento e retenção; Estratégias de educação e evolução contínuas; Compensação adequada; Acesso a equipamento adequado à prática, material e pessoal de apoio (Baumann, 2007).

No caso de profissionais de saúde, o *stress* ocupacional pode aumentar exponencialmente pelo facto de lidarem com pessoas doentes, confrontando diariamente acidentes, mortes súbitas, sofrimento psíquico ou físico, incapacidades crónicas e doenças de desenlace fatal, em que o erro do profissional pode ser fatal e a sua atuação pode ser através de técnicas de diagnóstico ou de terapêutica, traumáticas e intimidatórias (Serra, 2011).

Além disso, uma fonte de *stress* especial para os profissionais de saúde consiste no facto de o seu próprio *stress* poder gerar *stress* e afetar aquele que é o centro da sua atenção: o doente (Melo, e Cruz, 1997).

Martins (2003) refere que as relações profissionais entre colegas e/ ou superiores também podem ser uma fonte de *stress*.

Especificamente em Enfermagem, Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) referem que foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais stressante, no sector público. Também McIntyre (1994) refere a enfermagem, bem como todas as profissões ligadas à área da saúde, como sendo de alto risco em relação ao nível de *stress*.

Segundo Stacciarini e Trócolli (2001), na profissão de enfermagem, o absentismo, acidentes de trabalho e insatisfação com a profissão está intimamente ligado com o *stress* ocupacional.

Landsbergis (2003) refere que os enfermeiros lidam no dia-a-dia com desafios físicos e psicológicos, assim como com um clima de segurança no trabalho, que pode ser adverso (por exemplo: falta de material, falta de apoio de superiores e gestão, cargas de trabalho elevadas, deficiente comunicação). Segundo o mesmo autor, esses *stressores* incluem questões relacionadas ao contexto imediato de trabalho,



características da organização e as constantes mudanças que estão a ocorrer na indústria da saúde.

Para Trinkoff et al. (2008), muitos fatores de *stress* no local de trabalho que podem levar ao aparecimento de doenças e lesões, estão presentes em ambientes de trabalho de enfermagem.

Trinkoff et al. (2008) refere a Enfermagem como emocionalmente exigente pela necessidade de dar apoio físico e psicológico aos clientes. Além disso, e segundo o mesmo autor, os enfermeiros têm que testemunhar diariamente sofrimento, levando isto a um esforço adicional dos enfermeiros que têm de exibir emoções apropriadas e congruentes com os momentos e exigências dos clientes.

Segundo Trinkoff et al. (2008), horas de trabalho excessivas têm indicado, nos estudos realizados, consequências nocivas na saúde mental na enfermagem. Uma análise realizada por Sparks, Cooper, Fried, Shirom (1997) de relatórios acerca das horas extra realizadas pelos trabalhadores levou-os a associarem a grande quantidade de horas com pequenos mas significativos aumentos nos resultados físicos e psicológicos adversos, como *stress* elevado e depressão.

Para Murofuse et al. (2005), a remuneração dos enfermeiros não correspondente à responsabilidade do trabalho exercido, o que leva muitas vezes a que estes tenham mais que um emprego e conseqüentemente uma carga de trabalho excessiva. Esta questão é bastante visível em Enfermagem nos dias que correm pelos baixos ordenados e congelamento da carreira pública, impossibilitando a ascensão na carreira.

Trabalhar por turnos é uma das características do trabalho dos enfermeiros que trabalham em meio hospitalar, sendo que muitas vezes trabalham à noite e dormem de dia, trabalham fins-de-semana e feriados, sacrificando a sua vida social e particularmente familiar, levando a conflitos com pessoas significativas, cônjuges e conseqüentemente a *stress* (Cooligan & Rosa, 1990).

Num estudo de Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), englobando 286 enfermeiros da região norte de Portugal, verifica-se que cerca de 30% dos profissionais referem índices elevados de *stress* relacionado com o trabalho. Os problemas mais frequentes estão relacionados com as implicações dos erros cometidos, as relações profissionais,

a relação com os doentes, a carreira profissional, o excesso de trabalho e a gestão de tempo (Gomes et al., 2009).

De acordo com Chang e Hancock (2003), tem havido um grande número de investigações acerca do *stress* em enfermagem. A maioria desses estudos encontrou como causa de *stress* vários fatores do ambiente de trabalho (Lambert & Lambert, 2001).

Para Ribeiro (2005), existem diversas condições que podem desencadear *stress* ocupacional nos profissionais de saúde: o excesso ou a escassez de trabalho, o excesso ou défice de responsabilidades e progressão na carreira. Benevides-Pereira (2002) menciona ainda o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos químicos e físicos, a sobrecarga de trabalho e ainda o contato constante com o sofrimento, a dor e, por vezes, a morte.

Na literatura encontramos vários fatores que podem desencadear *stress* nos enfermeiros. Gomes et al. (2009) mencionam o número reduzido de profissionais relativamente à carga de trabalho, *stress* de papel, a falta de reconhecimento social, a precariedade dos contratos e os baixos ordenados.

Outros aspetos como o aumento da tecnologia, aumento de registos e colheita de dados, aumentaram a pressão e a carga de trabalho sobre os enfermeiros, tornando a enfermagem mais stressante, menos satisfatória e com menos recompensas intrínsecas associadas (Chang & Hancock, 2003). A par disto, é frequente o tempo despendido com os doentes diminuir, em prol do conjunto de trabalho burocrático necessário.

Todas estas questões levam, cada vez mais, os enfermeiros a duvidar da capacidade para lidar com as crescentes exigências e a ponderar abandonar a profissão (Buchanan e Considine, 2002), sendo que o importante é cada vez mais o volume de negócios, abandonando o conceito de cuidar, o cerne da profissão de enfermagem.

Segundo Serranheira, Uva, Sousa e Leite (2009), embora algumas características condicionem a atuação dos profissionais de saúde, as de natureza organizacional podem ser planeadas e/ou modificadas se necessário e, se provarem ser positivas para o profissional e conseqüentemente para o doente. Os mesmos autores defendem

que a gestão de *stress* dos enfermeiros e de estratégias de *coping* vai resultar positivamente na melhoria dos cuidados de saúde e segurança aos doentes.

Segundo a OMS (2004) são várias as variáveis das organizações que se podem relacionar com o *stress* ocupacional, de entre eles a destacar o clima organizacional e clima organizacional de segurança.

Esta investigação baseia-se no pressuposto que o clima organizacional de segurança diminui o *stress* ocupacional dos enfermeiros. Deste modo, a pergunta de partida desta investigação é:

- O clima organizacional de segurança entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira encontra-se correlacionado significativa e negativamente com o *stress* ocupacional?

Adicionalmente à pergunta de partida, pois esta investigação pretende estudar a relação entre *stress* e o clima organizacional de segurança, tenciona-se investigar os antecedentes de *stress* para os Enfermeiros e qual o clima organizacional de segurança presente na Clínica de Santo António da Reboleira.

Neste âmbito levantam-se as seguintes perguntas derivadas:

- Pergunta derivada 1 - As dimensões de clima de segurança estão negativamente correlacionadas com o *stress* ocupacional?
- Pergunta derivada 2 - A prioridade dada à segurança está positivamente relacionada com o *stress* ocupacional?
- Pergunta derivada 3 - Os procedimentos de segurança está positivamente relacionado com o *stress* associado ao excesso de trabalho?
- Pergunta derivada 4 - O fluxo de informações de segurança está negativamente relacionado com o *stress* associado a lidar com os clientes?
- Pergunta derivada 5 - A gestão de segurança está negativamente relacionada com o *stress* associado a carreira e remuneração?

## **6. MÉTODO**

### **6.1. AMOSTRA**

A população alvo do estudo são os 97 Enfermeiros da Clínica de Santo António (CLISA) da Reboleira, aos quais foram entregues os questionários, sendo que foram excluídos por indicação da Enfermeira Supervisora, a Enfermeira Diretora e ela própria.

A CLISA foi fundada em 1972 pelo médico do posto de saúde da Amadora, na altura, Dr. Bruges Saavedra. É uma Sociedade Anónima detida maioritariamente pelo Dr. Bruges Saavedra e família e, minoritariamente, por outros médicos. A sua atividade no presente divide-se entre a sede, na Amadora, e a filial de Sacavém.

A atividade da CLISA subdivide-se em três grandes áreas, o Hospital Cirúrgico, Hospital de Dia e Maternidade. Atualmente, a CLISA tem uma lotação de 218 camas: 203 de Internamento, 8 de Recobro e 7 de Cuidados Intensivos.

Dos 97 questionários entregues obteve-se resposta a 71, sendo que 2 foram excluídos por estarem incorretamente preenchidos, correspondendo a 73% da população alvo. A amostra é, assim, constituída por 69 Enfermeiros adultos sendo 53 do sexo feminino correspondendo a 76,8% e 16 do sexo masculino, correspondendo a 23,2% da população alvo. A faixa etária da amostra distribui-se da seguinte forma: 3 indivíduos encontram-se entre os 25 e 35 anos de idade, 18 indivíduos situam-se entre os 36 e os 45 anos de idade, 35 indivíduos situam-se entre os 46 e 55 anos de idade e, por fim 13 indivíduos têm 55 ou mais anos de idade. Ao nível do tempo de exercício profissional, 1 indivíduo tem até 4 anos de exercício, 9 indivíduos têm de cinco a nove anos de exercício, 12 indivíduos têm de dez a vinte anos de exercício, 33 indivíduos têm de vinte e um a trinta anos de exercício e 14 indivíduos têm de trinta e um ou mais anos de serviço.

### **6.2. PROCEDIMENTO**

A amostra foi recolhida na Clínica de Santo António da Reboleira (Amadora) entre Outubro e Novembro de 2013. Para a obtenção dos dados foi estabelecido contacto com a Enfermeira Supervisora, a qual consentiu verbalmente a aplicação dos questionários no âmbito desta investigação, assim como ser entrevistada acerca dos

resultados obtidos. Aquando da distribuição dos questionários, era explicado aos indivíduos o objetivo geral do estudo, assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes. Após a recolha de dados, estes foram inseridos no SPSS (*Statistical Package for Social Science*) para sua análise.

### **6.3. INSTRUMENTOS**

#### **6.3.1. QUESTIONÁRIO DE CLIMA DE SEGURANÇA**

De forma a avaliar o clima organizacional de segurança foi usado o Questionário de Clima de Segurança da autoria de Katz-Navon et al. (2005). Estes autores elaboraram o questionário através da adaptação de diversas investigações, sendo composta por 4 dimensões: “procedimentos de segurança”, “fluxo de informação de segurança”, “Gestão de Segurança” e “prioridade dada à segurança”.

Foi utilizado, como referido anteriormente, o Questionário de Clima de Segurança da autoria de Katz-Navon et al. (2005) após a adaptação de várias investigações por parte dos autores. O Questionário de Clima de Segurança de Katz-Navon et al. (2005) é composto por 21 itens, divididos por quatro dimensões, sendo respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1=“Discordo Plenamente” até 5=“Concordo Plenamente” nas dimensões “procedimentos de segurança” e “fluxo de informação de segurança”; 1=“Totalmente Falso” até 5=“Totalmente Verdadeiro” nas dimensões “gestão de práticas de segurança” e “prioridade dada à segurança”).

1. Dimensão “procedimentos de segurança” avaliada através de quatro itens adaptados a partir dos trabalhos de Brunsson et al. (2000;  $\alpha=.91$ ): “No meu serviço: Os procedimentos de segurança estão descritos detalhadamente; Os procedimentos de segurança abrangem as diferentes situações; Existem protocolos de atuação escritos; Estão definidos os procedimentos de segurança adequados a cada situação”.

2. Dimensão “fluxo de informação de segurança” avaliada através de quatro itens adaptados de Hofmann e Stetzer (1998) e O’Reilly (1980;  $\alpha=.85$ ): “No meu serviço: Os funcionários são informados das atualizações, regras e regulamentos dos procedimentos de segurança; Os funcionários são informados dos perigos potenciais; Existe formação contínua em procedimentos de segurança; A informação dos procedimentos de segurança é disponibilizada regularmente.

3. Dimensão “gestão de práticas Segurança” avaliada através de seis itens adaptados do fator de expectativas de Zohar (2000) e da avaliação de clima de segurança de Hofmann e Stetzer’s (1998). Nesta dimensão foi pedido aos médicos e aos enfermeiros que classificassem o seu chefe ( $\alpha=.85$ ): "No meu serviço, o chefe: Está próximo dos elementos da equipa, alertando para as questões de segurança no trabalho; Supervisiona com maior proximidade, quando um membro da equipa viola uma regra de segurança; Considera o desempenho da segurança nas avaliações de desempenho e progressões; Manifesta-se irritado com os trabalhadores que ignoram regras de segurança; Garante que não há riscos no local; Cria uma atmosfera em que as pessoas podem dizer o que pensam sobre a segurança.

4. Dimensão “prioridade dada à segurança” avaliada através de sete itens adaptados de Zohar (2000;  $\alpha=.89$ ): “No meu serviço: De modo a cumprir todas as atividades a realizar, é necessário quebrar regras de segurança; Quando a pressão aumenta e existe mais trabalho, é dada preferência a rapidez de execução do mesmo, ainda que isso signifique um comprometimento da segurança; A escassez de recursos humanos leva ao não cumprimento das normas de segurança; As normas e procedimentos de segurança são ignorados; A existência das normas de segurança, é apenas uma obrigação legal; Ignorar a segurança é aceitável; Não importa a forma como o trabalho é feito, desde que não haja acidentes.

Segundo os autores, as quatro dimensões do clima de segurança apresentavam mais quatro itens que foram excluídos pela baixa representação fatorial.

De forma a avaliar a consistência interna dos questionários utilizados nesta amostra utilizou-se o *alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ). O Coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) é uma medida de confiabilidade bastante utilizada para a avaliação da consistência interna de questionários, em que os valores de  $\alpha$  variam de 0 a 1,0, ou seja, quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade entre os indicadores (Altman, 1997 *apud* Matthiensen, 2011).

Na tabela 1 verifica-se a consistência interna de cada dimensão do questionário de clima de segurança de Katz-Navon et al. (2005). Relativamente à dimensão de procedimentos de segurança a consistência interna foi de  $\alpha=.920$ , na dimensão fluxo de informação de segurança a consistência interna foi de  $\alpha=.896$ , na dimensão gestão de segurança a consistência interna foi de  $\alpha=.922$ , na dimensão prioridade dada à segurança foi de  $\alpha=.906$ .

**Tabela 1** - Coeficientes Alfa de *Cronbach* das Dimensões de Clima de Segurança

	A
Procedimentos de segurança	,920
Fluxo de informação de segurança	,896
Gestão de segurança	,922
Prioridade dada à segurança	,906

### 6.3.2. QUESTIONÁRIO DE STRESS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O Instrumento utilizado para medir o nível de *stress* ocupacional foi o *Questionário de stress para profissionais de saúde* (QSPS). Este instrumento foi, segundo Gomes (2010), desenvolvido por Gomes (no prelo) a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes et al. (2009) realizados com profissionais de diferentes domínios (e.g., psicólogos, médicos, enfermeiros). Tendo por base as indicações obtidas no estudo realizado por Gomes (no prelo), a última versão é, segundo Gomes (2010) constituída por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de *stress* no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde (independentemente do contexto, área e/ou domínio de atividade). Gomes (2010) refere ainda que a única alteração introduzida na versão obtida por Gomes (no prelo) (onde se encontrou uma estrutura fatorial de 24 itens) foi a inclusão de um item na dimensão de problemas familiares, procurando assim obter uma melhor representatividade do fator.

Gomes (2010) explicita que numa fase inicial o QSPS é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de *stress* que experienciam na sua atividade, através de um único item (1=Nenhum *stress*; 5=Elevado *stress*). No presente foi retirada a questão “Nível global de *stress* na sua atividade enquanto Enfermeiro/a” por não se demonstrar relevante para o estudo em questão, utilizando-se apenas os 25 itens da segunda secção.

Na segunda secção, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de *stress* associados à atividade profissional. Os itens distribuem-se por seis subescalas, sendo respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1=Nenhum *stress*; 5=Elevado *stress*). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Assim

sendo, valores mais elevados significam menor perceção de *stress* em cada um dos domínios avaliados. Segundo Gomes (2010), as dimensões avaliadas são:

Lidar com clientes (itens 1, 8, 14, 20): refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços (e.g. possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.);

2. Excesso de trabalho (itens 4, 12, 16, 22): diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço a realizar (e.g. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.);

3. Carreira e remuneração (itens 3, 10, 13, 17, 23): indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido (e.g. impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.);

4. Relações profissionais (itens 2, 7, 9, 15, 21): descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho bem como à relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (e.g. conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.);

5. Ações de formação (itens 6, 18, 24): reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas;

6. Problemas familiares (itens 5, 11, 19, 25): descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas (e.g. instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

Pela tabela 2 verifica-se a consistência interna das dimensões do QSPS. Na dimensão lidar com clientes a consistência interna é muito boa ( $\alpha=,908$ ), na dimensão relações profissionais a consistência interna foi boa ( $\alpha=,883$ ), na dimensão excesso de trabalho a consistência interna também se revelou boa ( $\alpha=,842$ ), na dimensão carreira e remuneração também foi muito boa ( $\alpha=,914$ ), na dimensão ações de formação a consistência interna foi muito boa ( $\alpha=,939$ ) e, por último, na dimensão problemas familiares a consistência interna foi muito boa ( $\alpha=,909$ ).



**Tabela 2** - Coeficientes Alfa de *Cronbach* das Dimensões do QSPS

	A
Lidar com os clientes	,908
Excesso de Trabalho	,883
Carreira e Remuneração	,842
Relações profissionais	,914
Ações de formação	,939
Problemas familiares	,909

### 6.3.3. ENTREVISTA À ENFERMEIRA SUPERVISORA DA CLÍNICA DE SANTO ANTÓNIO DA REBOLEIRA

Como forma de complementar os resultados e a bibliografia consultada, foi também pedido à Enfermeira Supervisora da Clínica de Santo António, que interpretasse alguns resultados obtidos nos questionários, através de uma entrevista. Foi-lhe apresentada a análise e interpretação de resultados e, de acordo com a realidade da instituição, a enfermeira supervisora, com 20 anos de experiência na instituição e um profundo conhecimento dos enfermeiros que a integram, interpretou os dados, possibilitando um complemento importante e de maior veracidade da análise.

### 6.4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na tabela 3, pode observar-se que o valor médio total do “clima de segurança” é 4,52 com um desvio padrão de 0,40 demonstrando um clima de segurança elevado na Clínica de Santo António da Reboleira. O maior valor médio de resposta é a de “gestão de segurança” com 4,71 e desvio padrão de 0,47 e o menor valor médio de resposta é de “prioridade dada à segurança” com 4,36 e desvio padrão de 0,68.

**Tabela 3** - Número de itens, desvio padrão e média das dimensões do Clima de Segurança

	N	DP	M
Clima de segurança	21	,40	4,52
Procedimentos de segurança	4	,575	4,53
Fluxo de informação de segurança	4	,56	4,48
Gestão de práticas de segurança	6	,48	4,71
Prioridade dada à segurança	7	,68	4,36

Na tabela 4, pode observar-se que o valor médio total do *stress* ocupacional é 2,19, com um desvio padrão de 0,57. Os antecedentes de maior *stress* são “lidar com clientes”, com valor médio de respostas de 1,49 e desvio padrão de 0,58, e “carreira e remuneração” com valor médio de 1,67 e desvio padrão de 0,56. Por outro lado, as dimensões com menos antecedentes de *stress* são “problemas familiares”, com valor médio de 2,50 e desvio padrão de 0,75, e “relações profissionais”, com valor médio de 2,69 e desvio padrão de 0,72.

**Tabela 4** - Número de itens, desvio padrão e média das dimensões do QSPS

	N	DP	M
<i>Stress</i> ocupacional	25	,57	2,19
Lidar com os clientes	4	,58	1,49
Excesso de Trabalho	4	,68	2,42
Carreira e Remuneração	5	,56	1,67
Relações profissionais	5	,72	2,69
Ações de formação	3	,88	2,47
Problemas familiares	4	,75	2,50

De seguida, procedeu-se ao desenvolvimento e análise de correlações entre clima de segurança, *stress* ocupacional e as dimensões de ambos.

Como se pode verificar pela tabela 5, não se pode afirmar que existe relação entre “clima de segurança” e “*stress* ocupacional” pois não existe significância estatística ( $p=0,356$ ), logo a resposta à pergunta de partida é negativa.

**Tabela 5** - Correlação entre clima de segurança e *stress* ocupacional

	Clima de segurança	
	Coeficiente de correlação (r)	Significância (p)
Stress ocupacional	-,113	0,356

Como se verifica na tabela 5, não existe correlação entre “clima de segurança” e qualquer dimensão de *stress* ocupacional, não existindo significância estatística entre “clima de segurança” e qualquer dimensão do QSPS.

**Tabela 6** - Correlação entre clima de segurança e dimensões do QSPS

	Clima de segurança	
	Coeficiente de correlação (r)	Significância (p)
Dimensão QSPS - Lidar com os Clientes	-,227	0,061
Dimensão QSPS – Excesso de trabalho	-,104	,394
Dimensão QSPS – Carreira e Remuneração	-,217	,074
Dimensão QSPS – Relações profissionais	,046	,710
Dimensão QSPS – Ações de formação	-,047	,702
Dimensão QSPS – Problemas familiares	-,080	,514

Como se pode verificar pela tabela 7, existe correlação significativa e negativa entre as dimensões de clima de segurança “procedimentos de segurança”, “fluxo de informações de segurança” e “gestão de segurança” com “*stress* ocupacional” ( $r=-$

,420;  $p < .01$ ), ( $r = -.377$ ;  $p < .01$ ) e ( $r = -.300$ ;  $p < .05$ ), respetivamente. Ou seja, à medida que os procedimentos de segurança, o fluxo de informação de segurança e a gestão de segurança aumentam, o *stress* ocupacional diminui. A resposta à primeira pergunta derivada é parcialmente positiva, sendo que três das dimensões do clima de segurança estão significativas e negativamente relacionadas com o “*stress* ocupacional”.

Pela tabela 7 verifica-se também que existe correlação significativa mas positiva entre a dimensão de clima de segurança “prioridade dada à segurança” e *stress* ocupacional ( $r = .359$ ;  $p < .01$ ); ou seja, à medida que aumenta a prioridade dada à segurança aumenta também o *stress* ocupacional, o que vem dar resposta positiva à segunda pergunta derivada, pois à medida que aumenta a prioridade dada à segurança, o *stress* ocupacional aumenta.

A enfermeira supervisora da Clínica de Santo António da Reboleira, quanto aos resultados obtidos na tabela 7, refere:

A existência de procedimentos de segurança na Clínica baseiam-se no preenchimento de *check-list* para prevenção de erros. Esta prevenção visa a proteção tanto do cliente como do profissional. São baseados nas *guidelines*, mas adaptadas a cada serviço onde os elementos pertinentes foram consultados para a sua elaboração. Não obstante esta situação, houve em alguns casos alguma relutância na sua utilização e respetivo preenchimento. Esta situação implementou-se há cerca de 2 anos atrás e, neste momento, encontram-se completamente implementados *check-lists* em vários serviços, sendo já vistos como uma mais-valia e diminuindo o *stress* destes em várias situações. Em termos de fluxo de informação, todos os profissionais têm fácil acesso aos manuais de protocolos, procedimentos e *check list*, não sendo esta questão indutora de *stress*, antes pelo contrário. A chefia é bastante próxima e presente de todos os elementos, o que facilita a comunicação e a possibilidade de colocação de questões relevantes sobre a segurança. A prioridade dada à segurança na Clínica é uma realidade presente, por esse fato não me parece que tal aumente o *stress* dos enfermeiros. (SIC)

**Tabela 7** - Correlações entre dimensões de clima de segurança e *stress* ocupacional

	Dimensão Questionário de Clima de Segurança - Procedimentos de Segurança	Dimensão Questionário de Clima de Segurança - Fluxo de informações de segurança	Dimensão Questionário de Clima de Segurança - Gestão de segurança	Dimensão Questionário de Clima de Segurança - Prioridade dada à segurança
<i>Stress</i> ocupacional	-,420**	-,377**	-,300*	,359**

\*\*Correlação significativa para  $p < .01$ ; \*Correlação significativa para  $p > .05$

Pela tabela 8, verifica-se que a dimensão do questionário de clima de segurança “procedimentos de segurança”, encontra-se significativa e negativamente correlacionada com todas as dimensões do QSPS: lidar com os clientes ( $r = -.339$ ;  $p < .01$ ), excesso de trabalho ( $r = -.411$ ;  $p < .01$ ), carreira e remuneração ( $r = -.465$ ;  $p < .01$ ), relações profissionais ( $r = -.242$ ;  $p < .05$ ), ações de formação ( $r = -.377$ ;  $p < .01$ ), problemas familiares ( $r = -.310$ ;  $p < .01$ ), ou seja, à medida que aumentam os procedimentos de segurança diminui o *stress* associado a lidar com os clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração, relações profissionais, ações de formação e problemas familiares. O resultado obtido vem dar resposta negativa à terceira pergunta derivada, verificando-se que à medida que aumentam os procedimentos de segurança, o *stress* associado ao excesso de trabalho diminui.

A enfermeira supervisora da Clínica de Santo António da Reboleira, quanto aos resultados obtidos pela tabela 8, refere:

Na realidade da Clínica, procedimentos de segurança, como o preenchimento da *check-list*, não é considerado trabalho excessivo, é sim considerado acessível, rápido e ajuda a gerar a segurança e o tempo necessários para cuidar dos clientes, minimizando o nível de *stress* dos profissionais (SIC).

Tabela 8 - Correlação entre procedimentos de segurança e dimensões do QSPS

	Dimensão QSPS - Lidar com os Clientes	Dimensão QSPS - Excesso de trabalho	Dimensão QSPS - Carreira e Remuneração	Dimensão QSPS - Relações profissionais	Dimensão QSPS - Ações de formação	Dimensão QSPS - Problemas familiares
Questionário de Clima de Segurança - <u>Procedimentos</u> <u>de Segurança</u>	-,339**	-,411**	-,465**	-,242*	-,377**	-,310**

\*\*Correlação significativa para  $p < .01$ ; \*Correlação significativa para  $p > .05$

Pela tabela 9 verifica-se que a dimensão questionário de clima de segurança “fluxo de informações de segurança” encontra-se significativa e negativamente correlacionada com as dimensões do QSPS: lidar com os clientes ( $r = -,418$ ;  $p < .01$ ), excesso de trabalho ( $r = -,359$ ;  $p < .01$ ), carreira e remuneração ( $r = -,396$ ;  $p < .01$ ), problemas familiares ( $r = -,356$ ;  $p < .01$ ), ou seja, à medida que aumenta o fluxo de informação de segurança diminui o *stress* associado a lidar com os clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração e problemas familiares. O resultado obtido vem dar resposta positiva à quarta pergunta derivada, verificando-se que, à medida que aumenta o fluxo de informações de segurança, o *stress* associado a lidar com os clientes diminui.

A enfermeira supervisora da Clínica de Santo António da Reboleira, quanto aos resultados obtidos na tabela 9, refere:

As informação acerca de segurança presentes em cada serviço são as necessárias aos profissionais agirem de forma segura. São realizadas formações e reuniões quando necessária alguma reformulação, ou quando alguma falha é detetada. Como referido anteriormente, estes procedimentos e protocolos foram desenvolvidos em parceria com os Enfermeiros e outros profissionais. Penso que esta questão é de extrema importância para a diminuição do *stress* ao lidar com os clientes (SIC).

**Tabela 9** - Correlação entre fluxo de informações de segurança e dimensões do QSPS

	Dimensão QSPS - Lidar com os Clientes	Dimensão QSPS - Excesso de trabalho	Dimensão QSPS - Carreira e Remuneração	Dimensão QSPS - Relações profissionais	Dimensão QSPS - Ações de formação	Dimensão QSPS - Problemas familiares
Dimensão Questionário de Clima de Segurança - Fluxo de informações de segurança	-,418**	-,359**	-,396**	-,233	-,164	-,356**

\*\*Correlação significativa para  $p < .01$ ; \*Correlação significativa para  $p > .05$

Pela tabela 10, verifica-se que, a dimensão questionário de clima de segurança “Gestão de segurança” encontra-se significativa e negativamente correlacionada com as dimensões do QSPS: lidar com os clientes ( $r = -.289$ ;  $p < .05$ ), excesso de trabalho ( $r = -.316$ ;  $p < .01$ ), carreira e remuneração ( $r = -.381$ ;  $p < .01$ ) e problemas familiares ( $r = -.297$ ;  $p < .05$ ), ou seja, à medida que aumenta a gestão de segurança diminui o *stress* associado a lidar com os clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração e problemas familiares. O resultado obtido vem dar resposta positiva à quinta pergunta derivada, pois à medida que aumenta a gestão de segurança, o *stress* associado à carreira e remuneração diminui.

A enfermeira supervisora da Clínica de Santo António da Reboleira, quanto aos resultados obtidos na tabela 10, refere:

Sendo a Clínica uma instituição privada, não se rege pelos mesmos moldes de progressão de carreira logo, os enfermeiros, em grande parte em segundo emprego, não têm como objetivo qualquer progressão na instituição, não sendo esta questão fonte de *stress* (SIC).

**Tabela 10** - Correlação entre gestão de segurança e dimensões do QSPS

	Dimensão QSPS - Lidar com os Clientes	Dimensão QSPS - Excesso de trabalho	Dimensão QSPS - Carreira e Remuneração	Dimensão QSPS - Relações profissionais	Dimensão QSPS - Ações de formação	Dimensão QSPS - Problemas familiares
Dimensão Questionário de Clima de Segurança - <u>Gestão de segurança</u>	-,289	-,316**	-,381**	-,176	,064	-,297

\*\*Correlação significativa para  $p < .01$ ; \*Correlação significativa para  $p > .05$

Pela tabela 11, verifica-se que, a dimensão questionário de clima de segurança “prioridade dada à segurança” encontra-se significativa e positivamente correlacionada com as dimensões do QSPS: excesso de trabalho ( $r = ,383$ ;  $p < .01$ ), carreira e remuneração ( $r = ,256$ ;  $p < .05$ ), relações profissionais ( $r = ,416$ ;  $p < .01$ ), problemas familiares ( $r = ,343$ ;  $p < .01$ ), ou seja, à medida que aumenta a prioridade dada à segurança aumenta o *stress* associado ao excesso de trabalho, carreira e remuneração, relações profissionais e problemas familiares.

**Tabela 11** - Correlação entre prioridade dada à segurança e dimensões do QSPS

	Dimensão QSPS - Lidar com os Clientes	Dimensão QSPS - Excesso de trabalho	Dimensão QSPS - Carreira e Remuneração	Dimensão QSPS - Relações profissionais	Dimensão QSPS - Ações de formação	Dimensão QSPS - Problemas familiares
Dimensão Questionário de Clima de Segurança - <u>Prioridade dada à segurança</u>	,127	,383**	,256*	,416**	,209	,343**

\*\*Correlação significativa para  $p < .01$ ; \*Correlação significativa para  $p > .05$





## 7. CONCLUSÕES

Neste capítulo são apresentadas as conclusões e limitações desta investigação. São feitas também sugestões para futuras investigações no âmbito do clima de segurança e *stress* ocupacional, na área de Enfermagem.

Num estudo de meta-análise, Beus, Payne, Bergman & Junior (2010) encontraram a gestão de segurança como uma das dimensões de clima de segurança mais comumente referidas. Os resultados obtidos nesta investigação demonstram a gestão de segurança como a dimensão com maior média de resposta no questionário, ou seja, como a mais referenciada em termos de clima de segurança na CLISA.

Lindstrom (1992) refere que um dos principais indutores de *stress* para os enfermeiros durante a sua prática diária, é a dificuldade e o sentimento de incapacidade para lidar com as exigências emocionais e sofrimento dos doentes e das suas famílias. Na presente investigação, os resultados obtidos remetem para o mesmo antecedente (lidar com os clientes), como um dos com maior relevância entre os enfermeiros participantes no estudo.

Oliver, Cheyne, Cox e Tomás (2002) referem que uma das formas encontradas pelas empresas e organizações para atenuar o *stress* ocupacional dos seus trabalhadores é o investimento real e efetivo num clima organizacional de segurança forte. O esperado com esta investigação, era uma relação negativa entre o clima organizacional e o *stress* ocupacional, ou seja, à medida que o clima de segurança aumentasse, o *stress* ocupacional diminuiria. Tal não se verificou, com a análise de correlação a demonstrar não existir relação entre as variáveis. O fato é que, embora estas variáveis não se encontrem relacionadas, três das dimensões de clima de segurança encontram-se negativamente correlacionadas com o *stress*.

Katz-Navon et al., (2005), ao falar especificamente de procedimentos de segurança, refere que procedimentos muito burocráticos não deixam o trabalho fluir. Cropanzano e Byrne (2001) *apud* Katz-Navon et al., (2005) reforçam a ideia anterior, ao falarem em particular nos profissionais de saúde, mencionando que estão expostos a ambientes bastante incertos e voláteis, em que demasiados procedimentos formais inibem os profissionais em situações que, por vezes, necessitam de atuação e adaptações imediatas. Por outro lado, poucos ou inadequados procedimentos formais, menos explícitos ou confusos, que não contemplem as situações possíveis, são vistos como

insuficientes para manter a segurança e aumentar o *stress* (Katz-Navon et al., 2005). Brown e Eisenhardt (1997) *apud* Katz-Navon et al. (2005) sugerem que deve existir um equilíbrio algures entre muitas e escassas estruturas de segurança formais. Em relação ao fluxo de informação de segurança, Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez (2000) e Serra (1999) *apud* Leite e Uva (2012) referem que um dos antecedentes de *stress* de maior relevo é a má comunicação entre colegas, chefias e organizações, ou seja, quando a comunicação, e conseqüente fluxo de informação, é eficaz, o *stress* inerente a todas as dimensões tende a diminuir, o que vai de encontro aos resultados desta investigação. Cheyne, Cox, Oliver, & Tomás (1998) reforçam a ideia da importância de um clima de segurança elevado ser um importante atenuante do *stress* ocupacional. Ao referirem-se à gestão de segurança, defendem que, em organizações ou unidades de organizações onde o superior apresenta um nível de comprometimento elevado para com as práticas de segurança, e os seus colaboradores o vêem como exemplo, o clima de segurança é elevado e, conseqüentemente, o nível de *stress* é mais baixo. Para Cox, Griffiths, Rial-Gonzalez (2000) e Serra (1999) *apud* Leite e Uva (2012), a deficiente liderança e os maus exemplos dados por estas são um importante antecedente de *stress* para os trabalhadores. Martins (2003) menciona que, uma boa relação com o superior é um contributo importante para o bem-estar psicológico do trabalhador (diminuição do *stress*) em todas as dimensões. Na presente investigação encontrou-se uma relação significativa e negativa de “procedimentos de segurança”, “fluxo de informações de segurança” e “gestão de segurança” com *stress* ocupacional.

De acordo com Katz-Navon et al. (2005), a prioridade das unidades ou organizações sobre a segurança pode variar de acordo com a dinâmica do grupo ou até com as suas atividades, sendo que as organizações que dão atenção e prioridade à segurança motivam os colaboradores a fazê-lo também. A dimensão de clima de segurança que, nesta investigação, não demonstrou uma correlação negativa com *stress* foi a prioridade dada à segurança. Os resultados apontam para que, à medida que aumenta a prioridade dada à segurança, aumenta também o *stress*. Tal pode ser explicado, por exemplo, por uma possível falta de informação em relação à prioridade dada à segurança por parte da organização. Em organizações em que a segurança não seja uma prioridade, as ações e protocolos acerca de segurança desenvolvidas, são vistas pelos colaboradores apenas como retóricas, sendo, na maioria das vezes ignoradas, embora sem conseqüências (Falbruch & Wilpert, 1999 *apud* Katz-Navon et al. 2005). Tal fato leva os trabalhadores a não saber como atuar, se da forma mais

prática e rápida e conseqüentemente da forma mais segura, ou vice-versa, aumentando os seus níveis de *stress*.

A quantidade de trabalho burocrático dos enfermeiros associado a protocolos e procedimentos é muitas vezes traduzido num clima organizacional percebido como stressante pelos profissionais; além de aumentar a sua carga de trabalho, estes sentem estar a “perder tempo com papéis” ao invés de estarem a cuidar dos clientes (Martins, 2003). Nesta investigação, os resultados obtidos demonstram que, à medida que aumentam os procedimentos de segurança, diminui o *stress* com o excesso de trabalho, talvez por estes perceberem os procedimentos de segurança como algo indispensável à sua segurança, boa prática e segurança dos clientes, ou seja, não como trabalho aumentado, mas como algo que faz parte dele.

Ao nível da quantidade ideal e fluxo de informação, Katz-Navon et al. (2005) defende que o ideal é o intermediário, pois a informação disponível é a correta, sendo que muita informação leva, em alguns momentos, a dificuldades de interpretação e conseqüente *stress*, assim como informação escassa leva a dificuldades de saber como atuarem perante os clientes. Por vezes pode ser difícil perceber este nível intermédio, sendo que é preciso tempo, treino e estudos experimentais para o atingir (Katz-Navon et al., 2005). Na presente investigação, os resultados apontam para que o aumento de fluxo de informação de segurança diminua o *stress* ao lidar com os clientes, talvez porque, como referido pela enfermeira supervisora, a informação disponível em cada serviço da CLISA seja a necessária para o funcionamento seguro da unidade e existam reuniões e adaptações constantes, bem como sempre que existe essa necessidade.

A gestão de segurança é uma dimensão bastante importante do clima de segurança e os trabalhadores, ao observarem comportamentos seguros por parte dos seus superiores e ao seguirem o mesmo padrão de comportamentos, sentem menos *stress* em relação à carreira e remuneração. Percebem maiores possibilidades de evolução ao agirem de forma semelhante ao seu superior. Uma explicação para que, à medida que a gestão de segurança aumente, o *stress* associado à carreira e remuneração diminua, pode ser esta. Estes resultados podem estar enviesados pelo fato de na CLISA não existir progressão na carreira, como referido pela enfermeira supervisora.

De uma forma genérica, os resultados desta investigação demonstram a importância de um clima de segurança elevado de forma a reduzir o *stress* ocupacional e as suas consequências. Salientam também a importância de manter uma atitude vigilante e criar condições laborais que reduzam o *stress* e as suas consequências. Comprovou-se a relação entre clima de segurança e *stress* ocupacional e demonstrou-se a grande importância que estas variáveis têm no desempenho diário dos enfermeiros e próprias organizações, devendo ser consideradas intervenções mais ajustadas e eficazes, inclusivamente no clima de segurança, que visem reduzir e prevenir o *stress* ocupacional. Estas intervenções, nomeadamente na gestão de recursos humanos, podem ser encontradas no programa "Saúde Para Todos No Ano 2000" como referido por Martins (2003) e dizem respeito a proporcionar condições de trabalho atrativas e gratificantes com educação permanente, proporcionar o desenvolvimento da carreira, criar um departamento de aconselhamento psicológico.

Algumas limitações desta investigação são o facto de o tamanho da amostra ser pouco representativo, dado o número de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (65.467 em 2012). Outra limitação é o fato desta investigação ter sido desenvolvida no âmbito de uma clínica privada, correndo o risco de não poder ser replicada num hospital público, por apresentar, por exemplo, características de gestão diferentes.

Em futuras investigações seria interessante aplicar o mesmo estudo num contexto de hospital público, de forma a fazer uma comparação de resultados. Considera-se igualmente bastante interessante o desenvolvimento de um estudo idêntico ao realizado, em que, além da relação entre clima de segurança e *stress* ocupacional, se estudasse a relação do tipo de contrato laboral com estas variáveis. Outra sugestão seria o estudo da relação entre clima de segurança e comportamentos seguros nos enfermeiros, sendo que vários estudos mostram que o clima de segurança é um preditor importante de comportamentos seguros (Guldenmund, 2000).

Investigações desta temática têm cada vez mais importância na medida que o bem-estar físico e psicológico de quem presta serviços de saúde é essencial para cuidar de uma forma responsável e de excelência dos que precisam.

## REFERÊNCIAS

BAUMANN, A. (2007) - Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care - Information and Action Tool Kit. Geneva: ICN.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (2002) – Burnout : quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BEUS, J. M. [et al.] (2010) - Safety Climate and Injuries: An Examination of Theoretical and Empirical Relationships. American Psychological Association. 95:4 (2010) 713–727.

BOORE, J. R. P. (1981) - The physical science in nursing. London : Butterworths.

BRUNNER, L. (1983) - Enfermería médico-quirúrgica. México : Interamericana.

BUCHANAN, J.; CONSIDINE, G. (2002) - Stop telling us to cope! Report for the NSW Nurses Association. Sydney : Australian Centre for Industrial Relations Research and Training.

CAMPOS, D. C.; DIAS, M. C. F. (2012) - A cultura de segurança no trabalho : um estudo exploratório. Sistemas & Gestão : Revista Electrónica, 7:4, 594-604.

CHANG, E., HANCOCK, K. (2003) - Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. Nursing and Health Sciences. 5 (2003) 155–163.

CHEYNE, A. [et al.] (1998) - Modeling safety climate in the prediction of levels of safety activity. Work & Stress. 12 (1998) 255–271.

CLANCY, M. D. (2006) - Talking Points for Nurse Alliance of Service Employees International Union. Missouri : AHRQ.

CLISSOLD, G. (2005) - Role stress as a predictor of safety climate and safety performance. Department of management working paper series [Em linha]. 66/05 (October 2005). [Consult. 05 Nov. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.buseco.monash.edu.au/mgt/research/working-papers/2005/wp66-05.pdf>>.

COLLIGAN, M. J.; ROSA, R. R. (1990) - Shift work effects on social and family life. Occupational Medicine. 5 (1990) 315–22.

COOPER, C. L. (1983) - Identifying stressors at work: Recent research developments. Journal of Psychosomatic Research. 21 (1983) 369-376.

COOPER, C. L. [et al.] (2001) - Organizational stress : a review and critique of theory, research, and applications. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc.

COOPER, M. D. (2000) - Towards a model of safety culture. Safety Science. 36 (2000) 111-136

COUTO, M. J. M. (2011) - O impacto do clima de segurança organizacional nos comportamentos de segurança numa amostra de Bombeiros: o efeito mediador do stress profissional. Lisboa : Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Dissertação

COX, S. J., CHEYNE, A. J. T. (2000) - Assessing safety in offshore environments. Safety Science. 34 (2000) 215-257.

DECRETO-LEI n.º 161/1996. D.R. I-A Série. 205 (1996-09-04) 2959-2962. Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril.

ECRI INSTITUTE (2009) - Risk management, quality improvement, and patient safety. Risk and Quality Management Strategies [Em linha]. 2:4 (July 2009) 2-14. [Consult. 14 Nov. 2013]. Disponível em: [https://www.ecri.org/Documents/secure/Risk\\_Quality\\_Patient\\_Safety.pdf](https://www.ecri.org/Documents/secure/Risk_Quality_Patient_Safety.pdf).

FILHO, A. P. G. [et al.] (2011) - Cultura e gestão da segurança no trabalho : uma proposta de modelo. Gestão & Produção. 18:1 (2011) 205-220.

GARCIA, A. M. [et al.] (2004) - Why do workers behave unsafely at work? Determinants of safe work practices in industrial workers. Occupational and Environmental Medicine. 61 (2004) 239-246.

GERSHON, R. R. M. [et al.] (2004) - Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. JONA. 34:1 (2004) 33-40.

GOMES, A. R. (1998) - Stress e burnout nos profissionais de Psicologia. Braga : Universidade do Minho. Dissertação.

GOMES, A. R. (2010) - Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde [Em linha]. Braga : Univ. Minho. [Consult. 15 Set. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://ardh-gi.com/documentos/qspsSaude.pdf>>.

GOMES, A. R. [et al.] (2009) - Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. Psicologia : Teoria e Pesquisa. 25:3 (2009) 307-318.

GULDENMUND, F.W. (2000) - The nature of safety culture: A review of theory and research. Safety Science. 34 (2000) 215-257.

HAMMER, T. [et al.] (2004) - Expanding the psychosocial work environment: workplace norms and work-family conflict as correlates of stress and health. Journal of Occupational Health Psychology. 9:1 (2004) 83-97.

HATCH, M. J. (1993) - The dynamics of organizational culture. Academy of Management Review. 18:4 (1993) 657-693.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (1993) - Organizing for safety: third report of the human factors study group of ACSNI [Em linha]. [S.l. :s.n.]. [Consult. 14 Nov. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/common4.pdf>>.

HESPANHOL, A. (2005) - Burnout e stress ocupacional. Revista Portuguesa de Psicossomática. 7:1 (2005) 153-162.

HOFMANN, D. A. [et al.] (1995) - High reliability process industries: Individual, micro and macro organizational influences on safety performance. Journal of Safety Research. 26 (1995) 131-149.

HOFSTEDE, G. (1991) - Cultures and organizations: software of the mind. NewYork : McGraw-Hill.

HOPKINS, A. (2006) - Study organizational cultures and their effects on safety. Safety Science. 44 (2006) 875-889.

IAEA (1986) - Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. Vienna : International Safety Advisory Group.



INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2007) - Positive Practice Environments for Health Care Professionals [Em linha]. Geneva : International Council of Nurses. [Consult. 23 Out. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.icn.ch/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/>>.

KATZ-NAVON, T. [et al.] (2005) - Patient treatment errors : a safety climate approach. Management Science. 51 (2005) 948–960.

KATZ-NAVON, T. [et al.] (2005) - Safety climate in health care organizations: a multidimensional approach. Academy of Management Journal. 48:6 (2005) 1075–1089.

LAMBERT, V. ; LAMBERT, C. (2001) - Literature review of role stress/ strain on nurses : an international perspective. Nursing & Health Sciences. 3 (2001) 161–172.

LANDSBERGIS, P. (2003) - The changing organization of work and the safety and health of working people: a commentary. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 45 (2003) 65–72.

LEAPE, L. L. (2002) - Reporting of adverse events. New England Journal of Medicine. 347 (2002) 1633–1638.

LEE, M. ; BARNETT, G. (1997) - A symbols-and-meaning approach to the organizational cultures of banks in the United States, Japan and Taiwan. Communication Research. 24:4 (1997) 394-412.

LINDSTROM, K. (1992) - Work organization and well-being of Finnish health care personnel. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 18:2 (1992) 90-93.

LIPSCOMB, J. A. [et al.] (2004) - Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. American Journal of Public Health. 94 (2004) 1431-1435.

MARTINS, M. C. A. (2003) - Situações indutoras de *stress* no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. Millenium [Em linha]. 28 (2003). [Consult. 5 Out. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium28/18.htm>>.

MATTHIENSEN, A. (2011) - Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários [Em linha]. Boa Vista : Embrapa. (Documentos; 48). [Consult. 20 Out.

2013]. Disponível em WWW:<URL:  
<http://www.cpafrf.embrapa.br/publicacoes/index.php/publicacoes/article/viewFile/112/156>>.

MCINTYRE, T. M. (1994) - *Stress e os profissionais de saúde : os que tratam também sofrem*. Análise Psicológica. 12 (1994) 193-200.

MELO, B. [et al.] (1997) - *Stress Ocupacional em profissionais de saúde e do ensino*. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática. 2 (1997) 53-72.

MIRANDA, S. C. C. (2011) - Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental. Braga: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga. Dissertação

MOHAMMADREZA, A. [et al.] (2010) - *Measuring Safety Culture And Setting Priorities For Action At An Iranian Hospital*. Al Ameen Journal of Medical Sciences. 3:3 (2010) 237-245.

MULLEN, J. (2004) - *Investigating factors that influence individual safety behaviour at work*. Journal of Safety Research. 35 (2004) 275-285.

MUROFUSE, N. [et al.] (2005) - *Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem*. Revista Latino- americana de Enfermagem. 13:2 (2005) 255-261.

NEVES, J. G. (2000) - Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos. Lisboa : Editora RH.

OLIVER, A. [et al.] (2002) - *The effects of organizational and individual factors on occupational accidents*. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 75:4 (2002) 473-488.

OMS (2004) - *Work organization & stress : Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneva : WHO.

OMS (2013) - Occupational health : Stress at the workplace [Em linha]. Geneva : OMS. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em WWW:<URL:  
[http://www.who.int/occupational\\_health/topics/stressatwp/en/](http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/)>.

PINA E CUNHA, M. [et al.] (2007) - Manual de comportamento organizacional e gestão. Lisboa : Editora Rh.

RIBEIRO (2005) - Introdução à psicologia da saúde. Coimbra : Quarteto Editora.

RNAO (2006) - Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background. Canada : RNAO.

RNAO (2008). Workplace Health, Safety and Well-being of the Nurse Guideline. Canada : RNAO.

ROGERS, D. (2004) - The Importance of Developing a Safety Culture. In The Human Equation - The Human Equation [Em linha]. Florida : The Human Equation. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.hrtutor.com/en/news\\_rss/articles/2004/Developing\\_Safety\\_Culture.aspx](http://www.hrtutor.com/en/news_rss/articles/2004/Developing_Safety_Culture.aspx)>.

SACADURA-LEITE, E.; SOUSA-UVA, A. (2012) - Factores indutores de *stress* em profissionais de saúde. Saúde e Trabalho. 8 (2012) 7-21.

SANTOS, A. F. O., CARDOSO, C. L. (2010) - Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. Psicologia em estudo. 15:2 (2010) 245-253.

SANTOS, J., GONÇALVES, G. (2010) - A cultura organizacional : O impacto visível de uma dimensão invisível. PSICO. 41:3 (2010) 393-398.

SCHEIN, E. H. (1984) - Coming to a New Awareness of Organizational Culture. Sloan Management Review. 25:2, 3-16.

SCHEIN, E. H. (1985) - Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey-Bass.

SCHEIN, E. H. (1990) - Organizational Culture - Sloan School of Management, Massachusetts Institute of Technology. American Psychological Association. 45:2 (1990) 109-119.

SCHEIN, E. H. (2001) - Guia de sobrevivência da cultura corporativa. Rio de Janeiro : José Olympio.

SCHWONKE, C. R. G. B. (2012) - Conhecimento de equipe de enfermagem e cultura de segurança : análise sistémica dos riscos na assistência ao doente crítico em ventilação mecânica invasiva. Rio Grande : Universidade Federal do Rio Grande. Dissertação.

SEABRA, A. P. P. C. (2008) - Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Tese.

SERRA, A. (2011) - O Stress na vida de todos os dias. Coimbra : Edição do autor.

SERRANHEIRA, F. [et al.] (2009) - Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. Saúde & Trabalho. 7 (2009) 5-30.

SINGER, S. J. [et al.] (2003) - The culture of safety : results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Quality and Safety Health Care. 12:2 (2003) 112-118.

SPARKS, K. [et al.] (1997) - The effects of hours of work on health: a meta-analytic review. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 70 (1997) 391–408.

STACCIARINI, M. R. ; TRÓCCOLI, B. T. (2001) - O stress na atividade ocupacional do enfermeiro. Revista Latino-Americana Enfermagem. 9:2 (2001) 17-25.

TAKAHASHI, M. [et al.] (2004) - Post-lunch nap as a worksite intervention to promote alertness on the job. Ergonomics. 47 (2004) 1003-1013.

THARALDSEN, J. [et al.] (2008) - A longitudinal study of safety climate on the Norwegian continental shelf. Safety Science. 46 (2008) 427-439.

TRINKOFF, A. M. [et al.] (2008) - Personal Safety for Nurses. In HUGHES, RG, ed. - Patient Safety and Quality : an evidence-based handbook for nurses [Em linha]. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality. [Consult. 22 Nov. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>>.

TROMPENAARS, F. (1993). Nas ondas da cultura: Como entender a diversidade cultural nos negócios. São Paulo : Educator.

UNIÃO EUROPEIA. Comissão Europeia (2002) - O “stress” no trabalho : sal da vida ou morte anunciada – Luxemburgo : Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

WAGENAAR, W. A.; GROENEWEG, J. (1987) - Accidents at sea: Multiple causes and impossible consequences. International Journal of Man-machine Studies. 29 (1987) 587-598.

WIEGMANN, A. D. [et al.] (2002) - A Synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research [Em linha]. Illinois : Aviation research lab. [Consult. 21 Nov. 2013]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.aviation.illinois.edu/avimain/papers/research/pub\\_pdfs/techreports/02-03.pdf](http://www.aviation.illinois.edu/avimain/papers/research/pub_pdfs/techreports/02-03.pdf)>.

WILKSON A. (2001) - Understanding organizational culture and the implications for corporate marketing. European Journal of Marketing. 35 (2001) 353-367.

ZOHAR, D. (1980) - Safety climate in industrial organizations : theoretical and applied implications. Journal of Applied Psychology. 65:1 (1980) 96-102.

ZOHAR, D. (2000). A group-level model of safety climate: Testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. Journal of Applied Psychology. 85 (2000) 587–596.

ZOHAR, D. (2002). Modifying supervisory practices to improve subunit safety: A leadership-based intervention model. Journal of Applied Psychology. 87 (2002) 159–163.

**ANEXOS**

---



## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo A** - Questionário aplicado aos enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira - QSPS.





**ANEXO A**

---

Questionário aplicado aos enfermeiros da Clínica de santo António da  
Reboleira - QSPS





UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA  
MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E  
ANÁLISE ORGANIZACIONAL

### **Clima de Segurança e *Stress* nos Enfermeiros**

O presente inquérito pretende averiguar a perceção que tem da sua segurança no local de trabalho e de *Stress* nos Enfermeiros. Trata-se de um estudo de âmbito académico, enquadrado no mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional da Universidade Lusíada de Lisboa, com o tema “Clima de Segurança e *Stress* dos Enfermeiros”. Para o efeito, solicito a sua colaboração no preenchimento de algumas questões. O inquérito é simples e de rápido preenchimento. Os dados serão tratados de forma agregada e será garantida a confidencialidade dos mesmos.

Por favor leia atentamente e assinale com uma cruz [X] o quadrado que mais se identifica com a sua resposta. Não há respostas certas ou erradas. Responda de forma intuitiva de modo a que descreva a maneira como pensa habitualmente.

Género:  Masculino  
 Feminino

Idade:  Menos de 25 anos  
 25- 35Anos  
 36 – 45Anos  
 46– 55 Anos  
 Mais de 55 anos

Tempo de Exercício Profissional:  De 0 a 4 anos  
 De 5 a 9 anos  
 De 10 a 20anos  
 De 21 a 30 anos  
 31 ou mais anos

### Procedimentos de Segurança

“No meu serviço. . . ”

	<b>Discordo plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo, nem discord</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo plenamente</b>
1. Existem protocolos de atuação escritos.					
2. Estão definidos os procedimentos de segurança adequados a cada situação.					
3. Os procedimentos de segurança estão descritos detalhadamente.					
4. Os procedimentos de segurança abrangem as diferentes situações.					

### Fluxo de Informações de Segurança

“No meu serviço. . . ”

	<b>Discordo plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo, nem discord</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo plenamente</b>
5. Os funcionários são informados das atualizações, regras e regulamentos dos procedimentos de segurança.					
6. Os funcionários são informados dos perigos potenciais.					
7. Existem formação contínua em procedimentos de segurança.					
8. A informação dos procedimentos de segurança é disponibilizada regularmente.					

**Gestão de Práticas de Segurança**

"No meu serviço, o chefe. . . "

	Totalmente Falso	Parcialmente falso	Nem falso nem verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Totalmente verdadeiro
9. Esta próximo dos elementos da equipa, alertando para as questões de segurança no trabalho.					
10. Supervisiona com maior proximidade, quando um membro da equipa viola uma regra de segurança.					
11. Considera o desempenho da segurança nas avaliações de desempenho e progressões.					
12. Manifesta-se irritado com os trabalhadores que ignoram regras de segurança.					
13. Garante que não há riscos no local.					
14. Cria uma atmosfera em que as pessoas podem dizer o que pensam sobre a segurança.					

**Prioridade dada à Segurança**

"No meu serviço. . . "

	Totalmente Falso	Parcialmente falso	Nem falso nem verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Totalmente verdadeiro
15. De modo a cumprir todas as atividades a realizar, é necessário quebrar regras de segurança.					
16. Quando a pressão aumenta e existe mais trabalho, é dada preferência a rapidez de execução do mesmo, ainda que isso signifique um comprometimento da segurança.					
17. A escassez de recursos humanos leva ao não cumprimento das normas de segurança.					
18. As normas e procedimentos de segurança são ignorados.					
19. A existência das normas de segurança, é apenas uma obrigação legal.					
20. Ignorar a segurança é aceitável.					
21. Não importa a forma como o trabalho é feito, desde que não haja acidentes.					

*Stress*

	<i>Nenhum Stress</i>	<i>Pouco Stress</i>	<i>Moderado Stress</i>	<i>Bastante Stress</i>	<i>Elevado Stress</i>
1. Nível global de <i>stress</i> na sua atividade enquanto Enfermeiro/a.					

Como classifica o nível de *stress* que cada situação lhe suscita?

	<i>Nenhum Stress</i>	<i>Pouco Stress</i>	<i>Moderado Stress</i>	<i>Bastante Stress</i>	<i>Elevado Stress</i>
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes.					
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho.					
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira.					
4. Trabalhar muitas horas seguidas.					
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares.					
6. Falar ou fazer apresentações em público.					
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores.					
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os utentes esperam de mim.					
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho.					
10. Falta de perspetivas de progressão na carreira.					
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar.					
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático.					
13. Receber um salário baixo.					
14. Gerir problemas graves dos utentes.					

	<b>Nenhum Stress</b>	<b>Pouco Stress</b>	<b>Moderado Stress</b>	<b>Bastante Stress</b>	<b>Elevado Stress</b>
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas.					
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais.					
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho.					
18. Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho.					
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos).					
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos utentes.					
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho.					
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho.					
23. Salário inadequado/insuficiente.					
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade.					
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.).					

Obrigado pela sua colaboração.