

Mário Luis Alves Mateus

**Determinantes do Comportamento de
Segurança e Burnout dos Enfermeiros em
contexto de Hemodiálise**



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo

2018

Mário Luis Alves Mateus

**Determinantes do Comportamento de
Segurança e Burnout dos Enfermeiros em
contexto de Hemodiálise.**

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Cátia Sousa



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo

2018

Seja qual for o seu sonho, comece.

Johann Goethe

Determinantes do Comportamento de Segurança e Burnout dos Enfermeiros em contexto de Hemodiálise

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Mário Luis Alves Mateus

Copyright by

Mário Luis Alves Mateus

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Aos meus pais.

Agradecimentos

A Deus, por tudo.

Aos meus Pais, pelo apoio incondicional oferecido ao longo de toda a minha vida, mesmo quando as minhas escolhas fugiram aos seus sonhos.

À minha Ana, o que faria sem ti?

À Mariana, espero que um dia percebas que tudo aquilo que o pai faz é por ti. Perdoa-me a ausência.

À professora Cátia, não havia melhor pessoa para me acompanhar ao longo desta caminhada. Foi *perentório* o seu apoio e o que me ensinou ao longo destes dois anos,

À Tatiana, Cila, Rosy, Benoit, Rute, Paula e Alex porque o que sou também se deve ao que vocês são.

À Vera, por ter sido uma colega presente ao longo destes dois anos.

À NephroCare Portugal na pessoa da Dra. Alexandra Seabra, Dra. Nicole Matias e Enfermeiro Fernando Leitão pela ajuda que foi prestada ao longo deste processo.

Aos colegas Enfermeiros que todos os dias fazem do seu trabalho nas clínicas NephroCare espalhadas pelo país a arte do cuidar do outro – somos os melhores!

Obrigado a todos.

Resumo

O desenvolvimento de ambientes de trabalho seguros e saudáveis é um fator primordial para o sucesso organizacional, em particular nas atividades profissionais sujeitas a riscos elevados, como é o caso da Enfermagem. Este estudo tem como objetivos analisar os efeitos do clima de segurança física e psicossocial e da percepção de risco, mediados pela autoeficácia, sobre o burnout, assim como os efeitos do burnout sobre os comportamentos de segurança no contexto da Enfermagem em Hemodiálise. Foi ainda objetivo identificar práticas de redução do *Burnout*. Com recurso a uma amostra de 320 Enfermeiros (211 mulheres e 109 homens) com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos, os resultados mostram que o clima de segurança e a percepção de risco influenciam a síndrome de *Burnout*, o que se reflete, tanto no comportamento de segurança física como psicossocial. A criação de programas de saúde e bem-estar, bem como aspetos relacionados com a gestão de horários, foram as principais práticas mencionadas, tendo em vista a redução do *Burnout*. Este estudo reforça assim a importância da promoção do clima de segurança nas organizações, para uma melhoria do desempenho dos recursos humanos.

Palavras-chave: Clima de segurança físico e psicossocial; percepção de risco; autoeficácia; *Burnout*; comportamentos de segurança física e psicossocial, Enfermagem, Hemodiálise

Abstract

The development of safe and healthy work environments is a key factor for organizational success, particularly in high-risk professional activities such as nursing. This study aims to analyze the effects of the physical and psychosocial safety climate and the, mediated by self-efficacy, on burnout, as well as, the effects of burnout on safety behaviors on a Haemodialysis background. It was also an objective to identify burnout reduction practices. Using a sample of 320 nurses (211 women and 109 men) aged between 22 and 66, the results show that both, safety climate and risk-perception perception, influence the burnout syndrome, which is reflected, in physical and psychosocial safety behavior. The establishment of health and wellness programs, as well as aspects related to the management of schedules, were the main practices mentioned, in order to reduce *Burnout*.

Keywords: Physical and psychosocial safety climate; risk-perception; self-efficacy; burnout; physical and psychosocial safety behaviors; Nursing; Hemodialysis

Índice Geral

Índice de Tabelas.....	XII
Índice de Figuras	XIII
Introdução.....	14
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 Determinantes do Comportamento de segurança	17
1.1.1 Cultura de segurança	17
1.1.2 Clima de Segurança	21
1.1.3 Comportamentos de Segurança.....	26
1.1.4 Percepção de Risco.....	32
1.1.5 Determinantes do Comportamento de segurança em Enfermagem	39
1.2 <i>Burnout</i>	44
1.2.1 Definição e evolução do conceito	44
1.2.2 Fatores causais da síndrome de <i>Burnout</i>	52
1.2.3 Consequências da síndrome de <i>Burnout</i>	58
1.2.5 Prevenção e Intervenção.....	60
1.2.6 O papel mediador da Autoeficácia.....	63
1.2.7 <i>Burnout em Enfermagem</i>	65
1.3 A Enfermagem	68
1.3.1 Enfermagem em Hemodiálise	71
1.3.2 O caso NephroCare´	77
2.3.2.1 Visão, Missão e Valores.....	78
1.3.2.2 Serviços	78
1.3.2.3 Setor de atividade e meio envolvente	79
1.4 Determinantes do comportamento de segurança e <i>Burnout</i> em contexto de Hemodiálise	80
II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	86
2. Metodologia	86
2.1 Amostra	86
2.2 Procedimentos	88
2.4 Instrumentos	89

2.5. Análise de Dados	93
3. Resultados	93
3.1 Estatística descritiva	93
3.2 Análise Correlaciona.....	97
3.4 Práticas de redução do burnout.....	101
3.3 Análise de Regressão.....	105
4. Discussão	112
5. Considerações Finais	121
Referências.....	124
Anexos.....	148
Anexo 1: Escalas	149
Apêndices	154
Apêndice A: Questionário Sociodemográfico	155

Índice de Tabelas

Tabela 1.1: A evolução do conceito de cultura de segurança.....	20
Tabela 1.2: A evolução do conceito de clima de Segurança	25
Tabela 1.3: Relação entre a tipologia do risco e a percepção do risco	37
Tabela 1.4: Enquadramento legal da profissão de Enfermagem	70
Tabela 1.5: Estádios da IRC	73
Tabela 1.6: Estudos sobre o Burnout em Enfermeiros em contexto de hemodiálise.....	77
Tabela 3.1: Médias, desvios-padrão e alfa de Cronbach das variáveis clima de segurança física, psicossocial e comportamentos de segurança física e psicossocial.....	94
Tabela 3.2 Médias, desvios-padrão e alfa de Cronbach das variáveis Percepção de Risco e Autoeficácia	96
Tabela 3.3: Médias, desvios-padrão e alfa de Cronbach das sobre a probabilidade de vir a ter acidentes.....	96
Tabela 3.4: Médias, desvios-padrão e alfa de Cronbach da variável Burnout	97
Tabela 3.5: Análise Correlacional da Amostra	98
Tabela 3.6: Práticas de Redução de Burnout: Equipa Multidisciplinar	98
Tabela 3.7: Práticas de Redução de Burnout: Horário	102
Tabela 3.8: Práticas de Redução de Burnout: Incentivos, Condições Físicas e Chefia	103
Tabela 3.9: Práticas de Redução de Burnout: Incentivos, Condições Físicas e Chefia	103
Tabela 3.10: Práticas de Redução de Burnout: Avaliação de Desempenho, Formação, Enfermagem do Trabalho	103
Tabela 3.11: Saúde e Bem-estar	104
Tabela 3.12: Regressão hierárquica para a predição do Burnout	106
Tabela 3.13: Regressão hierárquica para a dimensão cansaço físico	107
Tabela 3.14: Regressão hierárquica para a dimensão Cansaço Cognitivo	108
Tabela 3.15: Regressão hierárquica para a Exaustão emocional	109
Tabela 3.16: Regressão hierárquica para os Comportamentos de Segurança.....	109
Tabela 3.17: Regressão hierárquica para todas as váriaveis sobre os comportamentos de segurança.....	110

Índice de Figuras

Figura 1.1: Cultura de Segurança (Cooper, 2000)	19
Figura 1.2: Cultura de Segurança e Clima de Segurança	22
Figura 1.3: Graus de segurança no comportamento (Bley 2007).....	28
Figura 1.4: Modelo do Comportamento de Segurança (Griffin & Neal)	31
Figura 1.5: Processo perceptivo segundo Gardener (1989)	34
Figura 1.6: Descrição do Processo de Hemodiálise	75
Figura 2.1: Distribuição da amostra por género	87
Figura 2.2: Distribuição da amostra por zona onde exerce funções	87
Figura 2.3: Distribuição da amostra por função e tipo de contrato	104
Figura 3.1: Práticas de redução de Burnout	104
Figura 3.2: Valores de predição das variáveis em estudo	105

Introdução

Atualmente a Enfermagem é considerada uma das atividades de maior risco, derivado das mudanças que tem vindo a sofrer, quer do lado da procura como da oferta de cuidados, associados à escassez de recursos.

De facto, temos uma população maioritariamente idosa, o que se traduz num aumento do número de casos de doenças crónicas (como o caso da Insuficiência Renal Crónica) que representam 60 a 80% dos custos em saúde e que implicam um incremento da utilização contínua destes serviços (OIT, 2015).

O alerta para as questões de segurança hospitalar foi dado pelo Institute of Medicine (IOM) que publicou, em 1999, um relatório intitulado "To Err is Human: Building a Safer Health System" que abriu caminho para a discussão sobre a necessidade de uma mudança nos comportamentos dos profissionais e organizações de saúde, com o intuito de alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos utentes (IOM, 2014).

A sinistralidade laboral, em todo o mundo, apresenta valores alarmantes. Em média, por dia, morrem 5000 trabalhadores, devido a acidentes de trabalhos ou vítimas de doenças profissionais (OIT, 2005). Estes valores remetem para a necessidade de, paralelamente à atuação técnica, valorizar uma atuação ao nível do fator humano e a emergência de uma abordagem de prevenção ao nível dos fatores sociais e organizacionais (Barros-Duarte & Monteiro, 2015).

Há, então, uma crescente preocupação com os recursos humanos, justificada pela tomada de consciência da importância do ativo humano, no sentido em que, deter

capital humano de valor gera excelência e competitividade. As pessoas são uma parte crucial das organizações e, como tal, estas devem contribuir para o desenvolvimento das suas competências (Kwon, 2009).

No âmbito da Gestão de Recursos Humanos torna-se importante a análise da envolvente organizacional dos determinantes de segurança (como o clima de segurança e a perceção de risco) e as repercussões do trabalho sobre o trabalhador (como o *Burnout* e as suas implicações nos comportamentos dos trabalhadores).

A Direção Geral da Saúde [DGS, 2005] revelou que, em 2015, existiam cerca de 18000 utentes em programa de Hemodiálise. Depreende-se assim que se trata de um contexto onde existe um grande número de utentes, sendo as Clínicas, organizações de grande complexidade que deveriam ser altamente infalíveis.

A opção por avaliar as determinantes de segurança e o *Burnout* no contexto de Hemodiálise, justifica-se por este ser um campo de atuação na área de Enfermagem com exigências diferenciadas, não apenas pela necessidade de monitorizar uma terapia invasiva e de grande grau de complexidade técnica, mas também por ser um campo de atuação em Enfermagem ainda pouco investigado sobre a ótica da saúde do trabalhador.

Sendo assim, os objetivos principais deste estudo são analisar os efeitos do clima de segurança físico e psicossocial e de perceção de risco, mediados pela autoeficácia, sobre o *Burnout*, e analisar os efeitos do *Burnout* sobre os comportamentos de segurança, bem como identificar práticas de redução de *Burnout*.

Em termos estruturais este trabalho está organizado em duas partes principais, nas quais estão definidos vários pontos fulcrais na realização desta investigação.

Na primeira parte, Enquadramento Teórico, são expostas e exploradas as referências teóricas, e descritos os modelos teóricos que são a base deste estudo. Em concreto, são expostos os aspetos principais que suportam o conceito de Clima de Segurança, Comportamentos de Segurança e Perceção de risco; é caracterizado o conceito de *Burnout* e explicitado o papel mediador da autoeficácia; são abordadas as particularidades que compõem o exercício da profissão de Enfermagem e, por fim, são explorados estes conceitos no contexto de Hemodiálise.

Na segunda parte, Investigação Empírica, são dispostas as opções metodológicas e as direções adotadas na condução do estudo. Esta parte é composta pela Metodologia, a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos aplicados bem como os procedimentos para a recolha de dados. São expostos os Resultados das análises estatística, correlacional e de regressão e é feita a Discussão dos resultados obtidos à luz das teorias de vários autores. Finalmente, são registadas as principais Conclusões retiradas da investigação realizada e identificadas as limitações detetadas e sugestões para investigações futuras.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Determinantes do Comportamento de segurança

É indiscutível que vivemos numa sociedade em constante mudança. Como os indivíduos, também as organizações são afetadas por este facto, o que poderá ter impacto no trabalho e levar a repercussões ao nível da segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Tendo em atenção o que anteriormente foi escrito, é perentório afirmar que estudar as determinantes de segurança como a cultura e o clima de segurança, a perceção de risco ou os comportamentos de segurança, revelam-se um excelentes preditores do bem-estar das organizações. (Gaspar, 2011).

Branco (2013) afirma que 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.

A cultura e o clima de segurança como parte da cultura organizacional engloba em si ideias, valores, atitudes, formas de estar e conjeturas que influenciam os indivíduos de uma organização nos seus comportamentos.

Assim, é importante considerar estes dois conceitos, bem como a sua evolução e o seu impacto no seio das organizações.

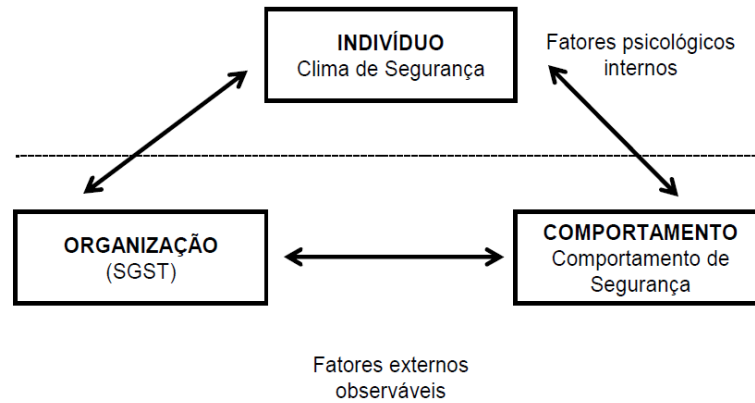
1.1.1 Cultura de segurança

O termo cultura de segurança, surgiu pela primeira vez como resultado da análise do acidente nuclear de Chernobyl, em 1986, cuja causa foi atribuída à escassa

cultura de segurança da organização (Chagas, 2016). Nessa altura foi definida como “(..) o conjunto de características e atitudes das organizações e dos indivíduos, que garante que a segurança de uma planta num ambiente nuclear, tem a sua maior importância e prioridade (...)” (Silva, 2003, p. 34).

A partir de então, a indústria nuclear reconheceu a importância da cultura de segurança nas suas instalações e incentivou os funcionários das centrais nucleares a avaliá-la. O termo rapidamente ganhou uma importância considerável e foi amplamente estudado.

Para alguns autores o termo ainda não é muito claro como por exemplo, Guldenmud (2007) que defende que embora a cultura de segurança seja um importante conceito, não existem consensos sobre os seus antecedentes, o seu conteúdo e as suas consequências nos últimos vinte anos. Para outros, como Hopkins (2006) 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. Por fim, existe os que defendem que a cultura de segurança é um conceito independente do de cultura organizacional. Conforme está explicado na figura 1.1, Cooper e Phillips (2004) definiu cultura de segurança como o resultado das interações dinâmicas entre três elementos: clima de segurança, comportamento de segurança e sistema de gestão de segurança do trabalho. A cultura de segurança está relacionada com as atitudes, perceção e competências do indivíduo, o comportamento são aspetos relacionados com o trabalho e o sistema de gestão de segurança do trabalho são aspetos relacionados com a organização.

Figura 1.1. Cultura de Segurança (Cooper & Philips, 2004)

Para além de investigadores singulares, algumas instituições que atuam na área da segurança do trabalho também investigaram o tema. A Health and Safety Commission (HSC) da Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI) é uma das mais citadas na literatura. Branco (2013, p.21) diz que esta instituição defende que a “A cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores, atitudes, perceção, competências e padrão de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o comprometimento, o estilo e a proficiência da gestão da segurança do trabalho da organização. Organizações com culturas de segurança positivas são caracterizadas pela comunicação fundada na confiança mútua, pela perceção compartilhada da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas”.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2004) extrapola a definição de cultura de segurança de uma organização para o conceito de cultura de segurança de um país como um todo. Segundo a OIT “a cultura de segurança de um país é o

respeito ao direito à segurança no ambiente de trabalho, devendo os governantes, os empregadores e os trabalhadores participarem ativamente na defesa deste direito e o princípio da prevenção deve ser acordado como mais alta prioridade” (Filho, Andrade & Marinho; 2011).

Como podemos observar na tabela 1.1, o conceito de cultura de segurança integra assim, ao longo do tempo um largo espectro de fenómenos e particularidades.

Tabela 1.1

A evolução do conceito de cultura de segurança

Autor	Definição
Utall (1983)	Partilha de valores e crenças que interagem com as estruturas da organização para produzir normas comportamentais.
Turner (1989)	Conjunto de crenças, normas, atitudes, papéis e práticas técnicas e sociais relacionadas com a minimização da exposição dos trabalhadores, gestores, clientes e público a condições perigosas.
International Safety Advisory Group (1991)	Conjunto de características e atitudes nas organizações e nos indivíduos, que estabelece como prioridade principal as questões da segurança.
Halle (2000)	Atitudes, crenças e perceções partilhadas no grupo determinam como este age e reage em relação ao risco.
Lee e Harrison (200)	Partilha dos valores, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento de um grupo ou indivíduo de que irá determinar o compromisso, o estilo e a capacidade para a gestão da saúde e segurança da organização.

Fonte: Adaptado de Health and Safety Executive (HSE; 2005)

Uma das questões perceptíveis na literatura é a falta de um consenso relativo aos termos cultura e clima de segurança. Zohar (1980) considera o clima de segurança uma forma particular de clima organizacional que reflete as perceções dos trabalhadores sobre as questões de segurança.

1.1.2 Clima de Segurança

O conceito de clima de segurança foi originalmente desenvolvido por Zohar (1980) a partir do conceito de clima organizacional. Este defini-o como um conjunto de propriedades (e.g., decisões da gestão, normas organizacionais e comunicação) do ambiente de trabalho, percebido pelos funcionários e que produz um impacto significativo no comportamento individual e no desempenho da organização (DeJoy, 2005; Fishbein & Ajzen, 2010).

Este é um constructo muito relevante para atividades ocupacionais onde ocorra a exposição a diferentes agentes de risco (De Andrade, Moraes, Tosoli, & Wachelke, 2015) e acredita-se que seja capaz de influenciar o comportamento de segurança dos trabalhadores, ao nível individual, grupal e organizacional (Smith, Huang, Ho, & Chen, 2006).

Assim, é possível afirmar que o clima de segurança se refere às perceções partilhadas dos indivíduos sobre os valores, atitudes, crenças, regras e procedimentos de uma organização. Neste sentido, Griffin e Neal (2000) referem que o clima de segurança é uma forma específica de clima organizacional, que descreve as perceções sobre os valores de segurança e, apoiando-se nos processos psicológicos, avalia a forma como os trabalhadores interpretaram o meio organizacional. Segundo os mesmos autores, o clima de segurança corresponde a um nível específico da cultura de segurança, sendo uma manifestação temporal daquela, reproduzida nas perceções partilhadas pelos membros da organização num determinado momento (Griffin & Neal, 2000). Para melhor clarificar este ponto, importa conhecer o modelo desenvolvido por Cooper e Philips (2004) e que

está explícito na figura 1.2 que situa o conceito de clima de segurança na cultura de segurança.

Figura 1.2. Cultura de Segurança e Clima de Segurança



Fonte: HSE (2005)

Para Cooper e Philips (2004) os aspetos psicológicos referem-se ao modo como as pessoas se sentem acerca da segurança e do sistema de gestão da segurança, isto é, o clima de segurança, e pode ser medido com o objetivo de conhecer as atitudes e percepções dos trabalhadores num determinado período. Os aspetos comportamentais incluem as atividades relacionadas com a segurança e os aspetos situacionais refletem as políticas organizacionais, procedimentos e sistemas de gestão (HSE, 2005).

As percepções que constituem o clima de segurança permitem avaliar a reação habitual dos trabalhadores e como estes percebem e descrevem a importância dada

à segurança pela organização. As crenças e as práticas constituem elementos significativos na elaboração de estratégias aplicadas a questões como riscos profissionais, acidentes e segurança no trabalho.

Para entender o amplo, mas conciso espectro de clima de segurança, torna-se fundamental dissecar o conceito nas suas várias formas e facetas e, olhando para os seus vários componentes, perceber a amplitude da sua ação. Deste modo, importa assim compreender que componentes contruem o conceito de clima de segurança das organizações.

Num artigo de revisão, Lindell (1994) definiu o clima de segurança em termos de interpretações dos trabalhadores sobre características, eventos e processos no ambiente de trabalho que eram relevantes para sua segurança. Uma série de dimensões do clima de segurança foram identificadas, tais como:

- a) fatores materiais (projeto de planta, produção, equipamentos, equipamentos de proteção pessoal);
- b) políticas/práticas (prioridades de segurança, treinamento, execução, rotinas diárias, tarefas domésticas);
- c) condições relacionadas à segurança (stress no trabalho, relações sociais com colegas de trabalho);
- d) nível de preocupação e ação de diferentes pessoas no local de trabalho (gestão, supervisores, especialistas em segurança e trabalhadores em geral).

Por sua vez, para Griffin e Neal (2000) outros fatores foram identificados como componentes importantes do clima de segurança. Para este autor as percepções

do clima de segurança são influenciadas por fatores explícitos, fatores implícitos e fatores individuais nomeadamente:

a) Fatores explícitos: tomadas de posição da liderança e ações de gestão sobre a importância da segurança; identificação por parte da liderança de questões críticas sobre segurança; formação e aprendizagem sobre segurança do trabalhador e da forma como os comportamentos de segurança são promovidos na organização;

b) Fatores implícitos: como a importância atribuída à segurança em relação a outros fatores concorrentes como a produtividade e ritmo de trabalho;

c) Fatores individuais: é de considerar a influência de fatores individuais como personalidade, atitudes e crenças no comportamento de trabalho seguro e acidentes de trabalho (Griffin & Neal, 2000).

Bronkhorst (2015) estudou os comportamentos de segurança face às exigências do trabalho, recursos e clima de segurança físico e psicossocial. Esta autora realçou que a maioria da literatura prioriza a relação dos comportamentos de segurança que mantenham a saúde física e a segurança no local de trabalho. No entanto, esta refere que deve ser dada igual importância ao clima de segurança psicossocial que destaca a importância da saúde e segurança psicossocial dentro das organizações (Dollard & Bakker, 2010). A segurança psicossocial diz respeito à liberdade de risco ou dano social (como agressão e violência e *bullying*), ou níveis elevados de stress no trabalho. Apesar de ao longo do tempo ter-se atribuído um espaço significativo ao estudo da segurança física do trabalhador, o clima de segurança em si não tem sido amplamente utilizado para avaliar ou promover a segurança psicossocial (Dollard & Karasek, 2010). Contrariando esta tendência, Griffin & Neal (2000) afirmam que o conceito de segurança física e psicossocial

devem agir em complementaridade e que na prática isso deve ser visível tanto na criação de ambientes que apoiem a segurança psicossocial como em atividades realizadas pelos funcionários no sentido de preservarem a sua própria segurança psicológica no local de trabalho.

Ao longo dos tempos, os vários estudos sobre esta temática têm apontado para o desenvolvimento de modelos de identificação e de caracterização do clima de segurança das organizações, tal como pode ser observado na tabela 1.2.

Tabela 1.2.

A evolução do conceito de Clima de Segurança

Autor	Definição
Zohar (1980)	<i>Uma sumula de percepções, que os trabalhadores partilham acerca do seu ambiente de trabalho.</i>
Cooper e Phillips (1994)	Clima de segurança preocupa-se com as percepções partilhadas e crenças dos trabalhadores no seu posto de trabalho.
Hofmann e Stetzer (1996)	Percepções do comportamento da gestão com a segurança e o envolvimento dos trabalhadores nas atividades de segurança.
Meliá (1999)	Uma percepção global dos aspetos de segurança na empresa que podem servir de referência ao desenvolvimento da conduta segura/insegura ou sobre o juízo da gestão acerca dos comportamentos seguros/inseguros.
Neal, Griffin e Hart (2000)	Uma forma específica de clima organizacional que descreve as percepções individuais do valor da segurança e do ambiente de trabalho.
Bronkhroust (20015)	Fortalecer o clima de segurança físico e psicológico dentro de uma organização pode aumentar os comportamentos de segurança dos funcionários

Fonte: Adaptado de Silva (2008, p. 159)

A noção de cultura e clima de segurança é transversal às várias áreas e contextos organizacionais, sendo que, nos cuidados de saúde ela não é exceção.

Estes conceitos têm vindo a ser identificados como um elemento fundamental na melhoria da segurança dos profissionais e dos cuidados prestados por estes na área dos cuidados de saúde. Estes serviços 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 utente), de modo a tornarem-se altamente confiáveis (ERCI Institute, 2009).

1.1.3 Comportamentos de Segurança

É expectável que os comportamentos de segurança influenciem a ocorrência de acidentes de trabalho. Contudo, estes também podem ser influenciados pelas perceções dos trabalhadores sobre a envolvente da segurança. No entanto, o olhar sobre a temática leva-nos a um pensar mais concreto do conceito e a uma problemática vivenciada diariamente pelas organizações. Se o objetivo é diminuir as taxas de sinistralidade e de ocorrência de acidentes de trabalho deve-se investir no desenvolvimento de comportamentos de segurança.

A importância que é dada ao conceito de segurança em relação a outros objetivos organizacionais (como a produtividade, por exemplo) mostra até que ponto os comportamentos de segurança são importantes para a estrutura da organização, ou seja, uma evolução positiva do clima de segurança aumentará a frequência dos comportamentos seguros entre os trabalhadores expostos a riscos físicos e psicológicos (Bronkhorst, 2015).

Os comportamentos de segurança são entendidos como “as ações ou comportamentos que os indivíduos protagonizam na maioria das funções para promover a saúde e segurança dos trabalhadores, dos clientes, do público e do ambiente” (Burke, 2002, p. 432).

Outra definição a considerar é a de Bley (2007, p. 224) que afirma que “o comportamento seguro de um trabalhador, de um grupo ou de uma organização, pode ser definido por meio da capacidade de identificar e controlar os riscos da atividade no presente para que isso resulte em redução da probabilidade de consequências indesejáveis no futuro, para si e para o outro”.

Essa definição é útil na medida que contém em si as principais propriedades do comportamento, que produz como consequência a não ocorrência de acidentes. São elas: os verbos que indicam as ações que devem ser realizadas (identificar e controlar), os aspetos do meio que devem receber intervenção (os riscos da atividade), o resultado objetivado para o comportamento (redução da probabilidade de consequências indesejáveis), a relação entre tempo da ação e tempo do resultado (presente e futuro), e os agentes envolvidos (o próprio e o outro), garantindo-se o carácter, ao mesmo tempo, individual e coletivo desse comportamento (Bley, 2007).

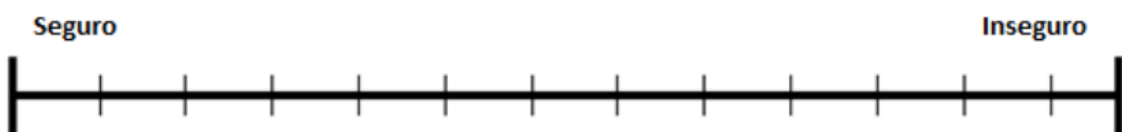
Nesta perspetiva os comportamentos de segurança podem ser observados no desempenho das mais diversas tarefas e procuram garantir a saúde e segurança do trabalhador enquanto indivíduo, mas também de outras pessoas com quem interajam em contexto laboral. Parece assim, fundamental um olhar mais aproximado sobre o conceito de comportamento.

Bley (2007) define comportamento, como o conjunto das relações entre o que um organismo faz e o meio em que faz, permitindo avançar no entendimento

amplo da dimensão comportamental da segurança no trabalho, oferecendo a essa análise um carácter compatível com o seu nível de complexidade. Como podemos observar na figura 1.3, os adjetivos seguro e inseguro podem ser vistos como graus da segurança de um mesmo comportamento, o que significa dispô-los num contínuo que pode variar do mais seguro ao menos seguro (ou de risco). Tal compreensão permite examinar a possibilidade de prevenir danos (acidentes e doenças) à saúde como um processo, e não como uma ação fixa.

Este facto pode permitir concluir que esses mesmos adjetivos podem ser também entendidos como aspetos do comportamento de um sujeito em contexto de trabalho. Ato inseguro, atitude preventiva, negligência e imprudência são algumas das expressões vulgarmente utilizadas para qualificar os comportamentos próprios e impróprios das pessoas diante dos mais variados perigos. Evitar o acidente de trabalho é, em última análise, a finalidade do comportamento que recebe o adjetivo seguro.

Figura 1.3 Graus de segurança do comportamento segundo Bley (2007)



Ao longo do tempo, e com a transformação que tem ocorrido no seio das organizações torna-se preponderante o estudo dos comportamentos de segurança.

De acordo com Griffin e Neal (2000) existem dois tipos de comportamentos de segurança:

a) Conformidade com a segurança: neste caso o trabalhador pode desenvolver comportamentos de segurança porque é compelido a cumprir regras de segurança (e.g., usar os equipamentos de proteção individual);

b) Participação de segurança: Estes comportamentos podem ser desenvolvidos porque o trabalhador se sente motivado em participar voluntariamente em determinadas atividades relativas à segurança (por exemplo, organização e participação em simulacros), ou seja, participa ativamente na segurança (Griffin & Neal, 2000).

Enquanto que na conformidade em segurança o comportamento deve ser entendido como o cumprimento e a realização de atividades necessárias à manutenção da segurança no local de trabalho. A participação em segurança deverá ser entendida como o desenvolvimento dos comportamentos que permitem desenvolver as questões da segurança, mas que não são obrigatórios. Qualquer organização pode diminuir a sua taxa de sinistralidade através do simples cumprimento das regras básicas de segurança ou poderá promover um maior desenvolvimento das condições de trabalho através da implementação de metodologias de trabalho mais seguras. Mas estas práticas não refletem o mesmo tipo de ação: enquanto que a primeira pressupõe uma obrigatoriedade, a segunda pressupõe uma atividade voluntária (Griffin & Neal, 2000).

Griffin e Neal (2004) defendem a existência de três determinantes do desempenho de segurança: o conhecimento, as aptidões e a motivação. Assim o comportamento de segurança de um trabalhador depende sempre dos conhecimentos que este tem sobre as regras de segurança a cumprir no desempenho das suas tarefas, as aptidões necessárias ao correto desempenho da segurança e, a

sua motivação para desempenhar essas mesmas tarefas em segurança. Desta forma os comportamentos de segurança desenvolvem-se eficazmente se os três preditores forem favoráveis. Um trabalhador que não tenha aptidão para desempenhar uma determinada tarefa da forma mais correta, ainda que tenha o conhecimento adequado e esteja motivado terá dificuldades acrescidas no desenvolvimento do comportamento de segurança que lhe é solicitado ou exigido (Griffin & Neal, 2004).

Griffin e Neal (2000) referem que a relação entre o clima de segurança e os comportamentos de segurança é mediada pela motivação para a segurança e o conhecimento de segurança. Estes dois constructos são influenciados pelo clima de segurança e predizem os comportamentos de segurança, no entanto um não implica o outro, são independentes e a forma como são influenciados e influenciam as restantes variáveis diverge entre eles. Os trabalhadores podem deter um elevado conhecimento de segurança, mas isso não significa que estejam motivados para cumprir as regras de segurança devido aos mais diversos fatores organizacionais.

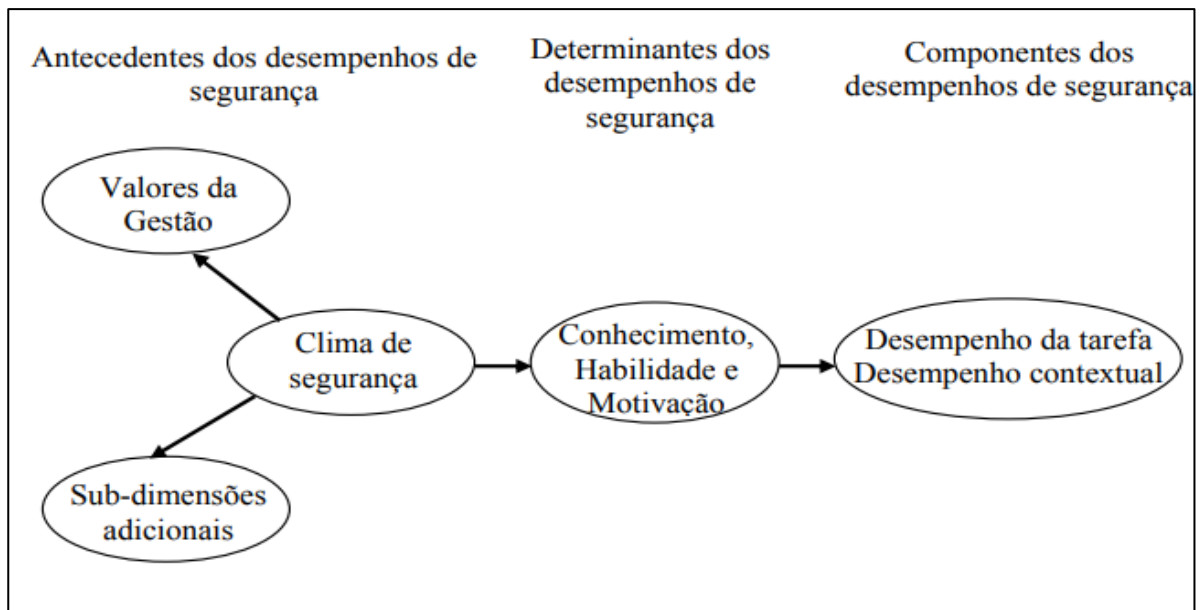
Da mesma forma uma elevada motivação para a segurança permite o desenvolvimento de comportamentos de segurança com maior frequência. No entanto, se o conhecimento não for suficiente ou adequado, os comportamentos de segurança protagonizados poderão não ser os mais corretos e adequados à situação de risco verificada (Griffin & Neal, 2000).

Importa ainda referir que os mesmos autores consideram dois componentes dos comportamentos de segurança: o desempenho da tarefa e o desempenho contextual. Enquanto que o primeiro implica conhecermos as nossas tarefas e como as desenvolvemos, o desempenho contextual refere-se aos conteúdos e contextos

inerentes aos nossos desempenhos o que exige um conhecimento mais profundo da tarefa e de toda a envolvente ambiental (Griffin & Neal, 2000).

O modelo de Griffin e Neal (2000) está esquematizado na figura 1.4.

Figura 1.4. Modelo do Comportamento de Segurança de Griffin e Neal (2000)



Christian, Bradley, Wallace e Burke (2009) desenvolveram um modelo sobre o local de trabalho seguro que se baseou no modelo de Griffin e Neal (2004). Christian et al. (2009) contextualizaram estes dois tipos de comportamento num contexto de clima de segurança, conhecimento de segurança e motivação de segurança medidos por uma nova variável, “*resultados de segurança*” que é medida por acidentes e lesões ocorridas em contexto de trabalho. Este modelo propõe que os antecedentes de desempenho de segurança e resultados de segurança estão diretamente relacionados com fatores relacionados com a pessoa e com o contexto (situação). Os aspetos que correspondem à situação são, por exemplo, o clima de segurança e a liderança e os aspetos relacionados à pessoa são por exemplo a

personalidade. Neste modelo, estes fatores são considerados “distais”, mas afetam os fatores de motivação e conhecimento de segurança, considerados “proximais”.

Bronkhorst (2015) afirma que os colaboradores com trabalhos considerados mais exigentes física e psicologicamente são os que revelam comportamentos de segurança mais comprometidos. No seu estudo concluiu que o clima de segurança desempenha um papel importante nos comportamentos de segurança dos trabalhadores, sendo que o reforço do clima de segurança de uma organização aumenta os comportamentos de segurança quer sejam físicos ou psicossociais.

A literatura refere diversos preditores dos comportamentos de segurança dos quais a perceção de risco é exemplo (Probs, 2004).

1.1.4 Perceção de Risco

Os locais de trabalho, pela própria natureza da atividade desenvolvida e pelas características da organização, relações interpessoais, manipulação ou exposição a agentes físicos, químicos e biológicos podem comprometer a saúde do trabalhador em curto, médio ou longo prazo, provocando lesões imediatas, doenças ou até, em casos mais extremos, a morte. Desta forma, em qualquer contexto organizacional, no qual a Enfermagem não é exceção, torna-se imprescindível a necessidade de perceber o ambiente de segurança de forma a conhecer o risco a que estão expostos os colaboradores.

De acordo com Zêzere, Ramos, Reis, Garcia e Oliveira (2007), o risco é compreendido como a probabilidade de ocorrência de um efeito específico causador de danos graves à Humanidade e/ou ao ambiente, num determinado período e em

determinadas circunstâncias. Segundo estes autores o risco revela a possibilidade de ocorrência, e a respetiva quantificação em termos de custos, de consequências gravosas, económicas ou mesmo para a segurança das pessoas, em resultado do desencadeamento de um fenómeno natural ou induzido pela atividade antrópica. O risco pode ser quantitativamente medido pois constitui o produto da perigosidade pela vulnerabilidade e pelo valor dos elementos em risco (Zêzere et al., 2007).

O facto da palavra "*risco*" ter muitos significados diferentes, causa muitas vezes problemas na comunicação. Independentemente da sua definição, este assume as probabilidades e consequências de eventos adversos.

Este conceito, ao longo dos anos, tem sofrido algumas alterações, muito devido ao facto de poder ser aplicado em vários contextos. Deste modo, o risco pode estar associado aos danos e lesões, pessoais ou coletivos, derivados da exposição a agentes físicos e biológicos (Bley, 2007).

Segundo Brun (1994) a maioria das definições de risco incluem uma estimativa de probabilidade para a ocorrência de um evento negativo. Por sua vez, a norma NP 4397 de 2008, sobre os Sistemas de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho, define risco como a combinação da probabilidade e da(s) consequência(s) da ocorrência de determinado acontecimento perigoso. Importa ainda considerar a definição do HSE (2000) que o caracteriza como a probabilidade, alta ou baixa, de alguém sofrer um dano resultante do perigo, sendo que a avaliação de risco é o processo global de estimativa de grandeza de risco e de decisão sobre a sua aceitabilidade.

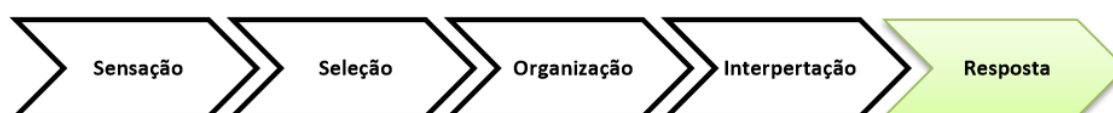
Como já foi referido, este conceito pode obter várias interpretações, uma vez que para um mesmo risco ou perigo, existem significados distintos dependendo das

peças e do contexto em que inserem. Independentemente da diversidade de definições existem alguns elementos que são comuns a todas (Puy, 1995).

Uma vez já delimitado o conceito de *risco* importa ainda indagar de forma sucinta sobre a definição de percepção para, à posteriori se mergulhar no tema da percepção de risco de forma mais ampla.

A percepção é o processo ou resultado de se tornar consciente de objetos, relacionamentos e eventos por meio dos sentidos, que inclui atividades como reconhecer, observar e discriminar (Puy, 1995). Como se pode observar na figura 1.5, a percepção é vista como um processo mental com a finalidade de dar significado à informação recebida, ou seja, o comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e depende do conhecimento e experiências anteriores.

Figura 1.5. Processo perceptivo segundo Gardener (1989)



De forma sucinta, Gardener (1989) defende que a sensação pode ser traduzida como a capacidade do indivíduo detetar estímulos no ambiente próximo.

A seleção é representada pelo processo de eliminação de alguns estímulos que foram detetados e pela retenção de outros para posterior processamento, a organização é o processo de colocação dos estímulos selecionados numa estrutura para “armazenamento”, a interpretação é a fase do processo perceptivo em que os

estímulos são traduzidos e que recebem significado, e finalmente a resposta que envolve a predisposição para agir e a respetiva ação (Gardener, 1989).

A perceção dos comportamentos e reações dos indivíduos perante o risco e a necessidade de os quantificar e prever a forma como as pessoas pensam sobre o risco, têm sido objeto de investigação desde longa data, dando origem ao aparecimento de modelos que visam a compreensão do mecanismo da perceção do risco (Sjoberg, 2004).

As primeiras análises do comportamento perante o risco adotaram uma abordagem comportamental e tinham como objetivo o estudo da perceção do risco relacionado com o jogo. Posteriormente, e numa abordagem psicométrica, os estudos sobre a perceção do risco assentaram na área dos processos de decisão e utilização das regras heurísticas, sendo possível através deste modelo quantificar e prever a forma como as pessoas pensam sobre o risco. Mais recentemente, surgiram outras abordagens, sendo que as mais utilizadas se encontram no domínio da psicologia e da sociologia (Sjoberg, 2004).

De forma a enquadrar este conceito importa diferenciar o risco objetivo do risco percebido, sendo que a perceção de risco se insere neste último. Enquanto que o risco objetivo é calculado através da estatística descritiva e também de distribuições probabilísticas, o risco percebido engloba o conhecimento e o sentimento associados, incluindo as potenciais consequências relativas a uma situação ou a um conjunto de circunstâncias (Laughery & Hammond, 1999).

Bley (2004) acrescenta que o processo de perceção do risco pelo homem nem sempre é objetivo, ou racional, mas é fortemente influenciado por fatores diversos

que variam de indivíduo para indivíduo, em função do padrão de funcionamento e do seu repertório adquirido.

A percepção de risco diz respeito à capacidade da pessoa em identificar os perigos e reconhecer os riscos, atribuindo-lhes significado, seja no trabalho, no trânsito, no lar, etc. Por se tratar de um processo que sofre interferência ao nível da saúde, conhecimento, atenção e estado emocional, a capacidade de percepção de riscos das pessoas varia ao longo do tempo. Isso faz com que o risco real seja diferente do risco que foi percebido pela pessoa o que, em segurança do trabalho, pode implicar o aumento da probabilidade de acidentes devido à exposição descuidada (Bley, 2004).

Segundo Sjoberg (2004), existem duas teorias distintas que dominam a área de percepção do risco: O paradigma psicométrico assente na psicologia e as abordagens baseadas na teoria cultural desenvolvida por sociólogos e antropólogos:

a) Abordagem psicométrica: a percepção de risco é influenciada por uma variedade de fatores psicológicos, sociais e institucionais. Neste modelo é possível medir a percepção de risco e perceber a forma como as pessoas pensam sobre o risco. Um dos contributos importantes da abordagem psicométrica foi demonstrar que os pontos de vista das pessoas devem ser tidos em consideração, não como erros, mas como dados importantes (Blais & Webber, 2006);

b) Abordagem sociocultural: a abordagem da percepção do risco desenvolveu-se, em parte, como resposta ao facto das percepções e decisões dos indivíduos divergirem da avaliação objetiva do risco. A teoria cultural da percepção do risco procura explicar a razão pela qual os diferentes riscos podem obter diferentes importâncias, para diferentes indivíduos em diferentes comunidades. Sendo assim,

e assumindo a posição de que o risco é culturalmente construído, a teoria cultural assenta na hipótese de que as pessoas temem várias coisas e percebem diferentes tipos de perigos dependendo das suas influências e carga cultural (Jackson et al., 2006).

Um estudo recente, efetuado por Slovic (2016), permitiu identificar alguns fatores que influenciam a percepção de risco. A discussão sobre alguns desses fatores irá revelar estratégias para o aumento da percepção do risco nas pessoas (ver tabela 1.3).

Tabela 1.3.

Relação entre a tipologia do risco e a percepção de risco

Riscos mais baixos	Riscos mais altos
A exposição é voluntária	A exposição é obrigatória
O risco é familiar	O risco é incomum
O risco é esquecível	O risco é inesquecível
O risco é cumulativo	O risco é catastrófico
As estatísticas são coletivas	As estatísticas são individuais
O risco é conhecido	O risco é desconhecido
O risco é controlável	O risco é incontrolável
O risco afeta a todos	O risco afeta as pessoas vulneráveis
Prevenção possível	Somente a redução é possível
Consequente	Inconsequente

Fonte: Geller (1998)

Os fatores listados como “riscos mais baixos” reduzem as percepções de risco e são tipicamente associados ao local de trabalho. No estudo realizado observou-se que os fatores opostos, “riscos mais altos”, aumentam a percepção de risco e não são usualmente experimentados no local de trabalho. Concluiu-se assim que a percepção

de risco no trabalho não é tão elevada quanto deveria ser e, portanto, não se trabalha tão defensivamente quanto se deveria (Slovic, 2016).

Esta situação remete-nos para a importância da percepção do clima de segurança por parte dos trabalhadores e da sua adoção de comportamentos de segurança no local de trabalho.

Assim, e tendo como base o anteriormente postulado, é importante considerar que um clima de segurança efetivamente estruturado e consistente (e que se traduz, por exemplo, numa percepção de existência de boas práticas organizacionais e de uma implicação e responsabilidade partilhadas ao nível da segurança) está associado a mais comportamentos de segurança e um menor nível de risco. A forma como os indivíduos percebem os riscos, em especial no contexto laboral a que estão expostos, poderá contribuir para uma melhor consciência e gestão dos mesmos, e assim, contribuir para a melhoria das suas condições de trabalho (Rundmo, 2000).

O comportamento dos indivíduos, em termos de segurança, é baseado na percepção e interpretação que estes fazem da realidade, assim como nas suas expectativas face ao futuro e no conhecimento e experiências anteriores. Destaca-se assim o papel desencadeador da percepção do risco relativamente a práticas individuais e coletivas ao nível da segurança.

Alguns estudos demonstram a influência da percepção de risco sobre diferentes tipos de comportamento de segurança, como o uso de dispositivos de proteção auditiva (Arezes & Miguel, 2008), e o nível de envolvimento da organização na gestão de segurança (Kouabenan, 2015). Arezes e Miguel (2008) afirmam que quanto mais elevada é a percepção de risco mais os trabalhadores cumprem as regras

de segurança instituídas. No entanto, poucas pesquisas esclareceram sobre as principais razões pelas quais os trabalhadores percebem o risco e como essas diferentes percepções influenciam o comportamento de segurança. Esta questão torna-se importante porque poderá delinear intervenções específicas nos comportamentos de risco dos vários colaboradores de uma organização (Blais & Webber, 2002).

1.1.5 Determinantes do Comportamento de segurança em Enfermagem

Os determinantes do comportamento de segurança como o clima de segurança, interferem diretamente quer com o desempenho da organização, quer com a prestação de melhores cuidados de saúde (Rundmo, 2000).

Recentemente na indústria dos cuidados de saúde tem sido estudado qual o impacto e influência de programas formais de segurança e gestão de risco, chegando-se à conclusão que estes podem influenciar a segurança (Katz-Navon, Naveh, & Stern, 2005).

O local de trabalho é agora considerado como um fator-chave na origem de várias doenças e um determinante do bem-estar do indivíduo, juntamente com o seu estilo de vida. A saúde no trabalho tornou-se uma grande preocupação e uma prioridade na saúde pública (Roland-Lévy, Lemoine, & Jeoffrion, 2014).

Katz-Navon et al. (2005) realizaram um estudo em 2005 sobre o clima de segurança nas unidades de saúde tendo estabelecido várias dimensões que particularmente compõe o ambiente de trabalho em termos de segurança, são eles:

a) Procedimentos de segurança - estão diretamente relacionadas com a percepção que os colaboradores têm da importância dada pela organização aos detalhes e número de procedimentos a nível de segurança (Katz-Navon et al., 2005). Segundo Brunsson e Jacobsson (2000) as organizações dependem de procedimentos formais para que as funções sejam cumpridas em segurança. No entanto os colaboradores vêem esses procedimentos como bons se forem úteis para o dia-a-dia e como inúteis se forem numerosos ou escassos;

b) Fluxo de informações de segurança - esta dimensão está relacionada 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). Em relação à quantidade de informação a que as unidades de saúde estão expostas, quando a quantidade é demasiada pode haver sobrecarga de informação, levando a stress e incapacidade e, conseqüentemente a comportamentos não seguros (Leape, 2002);

c) Gestão da segurança - as práticas de gestão exercidas por superiores dão aos colaboradores uma percepção do nível de comprometimento que estes têm para com a segurança (Katz-Navon et al., 2005);

d) Prioridade dada à segurança - a prioridade dada à segurança por uma unidade refere-se às atitudes, comportamentos e expectativas dos colaboradores de acordo com a quantidade de trabalho e equilíbrio entre a pressão exercida entre produtividade e segurança (Zohar, 2000). Segundo Katz-Navon et al. (2005) trabalhar de forma segura implica manter as condições adequadas que levam a que, quando a pressão sobre o trabalho aumenta, se levantem questões acerca do que é prioridade, nomeadamente no binómio velocidade de produção/segurança.

No caso particular das profissões da área da saúde, os seus comportamentos, além de guiados pelas instituições, são também guiados pela especificidade dos conhecimentos, bem como pela crença de que a profissão é regulada pelos seus membros, ajudando-os a definir prioridades (Leape, 2002). Um exemplo que ajuda facilmente a perceber esta questão é no caso de um utente que tenha uma hemorragia, sendo necessário pará-la mesmo que não exista equipamento de segurança para o Enfermeiro, nem se tenha tempo para ver se o utente sofre de alguma doença transmissível (Branco, 2013).

A segurança e a saúde no trabalho são hoje, um dos temas mais importantes e mais desenvolvidos no âmbito da política da União Europeia relativa ao emprego e aos assuntos sociais no Tratado da Comunidade Europeia. Reflexo desta preocupação e como forma de relançar a política de segurança e a saúde no trabalho, a Comissão Europeia definiu, em 2012, uma estratégia tendo por base uma abordagem global do bem-estar no trabalho, a evolução dos locais de trabalho e o aparecimento de novos riscos, designadamente de natureza psicossocial. Esta estratégia tinha como objetivo identificar três premissas para um ambiente de trabalho seguro, nomeadamente: consolidação da cultura de prevenção de risco, melhor aplicação da legislação em vigor e adoção de uma abordagem global do bem-estar no trabalho (Alves, 2011).

Em Portugal, a profissão de Enfermagem é regulada pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro, que relata, entre outros, os direitos e deveres dos Enfermeiros e dos utentes, intimamente ligados com o clima de segurança nos ambientes por estes frequentados.

As profissões relacionadas com os cuidados de saúde apresentam características únicas que a distinguem das outras, uma vez que a sua ação se centra não só nas pessoas que trabalham na organização, mas também nos utentes. Outra característica a considerar é o facto de ser uma área bastante complexa e cada utente ser considerado como 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 cumprimento de protocolos (Katz-Navon et al., 2005). Por exemplo, Aiken, Cimiotti e Sloane (2011) afirmam que existem evidências de que o rácio Enfermeiro/utente pode ser um instrumento contundente e que poderá servir para ajustar não só o ambiente de trabalho, mas também as necessidades dos utentes.

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 em função da segurança global.

O IOM (2014) referiu que embora todos os membros da equipa multidisciplinar tenham a oportunidade de intervir no sentido de prevenir ou causar erros, os Enfermeiros estão numa posição única para liderar os esforços que protegem os utentes.

Num ambiente hospitalar, os Enfermeiros são os prestadores de cuidados de saúde que fornecem a maioria dos cuidados e intervenções aos utentes e, portanto, são os que estão mais propensos a prevenir, identificar ou causar erros médicos (Lawton, Carruthers, Gardner, & Wright, 2012)

Em termos de determinantes de ambientes seguros na área da saúde, as investigações têm seguido a orientação para os utentes de modo a reduzir os acidentes, no entanto há uma preocupação crescente sobre a mesma preocupação para com os profissionais que prestam cuidados.

Segundo Takahashi, Nakata e Haratani (2004), a prioridade do estudo das questões de clima de segurança direcionado para os profissionais de Enfermagem teve origem na evidência de problemas de saúde dos Enfermeiros e outras questões relativas ao recrutamento e retenção dos profissionais. O novo paradigma em termos de um ambiente seguro é, segundo Lipscomb, Trinkoff, Brady e Geiger-Brown (2004), que se um hospital não é seguro para os seus profissionais também não o é para os utentes.

Bauman (2007) define o termo “Hospitais íman” referindo-se à capacidade das unidades de saúde em atraírem e reterem Enfermeiros através da construção de ambientes seguros, positivos e atraentes. Algumas características destas unidades são: compromisso da gestão de topo para com a equipa de Enfermagem, a liderança forte, o salário justo e competitivo, incentivo à participação dos Enfermeiros na construção e definição do seu ambiente de trabalho (incluindo questões como o fornecimento de material adequado, estrutura física segura e ambiente seguro e adequado à prestação de cuidados) (Bauman, 2007).

Como referido pela *Registered Nurses' Association of Ontario* ([RNAO], 2008) ambientes com práticas positivas bem definidas trabalham para garantir a saúde, segurança e bem-estar dos colaboradores, bons cuidados aos utentes, tornando o clima de segurança positivo. Segundo a mesma organização este aspeto caracteriza-se por: existência de políticas de saúde ocupacional, políticas de bem-estar e

segurança bem definidas, cargas de trabalho justas com possibilidade de os 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 no emprego, suporte e supervisão, comunicação eficaz e transparência e inovação focada no recrutamento e retenção (RNAO, 2008).

1.2 *Burnout*

1.2.1 Definição e evolução do conceito

De acordo com a 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* e *Burnout*. 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 dos utentes da melhor forma possível.

Parece assim perentório afirmar que as instituições têm, cada vez mais, aumentado o seu interesse e preocupação quanto às repercussões do trabalho sobre o trabalhador.

De acordo com Benevides-Pereira (2002) o trabalho nem sempre possibilita crescimento, reconhecimento e independência profissional, pois muitas vezes causa problemas com insatisfação, desinteresse, irritação e exaustão.

Interessa, antes de mais, clarificar a diferença entre *stress* e *Burnout*, uma vez sendo conceitos distintos, estão interligados entre si.

O stress é um fenómeno importante para a sobrevivência, representando um conjunto de reações fisiológicas, psicológicas e emocionais que permitem a adaptação do organismo ao meio envolvente, procurando o equilíbrio e a hemostasia do organismo a qualquer alteração do ambiente interno ou externo (Dewey, 2007). Neste sentido para Hespanhol (2005), o stress é a resposta do organismo a um estímulo que o perturba, sendo que o núcleo da perspetiva é a forma como o stress se manifesta, normalmente através de uma resposta fisiológica. Hespanhol (2005) refere que o autor que mais se evidenciou nesta perspetiva foi Hans Selye (1976) que considerava o stress como uma variável dependente a qualquer agente stressor.

O prolongamento do stress leva ao *Burnout*, que é uma condição mental definida como resultado da exposição contínua e prolongada ao *stress*, particularmente relacionada a fatores psicossociais no trabalho (Maslach, 2011).

O *Burnout* é uma expressão inglesa “*to burn out*” que pretende designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia e surge como uma metáfora para “(...) significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental” (Benevides-Pereira, 2002, p. 21).

Em termos históricos, as origens do conceito remetem para Freudenberg que em 1974 publicou um artigo denominado “Staff burn-out” no *Journal of Social Issues*. Este descreveu o *burnout* como uma experiência esgotante ou uma sensação de fracasso que era resultado de uma sobrecarga no trabalho e que envolvia a utilização de grandes quantidades de energia física e recursos emocionais (Neto, Areosa, & Arezes, 2014).

Em 1976, uma psicóloga e investigadora social, Christina Maslach, realizou uma pesquisa exploratória e independente com grupos profissionais da área da saúde e dos serviços sociais, com o intuito de estudar como as pessoas lidam com as exigências e o ritmo acelerado do trabalho. Durante as entrevistas, alguns profissionais descreveram as suas experiências como “*Burn-out*”. A mesma autora referiu que a síndrome de *Burnout* é observada com mais frequência em profissionais que têm uma relação constante e direta com outras pessoas, aumentando quando esta relação é de ajuda (como é o caso dos Enfermeiros) (Maslach, 1976). Isto porque, o facto de os indivíduos terem demasiadas solicitações a nível emocional, condiciona-os a uma vivência de fracasso profissional, considerando que o local de trabalho tinha uma elevada carga emocional (Rainho, 2006).

Mais tarde, Maslach e Leiter (1997) definem o *Burnout* sobre uma perspetiva mais abrangente, não centrada nos profissionais de ajuda e começam a atribuir importância organizacional ao contexto em que os indivíduos desempenham as suas funções laborais. Já Pines e Aronso (1988) consideraram que o *burnout* se aplicava a todas as profissões, isto é, qualquer trabalhador poderia sofrer de um estado de esgotamento mental, físico e emocional. Schaufeli (2001) afirma que o *Burnout* é um estado de exaustão físico, emocional e mental que está relacionado com o facto de o indivíduo manter uma atividade profissional ao longo do tempo em que o nível de exigência é máximo. Mais tarde, o mesmo autor recorreu a uma metáfora para explicar a síndrome – é como extinguir ou apagar uma vela. Uma vez o fogo deflagrado, ele não pode continuar a arder a menos que existam recursos suficientes para manter a combustão (Schaufeli, 2008).

Para Ribeiro, Gomes e Silva (2010) o *Burnout* define-se como uma resposta a stressores emocionais e interpessoais existentes em contexto de trabalho e tem como manifestações o cansaço emocional que leva à perda de motivação e a sentimentos de inadequação e fracasso. O *Burnout* remete-se assim para relações sociais complicadas, embora seja uma experiência de *stress* individual.

Para Vicente, Oliveira e Maroco (2013) o termo tem sido designado por exaustão emocional e deste estado advêm respostas a várias situações stressantes crónicas interpessoais que decorrem no local de trabalho. Os mesmos autores acrescentam que este fenómeno está relacionado com a percepção dos sujeitos em relação ao seu trabalho, nomeadamente, à diferença entre os esforços realizados e os ganhos alcançados pelos mesmos (Vicente et al., 2013).

Durante a década de 80, a investigação sobre o *Burnout* entrou numa fase de construção empírica mais focada, onde se iniciaram investigações com preocupações pelo lado quantitativo e de avaliação. Medidas padronizadas de *Burnout* foram desenvolvidas, proporcionando assim aos investigadores, definições mais precisas e ferramentas metodológicas para o estudo deste fenómeno. Em particular, o desenvolvimento e a aceitação generalizada do *Maslach Burnout Inventory* que se tornou de forma geral, a escala mais utilizada para a avaliação deste constructo (Maslach, 2001).

Neste sentido Maslach e Jackson (1981) desenvolveram o processo de fundamentação concetual e empírica da síndrome de *Burnout*, afirmando que a mesma é composta por três dimensões, conceptualmente distintas, mas empiricamente relacionadas (Maslach & Jackson, 1981). A conceção tridimensional deste constructo remete-nos para: a) a exaustão emocional como a falta de recursos

emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer à outra pessoa; b) despersonalização como o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, indiferentes e cínicas em relação às pessoas que entram em contacto direto com o profissional; c) falta de realização pessoal como tendência para avaliar o próprio trabalho de forma negativa - os afetados recriminam-se por não alcançarem os objetivos propostos, com vivências de insuficiência pessoal e baixa autoestima profissional (Maslach & Jackson, 1981).

Outra abordagem concetual foi apresentada por Shirom e Melamed (2006), que consideravam novamente o *burnout* como um constructo multidimensional. Segundo estes autores este construto é visto como uma reação afetiva ao stress contínuo, manifestando-se pelo esgotamento gradual ao longo do tempo de recursos energéticos intrínsecos dos indivíduos, levando a sentimentos de exaustão emocional, cansaço físico e cansaço cognitivo.

Shirom e Melamed (2006) desenharam a sua teoria explicativa do *Burnout* baseada na Teoria de Conservação de Recursos (COR Theory) de Hobfoll (1998). Esta teoria enquadra o *Burnout* à luz da teoria do stress, uma vez que se entende que o *Burnout* é o resultado de um stressor crónico no trabalho. Como já foi referido, o stress ocorre quando o indivíduo percebe que os desafios que lhe são exigidos ultrapassam os recursos disponíveis para lidar com os mesmos. Contudo, Hobfoll (1989), na COR Theory defende que o indivíduo raramente se encontra perante desafios que ultrapassam os recursos que o mesmo possui. E, pelo contrário, o indivíduo tem como motivação obter, reter ou proteger os seus recursos, podendo estes ser de diferentes formas como objetos, estatutos, características pessoais ou objetivos.

A COR Theory (Hobfoll, 1989) assume três ideias-chave para predizer a ocorrência do stress: 1) os indivíduos têm de investir recursos de forma a limitar a perda e assegurar a proteção ou o ganho de outros recursos; 2) os indivíduos com mais recursos estão menos vulneráveis à perda e mais capazes de ganhar outros recursos, sendo que, em contrapartida, aqueles a quem falham recursos estão mais vulneráveis a perder outros recursos e menos capazes de os ganhar; e 3) o stress não ocorre como um evento único, mas considerando que aqueles a quem falham recursos fortes estão mais vulneráveis a um ciclo de perdas, sendo que perdas iniciais levam a mais perdas futuras (Hobfoll, 1989).

Shirom e Melamed (2006) criaram para a sua investigação, o Shirom-Melamed *Burnout* Measure. Numa fase anterior, os estudos destes autores utilizavam uma versão da escala (o Shirom-Melamed *Burnout* Questionnaire) que incluía as subescalas, "Fadiga Física", "Cansaço Cognitivo", "Tensão" e "Desatenção". O desenvolvimento e a investigação posterior resultaram nas Medidas de Esgotamento de Shirom-Melamed (SMBM), que incluía apenas três subescalas: "fadiga física", "exaustão emocional" e "cansaço cognitivo".

Assim sendo, este instrumento avalia três dimensões:

a) Fadiga física - sentimentos de cansaço físico face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da energia física;

b) Exaustão emocional - sentimentos de cansaço emocional face ao relacionamento com os outros (ex. colegas de trabalho, clientes, etc.), traduzindo-se pela diminuição da cordialidade e sensibilidade face às necessidades das outras pessoas.

c) Fadiga cognitiva - sentimentos de desgaste cognitivo face ao trabalho, traduzindo-se por uma diminuição da capacidade de pensamento e concentração (Shirom & Melamed 2006).

Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés e Fernández (2003) propõem que na sua generalidade, as várias tendências sobre o estudo do *Burnout* podem agrupar-se em cinco perspetivas diferentes:

a) Perspetiva clínica - nesta conceção a síndrome de *Burnout* é caracterizada como um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade, baixa autoestima) podendo levar o profissional à depressão e até mesmo ao suicídio (Benevides-Pereira, 2002);

b) Perspetiva psicossocial - engloba as teorias que pretendem explicar as condições ambientais nas quais se origina a Síndrome de *Burnout*, os fatores que ajudam a atenuá-la (especialmente o apoio social) e os sintomas específicos que caracterizariam a síndrome, fundamentalmente de tipo emocional, nas distintas profissões (Gil-Monte & Peiró, 1997);

c) Perspetiva organizacional - centra-se nas causas da Síndrome de *Burnout* em três níveis distintos, o individual, o organizacional e o social. O desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* gera nos profissionais, respostas ao trabalho que não têm que aparecer sempre, nem simultaneamente, como a perda do sentido do trabalho, o idealismo e otimismo, ou a ausência de simpatia e a tolerância frente aos outros e a incapacidade para apreciar o trabalho como um desenvolvimento pessoal (Cherniss, 1992);

d) Perspetiva histórica - é fruto dos estudos realizados por Sampson (1991) sobre as consequências das rápidas mudanças sociais nos Estados Unidos depois da Segunda Guerra Mundial no trabalho e das condições de trabalho. Nesta conceção é priorizado o papel da sociedade considerando-a cada vez mais competitiva e idealista, pelo que a sociedade acaba por ter um papel mais importante no aparecimento da síndrome do que os fatores pessoais ou organizacionais (Benevides-Pereira, 2012).

Como já foi referido, a investigação sobre o *Burnout* disseminou-se ao longo do tempo, não só em quantidade, mas também nas mais diversas áreas e círculos organizacionais.

Bakkera e Costa (2014) afirmam que o *Burnout* tem um efeito negativo sobre o desempenho diário dos trabalhadores porque influencia a qualidade e quantidade de trabalho diário, o cansaço e o auto enfraquecimento. Além disso, prejudica o ciclo de ganhos diários de recursos e o comprometimento com o trabalho. É exemplo um estudo de 2014 sobre o *Burnout* em polícias. O objetivo foi compreender a necessidade de um agente em reduzir os efeitos stressores prolongados e utilizar fontes pessoais e sociais de forma a contrariar o impacto deste na sua vida. O estudo concluiu que o *Burnout* causa consequências negativas para a saúde dos polícias e aqueles que são afetados refletem comportamentos de fuga que resulta em ou em menos produtividade ou em interrupção do trabalho (Louw, 2014).

Os professores são outros dos profissionais onde o estudo sobre o *Burnout* é realizado com frequência. Carlotto (2006) realizou um estudo concluindo que na atividade docente encontram-se presentes diversos stressores psicossociais, alguns relacionados com a natureza das suas funções, outros relacionados com o contexto

institucional e social onde estão inseridos. O *Burnout* em professores afeta o ambiente educacional e interfere na obtenção dos objetivos pedagógicos, levando estes profissionais a um processo de alienação, desumanização e apatia podendo originar problemas de saúde, absenteísmo e até à intenção de abandonar a profissão.

Outro estudo, de Enfermeiros de Emergência em contexto internacional de Lia, Chenga e Zhub (2017) mostrou que uma grande proporção de Enfermeiros de emergência expressa altos níveis de *Burnout*. Isso implica uma necessidade nas organizações em garantirem apoio social e supervisão suficiente em ambientes de atendimento de emergência. O *Burnout* é prejudicial para garantir serviços de saúde de alta qualidade e causa perda de produtividade (Lia et al., 2017).

Ferreira (2018) com o objetivo de descrever o fenómeno de *Burnout* em bombeiros Portugueses e compreender a importância de fatores individuais e organizacionais na sua explicação realizaram um estudo através de uma amostra de 163 bombeiros. Os resultados mostraram que o género se correlaciona com o *Burnout*, sendo que o género feminino apresenta níveis mais elevados de fadiga física, fadiga cognitiva e scores totais de *Burnout* e que a sintomatologia traumática se correlaciona positivamente com o score total de *Burnout* e em todas as suas dimensões

1.2.2 Fatores causais da síndrome de *Burnout*

Os fatores antecedentes do burnout podem ser tanto de natureza individual como de natureza organizacional.

Os fatores pessoais são por exemplo, as atitudes em relação ao trabalho, a personalidade e as características sociodemográficas e o segundo, relativo a fatores organizacionais, são por exemplo número de horas de trabalho, equipa, acumulação de tarefas e falta de recursos (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2011).

No que se refere ao género, Soares (2007) concluiu que cerca de 21% das mulheres (alvo do seu estudo sobre a ocorrência do *Burnout* no género feminino) apresentavam níveis elevados de *Burnout*, com maior incidência nas mais jovens, nas divorciadas e com poucas habilitações literárias. Esta conclusão vai ao encontro do ponto de vista avançado por Maslach e Jackson (1985) que afirmam que as mulheres, em comparação com os homens desenvolvem *Burnout* com maior facilidade. No entanto, outros autores como Benevides-Pereira (2002, pg.26) contrapõe afirmando que “ser homem ou mulher, por si só, não é determinante do *Burnout*”.

No que diz respeito às habilitações literárias, estas podem ter algumas implicações importantes para o *Burnout*. Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) e Patrick e Lavery (2007) os profissionais com mais habilitações literárias apresentam maiores níveis de *Burnout*, o que pode estar relacionado com a concretização de tarefas de maior responsabilidade, ou com expectativas irrealistas que se tornam impossíveis de concretizar no trabalho. Benevides-Pereira (2002) acrescenta que quanto maior foi o nível de escolaridade do indivíduo maior será a probabilidade de ocorrência de *Burnout*, uma vez que elevados níveis de habilitações literárias estão relacionados com uma elevada responsabilidade, o que resulta em maior incidência de *Burnout*.

Relativamente ao estado civil, tem existido alguma discórdia entre os investigadores. Benevides-Pereira (2002) afirma que se por um lado alguns autores

defendem que os profissionais serem casados e possuírem um relacionamento afetivo estável são menos propensos ao *Burnout* que os solteiros, viúvos e divorciados. Outros investigadores afirmam que não existe nenhuma relação significativa entre uma coisa e outra porque o mais importante do que ter um relacionamento é a qualidade do relacionamento. Outro aspeto importante a salientar é revelado no estudo de Carlotto (2011) que concluiu que há uma tendência maior de *Burnout* nos profissionais com família e isso é mais evidente quando a funcionalidade do seu trabalho implica ter de trabalhar por turnos e/ou fins de semana uma vez que isto traz consequências diretas na sua vida social e familiar.

No que concerne à presença ou ausência de crianças na família, os profissionais com filhos têm níveis mais baixos de *Burnout* em relação aos que não têm filhos (Benevides-Pereira, 2002). Já Carlotto (2011) vem afirmar que a presença de crianças está relacionada com baixos níveis de realização pessoal no trabalho, uma vez que referem frequentemente sentimentos de culpa por não conseguir acompanhar o crescimento e desenvolvimento, algo considerado fundamental para a vida afetiva dos profissionais.

Em relação à idade, os profissionais mais suscetíveis são os mais novos, por serem menos experientes e muitas vezes se sentirem inseguros para fazer face às exigências do trabalho (Cherniss, 1980). No entanto, é de salientar também os profissionais a meio da sua carreira profissional, uma vez que também poderão sentir os seus recursos emocionais esgotados, quanto à necessidade de enfrentar o stress crónico do trabalho (Monteiro, Queirós, & Marques, 2014).

Em relação à antiguidade na função, Freudenberg (1975) defende que a síndrome de *Burnout* manifesta-se a partir do primeiro ano na organização.

Benevides-Pereira (2002) defende que a ocorrência do *Burnout* pode ser gradual e desenrolar-se ao longo de anos na função, atingindo o seu nível mais alto entre os 10 e 15 anos, decrescendo posteriormente. Benevides-Pereira (2002) sugerem que profissionais em início de carreira são também mais afetados devido à pouca experiência profissional.

No que diz respeito aos fatores organizacionais, Benevides-Pereira (2002) salienta os seguintes:

a) O ambiente físico – uma vez que as condições físicas do ambiente de trabalho podem exercer influência no aparecimento da síndrome (ruídos excessivos, intenso calor/frio, iluminação, falta de higiene);

b) As mudanças organizacionais – alterações contantes nas regras e normas que sugerem instabilidade e que predispõe os trabalhadores a erros o que por sua vez poderá fazer com que estes se sintam inseguros e desvalorizados;

c) A autonomia dada aos trabalhadores - sob a premissa de que quanto maior o comprometimento e autonomia no desenvolvimento das atividades, maiores são os níveis de realização profissional e menor o risco de *Burnout*.

Maslach e Leiter (1997) defende que o *Burnout* resulta das características do ambiente organizacional e não das características do individuo. Esta teoria propõe que quanto maior o desequilíbrio ou desgaste entre a pessoa e o seu trabalho, maior a probabilidade de desgaste e consequentemente de *Burnout*.

Estas autoras destacam como fatores de risco organizacional: a sobrecarga de trabalho, falta de controlo, ausência de recompensas, relacionamento conflituoso com os colegas, ausência de justiça e conflitos de valores (Maslach & Leiter 1997).

A sobrecarga de trabalho desencadeia o *Burnout* quando as exigências do trabalho excedem os limites humanos. Os profissionais sob sobrecarga de trabalho

consideram que têm demasiado trabalho e que precisam fazer muito em pouquíssimo tempo, aliado à falta de recursos para o desempenhar com eficácia e ao ritmo galopante do trabalho onde o tempo para realizar determinada tarefa é cada vez mais reduzido (Maslach et al., 2001)

Outro fator de risco ocorre quando o indivíduo possui pouca autonomia no desempenho das suas funções. Como seres humanos racionais, as pessoas detêm a capacidade de pensar e de encontrar soluções para resolver problemas, e desejam ter a oportunidade e autonomia para fazer escolhas e tomar decisões. Em outras palavras, querem dar algum contributo para o alcance dos resultados, pelos quais também são responsabilizadas. Quando as pessoas são constrangidas por políticas rígidas não resta muito espaço para que possam melhorar, personalizar ou inovar, como resultado não se sentem eficazes ou responsáveis pelos resultados (Benevides-Pereira, 2012).

Outro fator de risco assenta na ausência de reconhecimento, que resulta do sentimento de falta de reconhecimento apropriado pelo trabalho realizado. Ou seja, o profissional sente que não está a ser adequadamente reconhecido pelo seu trabalho. Esta falta de reconhecimento desvaloriza tanto o trabalho como os profissionais, visto que para os indivíduos a existência de alguém que se preocupe com a qualidade do seu trabalho e que tenha conhecimento sobre o mesmo é de extrema importância (Maslach & Leiter 1997)

No que respeita ao quarto fator de risco, este surge do relacionamento que o profissional mantém com os indivíduos com quem trabalha. Quando os profissionais perdem o sentimento de conexão positiva com os outros no local de trabalho, as relações interpessoais passam a ser baseadas na falta de confiança e de suporte. Como consequência ocorre uma quebra no sentido de comunidade, resultando em

hostilidade e competição entre todos os envolvidos, e em conflitos nem sempre fáceis de serem resolvidos. As pessoas prosperam em comunidade e funcionam melhor quando compartilham louvor, conforto, felicidade e humor com pessoas de quem gostam e respeitam (Maslach et al., 2001).

O quinto fator de risco, a ausência de justiça, representa um fator importante para a compreensão do *Burnout*. A equidade transparece o respeito e confirma a autoestima dos indivíduos, o respeito mútuo entre as pessoas é fundamental para estabelecer um sentimento comum de comunidade. Sentimentos de injustiças podem suceder quando há desigualdades na distribuição da carga de trabalho ou na remuneração, ou quando se engana os trabalhadores, ou quando as avaliações e as promoções são manipuladas (Maslach & Leiter, 1997)

Para Maslach e Leiter (1997), o sexto e último fator de risco, a ausência de valores, reflete uma desarmonia entre as exigências do trabalho e os princípios dos indivíduos. Em alguns casos, as pessoas podem ser constrangidas pelo trabalho e levadas a fazer coisas que são antiéticas e não estão de acordo com seus próprios valores. As pessoas podem ficar presas aos valores conflitantes da organização, como quando há uma discrepância entre a declaração de missão sublime e a prática.

Os valores organizacionais são a identidade de uma organização e o indivíduo sente-se aliciado para determinado trabalho com base nestes valores, além de estabelecerem uma ligação motivacional entre o trabalhador e o local de trabalho. Os conflitos de valores resultam do conflito entre os valores do próprio indivíduo e os valores da organização, sendo que o trabalhador tem que combater o conflito, ou seja, gerir os seus princípios e lidar com a sua vontade e o trabalho que tem que desempenhar (Maslach & Leiter, 1997).

1.2.3 Consequências da síndrome de *Burnout*

As consequências e os danos da síndrome de *Burnout* irão afetar negativamente não só a organização de forma geral, mas também o indivíduo de maneira particular.

Segundo Benevides-Pereira (2012) os prejuízos relativos ao trabalho são:

a) Diminuição da qualidade do trabalho realizado que poderá manifestar-se na hostilidade, procedimentos equivocados, imprudência e até mesmo negligência;

b) Predisposição a acidentes, uma vez que os indivíduos se encontram desmotivados e exaustos e por isso mostram-se desatentos e pouco concentrados no trabalho que estão a desempenhar;

c) Desistência, isto é, os indivíduos manifestam geralmente vontade de abandonar o local de trabalho, o que acarreta inúmeras consequências para a organização, como a necessidade de nova contratação, tempo despendido em integração etc.;

d) Outras consequências organizacionais e sociais como o isolamento e o divórcio.

Outras reações ao *Burnout* são também referidas por Correia (1997) que menciona o afastamento como uma das primeiras reações da síndrome. Este afastamento pode ser físico, em que o indivíduo se ausente do local de trabalho, ou psicológico, em que apesar de presente, mentalmente não está. O mesmo autor refere outras consequências como a diminuição dos níveis de rendimento no trabalho, de implicação e da satisfação laboral causando absentismo e insatisfação (Correia, 1997).

1.2.4 Sinais e Sintomas de *Burnout*

O *Burnout* pode manifestar-se de diversas formas variando não só em termos de sintomas como também no grau de intensidade com que se manifesta (Freudenberger, 1975).

Benevides-Pereira (2002) defende que as consequências do *Burnout* podem estar presentes em quadro níveis, sendo eles:

a) Físicos – destacam-se as dores musculares, distúrbios de sono (insónia ou excesso de sono), cefaleias, fadiga crónica ou perda de força muscular, náuseas, aumento ou perda de peso, disfunção sexual, alteração dos níveis de colesterol, sudção, problemas gastrointestinais ou cardíacos, hipertensão e úlcera gástrica (Jackson & Leiter, 1996);

b) Psicológicos – falta de atenção e concentração, alterações de memória, letargia e pensamento lento, impaciência, irritabilidade, sentimento de solidão, baixa autoestima, ansiedade, humor depressivo, labilidade emocional, agressividade, hipersensibilidade ou frieza emocional, diminuição da empatia e aumento de desconfiança (Monteiro, 2013);

c) A nível comportamental salienta-se a impulsividade, a irritabilidade, agressividade, dificuldade na aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, queixas compulsivas, abandono das atividades de lazer e envolvimento em situações de risco (Neto et al., 2014);

d) A nível cognitivo realça-se a tendência ao isolamento, sentimentos de incapacidade, impotência e fracasso, sensação de perseguição ou pensamentos paranoides, culpabilização, preocupação excessiva, rigidez de pensamento, ideias suicidas, dificuldade na toma de decisões, cinismo, perda de interesse pelo trabalho e absentismo (Benevides-Pereira, 2002).

Tecedeiro (2004) refere que a síndrome de *Burnout* pode provocar sofrimento pessoal, que se manifesta através de sinais psicossociais diversos como: quebra da produtividade, aumento do absentismo, baixas médicas de longa duração, pedidos de reformas antecipadas, episódios depressivos graves e perturbações psicossomáticas graves. Por sua vez, Langle (2003) entende o *Burnout* como um estado de constante cansaço devido ao trabalho. Este é o principal sintoma e a característica geral de esgotamento a partir do qual todos os outros sintomas podem ser derivados. Bakker e Costa (2014) argumentam que o *Burnout* tem um efeito negativo sobre o exercício diário das funções dos trabalhadores, isto porque o *Burnout* diminui os níveis de rendimento do trabalho diário dos trabalhadores, aumenta o cansaço e o auto enfraquecimento.

1.2.5 Prevenção e Intervenção

Têm sido efetuados alguns estudos como forma de se compreender quais as estratégias de intervenção mais adequadas para lidar e enfrentar o *Burnout* (Gil-Monte & Peiró, 1997).

De acordo com Gil-Monte (2009) as estratégias de prevenção e intervenção podem ser agrupadas em três grupos distintos:

a) A nível individual, por exemplo formação em resolução de problemas, gestão eficaz do tempo e assertividade;

b) A nível grupal, por exemplo, procura e aceitação do apoio dos colegas e seus superiores o que permitirá melhorar a capacidade dos indivíduos, receber apoio emocional, bem como obter novas informações que poderão revelar-se úteis;

c) A nível organizacional, que serão talvez das intervenções mais importantes, visto que geralmente o problema resulta do contexto de trabalho.

O mesmo autor sugere, tendo enquanto a estratificação em cima, as seguintes medidas para o tratamento e a prevenção do *Burnout*:

a) Medidas Físicas - Técnicas de relaxamento, alimentação adequada, exercício físicos regular; repouso, lazer e diversão, sono apropriado às necessidades individuais e meditação (Gil-Monte, 2003);

b) Psicológicas - psicoterapia, recorrer a processos que favorecem o autoconhecimento, estruturação do tempo livre com atividades prazerosas e atrativas, avaliação periódica da qualidade de vida individual, reavaliação do limite individual (tolerância vs. Exigência); busca de convivência menos conflituosa com pares e grupos (Gil-Monte, 2003);

c) Sociais – avaliação e redimensionamento das formas de organizações de trabalho (Gil-Monte, 2003).

O mesmo autor acrescenta ainda que a partir destes recursos, as empresas devem criar programas específicos, onde o *Burnout* deverá ser entendido como uma relação particular entre uma pessoa, o seu ambiente e as circunstâncias a qual está submetida. Se essas ações são bem fundamentadas, os resultados são positivos, com novas perspetivas de qualidade de vida para o trabalhador (Gil-Monte, 2009)

Assim as estratégias organizacionais adotadas, são por exemplo, programas de socialização, implementação de sistemas de avaliação que ofereçam aos colaboradores um papel ativo e de participação nas decisões da empresa e que irão certamente melhorar o clima organizacional. Neste enquadramento, a prevenção e o tratamento do *Burnout* deverão ser considerados como um problema coletivo e organizacional e nunca considerado apenas a nível individual (Fonte, 2011).

De acordo com Gonçalves et al. (2002) algumas medidas preventivas, que poderão ser adotadas pelos indivíduos, são a realização de atividades fora do contexto laboral (de forma regular) e a intensificação e revalorização das relações pessoais, familiares e sociais, visto que, estas medidas visam potenciar as competências psicossociais e profissionais dos trabalhadores acabando por melhorar também as relações interpessoais e o suporte social dos indivíduos, contribuindo favoravelmente para o afastamento da síndrome de *Burnout*.

Segundo Maslach (2003) uma outra forma de prevenir o *Burnout* passa necessariamente por promover o compromisso dos profissionais com a instituição onde desempenham funções, aumentando a sua energia e fazendo com que estes se mostrem disponíveis para a concretização das suas tarefas com maior envolvimento e eficácia.

Para além disso, Ortega Ruíz, Ríos e Martin (2008) apresentam algumas propostas que visam a prevenção do *Burnout* bem como formas de lidar com os riscos a que os indivíduos estão expostos no trabalho. Essas propostas passam por atuar em dois níveis distintos:

a) A nível organizacional, por exemplo, a planificação de um horário flexível que ofereça aos trabalhadores diversas oportunidades de trabalhar por turnos, proporcionando-lhes mais autonomia, permitir que participem em processos de tomada de decisão, aumentar a qualidade do ambiente de trabalho (ambiente físico), insistir na importância do trabalho em equipa, limitar o número de horas de trabalho, bem como, definir junto dos trabalhadores objetivos reais e capazes de serem alcançados;

b) A nível individual, será favorável se o individuo apostar nos seus recursos pessoais e sociais, como por exemplo, relaxamento, meditação, suporte profissional

e familiar, *biofeedback*, passatempos, entre outros. Em acréscimo será também bastante positivo se o indivíduo desenvolver algumas habilidades preventivas, nomeadamente, a ventilação de sentimentos e reestruturação cognitiva.

1.2.6 O papel mediador da Autoeficácia

Embora já exista consenso acerca do poder explicativo desempenhado por agentes stressores de índole ocupacional e organizacional, fatores individuais como as características da personalidade, o sistema de crenças, estratégias de *coping* e competências sociais e emocionais, têm desempenhado um importante papel mediador na síndrome de burnout (Dias & Queirós, 2010). Deste modo, é importante considerar que as pessoas que compreendem as suas experiências emocionais, sentem-se mais competentes para responder às exigências das suas realidades laborais (Extremera, Durán, & Rey, 2010).

A Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977) tem sido aplicada na explicação de condutas e processos psicológicos específicos como a autoeficácia. Neste contexto, a autoeficácia é definida como a crença relativa às capacidades pessoais para realizar com sucesso, um determinado comportamento, propondo que esta influência o modo como as pessoas pensam, sentem, se auto motivam e agem (Bandura, 2008). Ou seja, a autoeficácia refere-se às crenças pessoais sobre a capacidade para mobilizar a motivação, os recursos cognitivos e os cursos de ação necessários para se exercer controlo sobre os vários acontecimentos ao longo da vida (Bandura & Wood, 1989).

Ao longo dos últimos 40 anos o conceito de autoeficácia tem sido aplicado nas mais diferenciadas áreas do comportamento humano. García-Renedo, Llorens,

Cifre e Salanova (2005) dão exemplos na área da saúde, desporto e atividade física e na área da educação. Inicialmente, as pesquisas sobre a percepção de autoeficácia mantiveram o foco na relação com a motivação, a ação e o estímulo afetivo. Como já foi referido, uma das primeiras formulações da teoria da autoeficácia foi publicada no livro *Social Learning Theory* escrito por Bandura (1977) e para este autor, qualquer tipo de intervenção psicossocial não teria êxito até que a pessoa chegasse à conclusão que possui controlo sobre a situação.

Posteriormente, procurou-se esclarecer a relação do constructo com os processos de pensamento e influências psicossociais. Dessa forma, foi possível compreender como a autoeficácia incrementa ou prejudica o funcionamento da cognição de variadas formas (Bandura, 2008). Nunes e Noronha (2009, p. 103) corroboram neste sentido ao afirmar que “a autoeficácia é compreendida como a confiança de uma pessoa para realizar com sucesso uma tarefa ou um grupo de tarefas específicas, sendo uma variável mediadora que ajuda a explicar se um individuo terá iniciativa, perseverança e sucesso num determinado contexto”.

Outros autores a considerar são Schwazer e Hallum (2008), que afirmam que a autoeficácia se distingue de outros constructos psicossociais como a autoestima, o autoconceito e o locus de controlo, em três aspetos centrais:

- a) A autoeficácia implica uma atribuição interna (*eu sou a causa da ação*);
- b) É prospetiva, referindo-se a comportamentos futuros;
- c) É um constructo operativo, sendo um preditor do atual comportamento.

Neste sentido, a autoeficácia poderá ser utilizada como preditor de um conjunto amplo de variáveis (como a qualidade de vida e até o *Burnout*) justificando-

se a utilização de uma medida de autoeficácia geral. Esta ideia é fortalecida Schwarzer e Jerusalém (1995) que consideram a existência de um sentimento de autoeficácia geral, descrevendo-o como uma percepção de competência pessoal mais ampla e estável em relação a uma grande variedade de situações e problemáticas. Nesse seguimento, Schwarzer e Jerusalém (1995) desenvolveram a *General Self-Efficacy Scale*, sendo esta amplamente utilizada em contextos de investigação clínicos e organizacionais (Araújo & Moura, 2011).

No contexto desta investigação específica é de considerar que diversos estudos têm evidenciado uma relação negativa entre a autoeficácia e a síndrome de burnout (e.g., Extremera, Durán, & Rey, 2010; García-Renedo et al. (2005); Yong & Yue, 2007). No entanto, poucos são os estudos que têm procurado identificar o seu papel moderador entre fatores de risco e o *Burnout* (Salanova, Peiró & Schaufeli, 2002). Cherniss (1992) refere que, independentemente da profissão, a autoeficácia desempenha um importante papel no desenvolvimento de Burnout.

1.2.7 *Burnout em Enfermagem*

O grande propósito da profissão de Enfermagem passa 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 utente, mas também para si próprio (Martins, 2008).

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 Gomes (2008) refere a Enfermagem, bem como todas as profissões ligadas à área da saúde, como sendo de alto risco em relação ao nível de stress e como conseguinte, ao *Burnout*.

A análise de estudos sobre *Burnout* realizados a Enfermeiros, revela que este grupo profissional tem um risco acrescido, relativamente a outros profissionais de saúde, principalmente porque estão expostos a grandes exigências físicas e emocionais exigidas pelas diversas valências desta atividade profissional (Suzuki et al., 2008)

No caso dos profissionais de saúde em geral, o *Burnout* aumenta exponencialmente pelo facto de lidarem com pessoas doentes, confrontando-se diariamente com pessoas em situações de doença aguda, morte, sofrimento psíquico ou físico, cormobilidades crónicas e onde o erro do profissional pode ser fatal (Serra, 2011).

A relação de cuidado entre o profissional de saúde e o utente envolve experiências emocionas significantes, algumas são extremamente gratificantes e edificantes como quando o paciente recupera por causa dos esforços do profissional. No entanto, outras experiências são emocionalmente stressantes para o profissional de saúde, tais como trabalhar com pacientes difíceis ou desagradáveis, ser portador de "más notícias" para os pacientes ou para as suas famílias, lidar com a morte de pacientes e a existência de conflitos com colegas de trabalho ou superiores. Estas tensões emocionais são algumas vezes esmagadoras e conduzem à exaustão emocional (Leiter, 2000)

Num estudo de Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto e Pinheiro (2008), englobando 286 Enfermeiros da região norte de Portugal, verificou-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 utentes, a carreira profissional, o excesso de trabalho e a gestão de tempo (Gomes et al., 2008).

Para Ribeiro, Gomes e Silva (2010), existem diversas condições que podem desencadear stress nos profissionais de saúde e conduzir ao *Burnout*: o excesso ou a escassez de trabalho, o excesso ou défice de responsabilidades e a 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 encontram-se outros inúmeros fatores que podem desencadear *Burnout* nos Enfermeiros. Gomes et al. (2008) 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, 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 utentes diminuir, em prol do conjunto de trabalho burocrático necessário. Ainda neste sentido, para Murofuse et al. (2005), a remuneração dos enfermeiros não corresponde 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.

Gil-Monte (2002) defende a necessidade de se desenharem medidas de intervenção e prevenção da síndrome de *Burnout* e do absentismo no setor da saúde. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a percepção de equidade são variáveis que devem ser consideradas para prevenir o desenvolvimento do *Burnout* e para diminuir a taxa de absentismo. É indispensável avaliar e prevenir a síndrome de *Burnout*.

A natureza do serviço que os profissionais de saúde prestam, contribui para o aumento do interesse pelo estudo do *Burnout* nestas profissões, tendo em conta que a qualidade e a eficácia do seu trabalho podem ter um efeito decisivo na saúde dos pacientes.

1.3 A Enfermagem

A Enfermagem, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), regulado pelo Dec. Lei nº161/96 de 4 de Setembro com alterações introduzidas pelo Dec. Lei n.º 104/98 de 21 de Abril “é a profissão na área da saúde que tem como finalidade conferir cuidados de Enfermagem ao indivíduo durante o seu ciclo de vida, e à comunidade onde ele está inserido, para preservar, melhorar ou restaurar a saúde, ajudando os a alcançar a sua maior aptidão funcional tão depressa quanto possível”. Os cuidados de Enfermagem são as “intervencções autónomas ou interdependentes a realizar pelo Enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (REPE, 1996). Ainda segundo o REPE (1996), no Artigo 5.º, os cuidados de Enfermagem são caracterizados por:

- a) Terem por fundamento uma interação entre Enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- b) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- c) Utilizarem metodologia científica, que inclui:
 - 1) A identificação dos problemas de saúde em geral e de Enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - 2) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - 3) A formulação do diagnóstico de Enfermagem; a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de Enfermagem;
 - 4) A execução correta e adequada dos cuidados de Enfermagem necessários;
 - 5) A avaliação dos cuidados de Enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.

A ordem dos Enfermeiros através do REPE (1998), defende que o exercício profissional da Enfermagem se centraliza na relação Enfermeiro-indivíduo e/ou um grupo de indivíduos (família e comunidades). O exercício de Enfermagem deve ser realizado de forma responsável, ética e respeitando os valores, hábitos, as doutrinas, os direitos e os interesses de cada um. Para tal, o exercício profissional requer uma sensibilidade que possibilite compreender e lidar com estas mesmas diferenças. Esta sensibilidade é alcançada através da formação e da experiência, o que vai preparar o Enfermeiro para observar os indivíduos numa perspetiva multicultural e holística (REPE, 1998)

O REPE – D.L. nº 161/96 de 4/9, reforça a conduta de valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados, baseada na igualdade, na reciprocidade e

nas relações, marcando o início de uma nova época na profissão de Enfermagem. Em 1998, foi criada a Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril) que definiu as competências científicas e técnicas dos Enfermeiros dos cuidados gerais, com base no enquadramento jurídico da profissão. Ao Enfermeiro especialista confere a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados na área clínica da respetiva especialidade.

Em continuação, poderemos observar o enquadramento legal da profissão de Enfermagem na tabela 1.4.

Tabela 1.4.

Enquadramento legal da profissão de Enfermagem

Descrição	Riscos mais altos
A Enfermagem	Prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano para manter, melhorar ou recuperar a saúde
O Enfermeiro	É o profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, possuidor de um título profissional que lhe reconhece competências.
Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros	As intervenções dos Enfermeiros podem ser de dois tipos, as intervenções autónomas e as interdependente.
Principais objetivos do exercício profissional da Enfermagem	Promover a saúde, o prevenir da doença, o tratar, o reabilitar e o reinserir socialmente o indivíduo e/ou grupo de indivíduos
Os cuidados de Enfermagem	São as intervenções executadas pelo Enfermeiro no campo de ação das suas competências

Fonte: REPE (1998)

O título profissional de Enfermeiro, segundo o Dec. Lei nº 248/2009 de 22 de setembro, obriga ao cumprimento de deveres éticos e princípios deontológicos e ao respeito. Ao exercer a sua profissão com autonomia científica e técnica e respeitando o direito à proteção da saúde, os Enfermeiros estão sujeitos ao cumprimento de deveres funcionais. São estes deveres, o sigilo profissional, o colaborar para a proteção dos interesses do utente (no âmbito da organização das unidades e serviços); o clarificar o utente sobre os cuidados a prestar e prestados (garantindo o exercício do consentimento informado). O conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro está relacionado com as competências e qualificações em Enfermagem, envolvendo a total autonomia científica e técnica.

1.3.1 Enfermagem em Hemodiálise

O Manual de Nutrição e Doença Renal Crónica (MNDRC, 2017) afirma que “a doença renal afeta milhões de pessoas em todo o mundo, estimando-se que atinja 10% da população mundial, abrangendo todas as faixas etárias.

Esta dimensão torna primordial a consciencialização para este facto, de forma a potenciar a minimização do estigma de quem sofre desta patologia” (MNDRC, 2017 p. 3)

Os utentes insuficientes renais crónicos em programa regular de Hemodiálise constituem, neste momento, um grupo especial de utentes com necessidades de cuidados de Enfermagem especializados.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), no relatório final de 2015, em Portugal existiam 18928 utentes insuficientes renais crónicos (IRC), na sua maioria inseridos em programas regulares de Hemodiálise. Ao todo, Portugal apresenta mais de 100 centros/clínicas de Hemodiálise, maioritariamente do setor privado (SPN, 2015).

A Organização Mundial de Saúde [(OMS) 2002] define a doença crónica como doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do utente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (Machado, 2009).

A Doença Renal Crónica (DRC) é considerada uma síndrome complexa, geralmente lenta e progressiva, que leva à perda da capacidade dos rins de excretar metabólitos.

Esta doença pode ser caracterizada por haver uma lesão significativa do rim e pela perda irreversível da função renal indicada pela taxa de filtração, que é o principal mecanismo de excreção metabólica e dos tóxicos produzidos pelo organismo (Schor, 2002).

A DRC é a lesão renal que conduz a uma perda progressiva e irreversível da função renal. Por definição, é considerada quando existem alterações patológicas renais (estruturais ou funcionais) com duração superior a 3 meses e/ou uma diminuição do débito de filtração glomerular para valores inferiores a 60

ml/min/1,73 m², também por um período de pelo menos 3 meses (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative – KDOQI, 2003)

A National Kidney Foudation (NKF, 2005) e KDOQI definem cinco estádios específicos com base no cálculo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), caracterizando 5 estádios da doença conforme se pode observar na tabela 1.5 (KDOQI, 2012):

Tabela 1.5.

Estádios da DRC.

Estádio	Sintomatologia / Tratamento
Estádio 1 e 2	Nesta fase o utente pode não apresentar quaisquer sintomas. No entanto há um maior risco de desidratação e sensibilidade ao uso de medicamentos. O tratamento nesta fase baseia-se na vigilância da Tensão Arterial (TA) e na manutenção de uma dieta equilibrada.
Estádio 3 e 4	É comum conseguir-se identificar a doença renal nesta fase devido ao aumento das toxinas residuais. É frequente alguma sintomatologia limitante e incapacitante como patologias ósseas, anemia e fadiga.
Estádio 5	É a fase da doença renal crónica terminal e há a necessidade de fazer diálise ou transplante renal para assegurar a sobrevivência.

Fonte: adaptado de Kidney Health Australia (2018)

Neste momento, os tratamentos conhecidos para a insuficiência renal terminal são o transplante renal, a diálise peritoneal e Hemodiálise (Fernandes,

Ramos, Ladeira, & Gomes, 2011). O transplante renal é considerado como o tratamento ideal para a IRC, tanto pela melhoria da qualidade de vida dos pacientes, como por ser a opção mais rentável. A diálise peritoneal constitui-se como “um método de depuração do sangue, no qual a transferência de solutos e de líquidos ocorre através de uma membrana” fisiológica - o peritoneu (Fermi, 2010, p. 188).

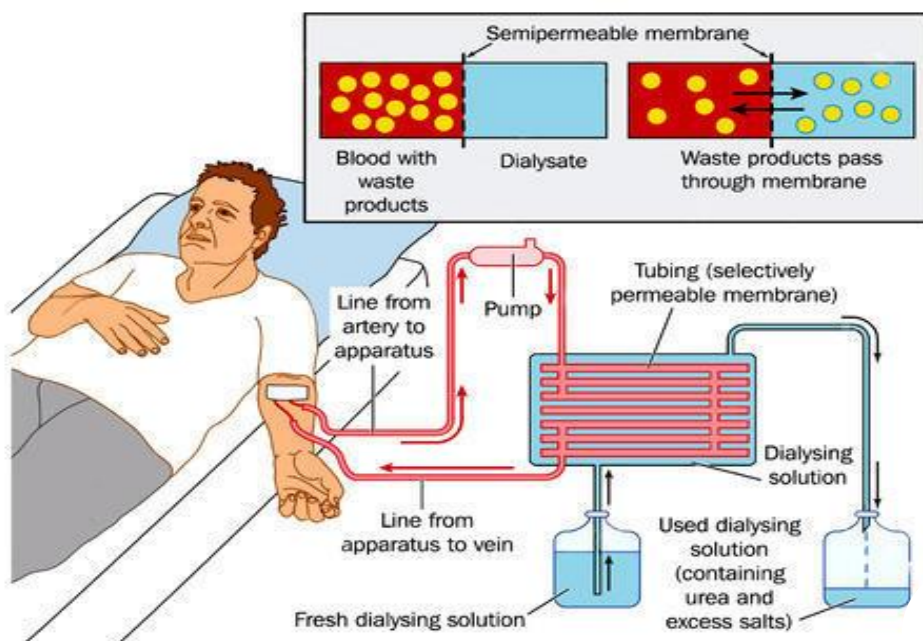
É uma técnica muito menos agressiva que a Hemodiálise, na qual o paciente, ou pessoa de referência, são praticamente autónomos na sua realização. É uma técnica realizada maioritariamente no domicílio, com implicações sociais menores (Fermi, 2010).

A Hemodiálise é o tratamento mais frequente para a patologia referida. Segundo os dados da SPN em dezembro de 2011, encontravam-se em técnica de substituição da função renal 14100 utentes distribuídos por unidades de diálise em todo o país.

A NKF (2002), define Hemodiálise (HD) como uma depuração artificial do sangue através de um filtro que elimina as moléculas tóxicas à manutenção da vida.

A HD é a técnica de substituição renal mais utilizada em todo o mundo. Neste sentido, Thomas (2005) afirma que “Hemodiálise” é o termo usado para descrever a remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável (dialisador) onde o sangue é transportado através de um circuito extracorporeal, sendo que o processo de diálise depende dos princípios fisiológicos de difusão e ultrafiltração conforme a figura 1.6.

Figura 1.6. Descrição do processo de Hemodiálise



Fonte: Advin HeltCare (2018)¹

Um utente em Hemodiálise precisa de comparecer (por norma) aos tratamentos, em média quatro horas, três vezes por semana, seguir um regime medicamentoso e cumprir um plano alimentar e de controlo de líquidos relativamente complexo e rigoroso. É um regime terapêutico multifacetado e que impõe mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da família (Machado, 2009).

A Enfermagem começou a participar ativamente do processo de Hemodiálise, como integrante da equipa multidisciplinar numa área que antes era exclusivamente

¹ <https://www.indiamart.com/advinhealthcare/haemodialysisfluid.html>

médica. O Enfermeiro assume-se assim com o elo de referência durante o tratamento acompanhando o utente ao longo de todo o processo.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas para os Cuidados À Pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise “o Enfermeiro que desenvolve o seu exercício profissional na área específica de Enfermagem em nefrologia aplica-se as competências dos Enfermeiros de cuidados gerais e o Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (2016, p. 14).

O mesmo documento afirma ainda que tendo em conta a especificidade do contexto de intervenção do Enfermeiro, na área específica da Enfermagem de nefrologia e particularmente na execução das técnicas dialíticas, enquanto modalidades de tratamento substitutivo da função renal, propõe-se ainda as competências adotadas pela European Dialysis & Transplant Nurses Association/European Renal Care Association – EDTNA/ERCA (2015) que são:

- a) Envolver a pessoa com DRC no tratamento durante as sessões de HD;
- b) Colaborar na avaliação e revisão das estratégias de HD;
- c) Avalia com a pessoa com DRC o desenvolvimento do programa de HD no domicílio;
- d) Colabora na transferência da pessoa com DRC entre unidades de HD;
- e) Gere equipas de Enfermagem em salas de HD.

1.3.2 O caso NephroCare²

A Fresenius Medical Care é, por excelência, a Companhia de Diálise do mundo.

A sua constante motivação e compromisso com o desenvolvimento de tecnologias para o tratamento da Insuficiência Renal Crónica, uma condição que afeta mais de 1.400.000 pessoas em todo o mundo, levam-na a estabelecer os mais elevados *standards* no desenvolvimento de produtos, terapias e serviços inovadores, por forma a melhorar continuamente a qualidade de vida dos utentes renais.

A Fresenius Medical Care é hoje, sinónimo de qualidade e inovação. A Fresenius iniciou a sua atividade direta em Portugal, em 1993, com a comercialização de uma vasta gama de produtos para o tratamento da insuficiência renal (IR).

Na sequência da aquisição internacional da sociedade de direito americano National Medical Care Inc. pela Fresenius AG, em 1996, em Portugal, foi permitida a prestação de serviços de saúde no setor da diálise e na área de transporte de utentes. Atualmente, com 34 clínicas de Hemodiálise, são asseguradas mais de 650.000 tratamentos por ano, a cerca de 4.100 utentes com IR.

Desde que foi dado início à sua atividade, a evolução tem sido uma constante. A sua posição de liderança como Companhia Multinacional integrada de serviços e produtos de diálise tem permitido oferecer um leque de soluções terapêuticas, de mais elevada qualidade, a inúmeros utentes.

² A informação referente à empresa NephroCare foi retirada do site institucional da mesma: <http://www.fresenius-medical-care.pt/>

2.3.2.1 Visão, Missão e Valores

a) Visão: aumentar a qualidade de vida do utente renal, inovar para uma vida melhor e reduzir os custos sociais e provados da diálise;

b) Missão: estabelecer padrões de excelência nos cuidados de saúde aos utentes renais através do nosso compromisso em desenvolver produtos e opções terapêuticas de diálise inovadores;

c) Valores: Qualidade, inovação, desenvolvimento e honestidade, integridade, respeito e dignidade.

1.3.2.2 Serviços

a) Clínicas de Hemodiálise: com 34 clínicas de diálise em Portugal a Fresenius leva a cabo a sua visão de colocar ao dispor da comunidade serviços de diálise que garantem os mais elevados padrões de qualidade;

b) Centro Cirúrgico de Acesso Vasculares e Unidades de diálise autónoma domiciliária: A empresa garante um leque de serviços de apoio à resolução de problemas médicos/cirúrgicos da região Centro e Sul do País e possibilita o acesso a um programa específico de ensino e treino para a realização do tratamento de Hemodiálise pelo próprio, no domicílio;

c) Serviço de transporte de utentes: O serviço de transporte de utentes – ambulâncias 111 – é a empresa do grupo especialmente vocacionada para o transporte de utentes;

d) Serviço de Gestão de fluídos: vasto leque de serviços especializados na gestão de fluídos – desde a manutenção à monitorização da qualidade química e microbiológica;

e) Serviço de assistência técnica: possui um departamento de assistência técnica de resposta às várias unidades espalhadas pelo país.

1.3.2.3 Setor de atividade e meio envolvente

Com a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde (*HS-QMS - Healthcare Services - Quality Management System*) é possível garantir a prestação de cuidados de diálise em conformidade com a norma ISO 9001 e a política de qualidade da Fresenius Medical Care.

Os padrões de qualidade para os serviços de diálise centram-se em fornecer aos utentes as melhores opções de tratamento de acordo com as suas necessidades. É oferecido aos utentes uma terapia abrangente e aconselhamento médico por parte de uma equipa clínica altamente qualificada facultando um ambiente seguro aos utentes e aos funcionários das várias unidades.

Há uma política de melhoria continua e sistemática dos níveis de desempenho e eficiência através da recolha e comparação dos dados de tratamento clínico numa base contínua, trabalhando de acordo com as normas de qualidade internas e externas e gerindo os centros de forma profissional.

Processos específicos relacionados com a diálise são implementados, definindo altos padrões de qualidade e segurança em todos os centros como, por

exemplo, em matéria de higiene e controlo de infeção, bons cuidados de diálise, água, concentrado e fluido de diálise para Hemodiálise e terapias relacionadas.

1.4 Determinantes do comportamento de segurança e *Burnout* em contexto de Hemodiálise

Os Enfermeiros que desempenham as suas funções em contexto de Hemodiálise enfrentam desafios únicos, associados ao contacto frequente, intenso e prolongado com utentes crónicos que necessitam de cuidados diferenciados e de grande complexidade (Hayes & Bonner, 2010).

Neste mesmo sentido, Harwood, Ridley, Wilson e Laschinger (2010) afirmam que o contexto de trabalho numa unidade de Hemodiálise é um campo de atuação de Enfermagem com exigências diferenciadas, não apenas pela necessidade de monitorizar uma terapia de elevada complexidade técnica, mas também pelo contexto da cronicidade da patologia das pessoas em tratamento (Harwood et al., 2010).

Os Enfermeiros em Hemodiálise estão expostos a inúmeros agentes stressores que podem levar ao *Burnout* (Argentero, Dell'Oliv, & Ferretti, 2007). No entanto, dada a especificidade da prática clínica, estes estão propensos a tipos adicionais e mais específicos de stress. Karkar (2011) afirma que estes incluem:

a) O nível intenso de atividades e tarefas durante o início e o término das sessões de diálise;

b) As intervenções urgentes quando surgem complicações que ameaçam a vida dos utentes;

c) A necessidade de utilizar técnicas constantes de negociação e resolução de conflitos.

Além do que anteriormente foi dito, os Enfermeiros têm ainda de lidar com técnicas de diálise complexas através do manuseamento de máquinas de Hemodiálise, com a implementação rigorosa de políticas e procedimentos de controlo de infeção, e o crescente número de utentes com doença renal crónica (Brokalaki et al., 2001).

É ainda importante referir que o *Burnout* é uma variável que, embora tenha sido amplamente estudada na área da Enfermagem em contexto hospitalar de uma forma geral, foi pouco aprofundada e investigada entre os enfermeiros em contexto de Hemodiálise (Heys & Bonner, 2010). Na tabela 1.6 é possível observar alguns dos estudos realizados com este tipo de população.

Tabela 1.6.

Estudos sobre burnout em enfermeiros em contexto de Hemodiálise

Autor	Estudo/Conclusões
Brokalaki et al. (2001)	Os agentes stressores incluem o risco de contaminação por contacto direto com o sangue dos utentes.
Murphy (2004)	O burnout verificou-se em 31% dos Enfermeiros deste estudo que relatavam o número de utentes por enfermeiro, o volume de trabalho e o ambiente psicossocial como a principal fonte de Burnout.
Arikan, Köksal e Gökçe, (2007)	Os Fatores associados ao <i>Burnout</i> dos enfermeiros em Hemodiálise são a idade, os anos de prática como enfermeiros, os anos de prática como enfermeiros em contexto de Hemodiálise e o rácio enfermeiro/utente.
Dermondy e Bennett (2008)	Os Enfermeiros referem “o negócio” das companhias de Hemodiálise como uma fonte importante de <i>burnout</i> devido ao cumprimento de metas e objetivos que interferem na prática clínica.
Ross, Jones, Callaghan, Eales, e Ashman,	A maioria dos inquiridos não revelou níveis significativos de Burnout. Dentro deste grupo de enfermeiros, os mais novos e mais velhos, ou com mais tempo de experiência profissional eram os que apresentavam os valores de burnout mais elevados.

Mediante o anteriormente descrito, há ainda que considerar, que o ambiente de trabalho de Enfermagem na área da Hemodiálise expõe os profissionais a diversos riscos, relacionados com os cuidados que são prestados (Hoefel, 2012). A mesma autora enumera a “manipulação de agentes medicamentosos, desinfetantes, substâncias orgânicas (especialmente, o sangue), bem como o tratamento de

materiais e equipamentos específicos e os aspetos gerais da organização do trabalho como os principais fatores de risco e preditores de interferências no bem-estar geral dos trabalhadores” (Hoefel, 2012, p. 6).

Um aspeto importante a contemplar numa unidade de Hemodiálise, é que os profissionais de Enfermagem, por formarem o maior grupo de trabalhadores dentro das equipas multidisciplinares, por prestarem um serviço interrompido durante o tratamento do utente, bem como por manterem mais contacto físico com os utentes, são aqueles que se encontram mais expostos aos riscos ocupacionais (Branco, 2013).

Os principais riscos em contexto de Hemodiálise estão descritos por Hoefel (2012) e são, nomeadamente:

a) Risco de acidente com materiais perfuro-cortantes relacionados com a necessidade de os utentes serem puncionados;

b) Risco de infeções virais devido à exposição sistemática ao sangue (nomeadamente, Hepatite C e HIV) e risco de infeções respiratórias por falta de estruturas físicas para isolamentos dos utentes;

c) Riscos químicos devido ao uso inadequado de produtos desinfetantes e corrosivos;

d) *Stress e burnout* por excesso de trabalho (rácio utentes/enfermeiro);

f) A organização do trabalho sob pena de produzir sofrimento e/ou desgaste aos enfermeiros devido ao risco de pressão, à possibilidade de haver diferenças entre o trabalho prescrito e o executado e por fim, o ritmo de trabalho.

De referir ainda o estudo de Kliger (2014) que identificou particularidades ao contexto de Hemodiálise como o fato de os utentes serem utentes crónicos, com um cadeirão e máquina afeta ao seu tratamento, mas que, após a sua conclusão tem de ser devidamente limpa e desinfetada para poder ser utilizado por outro. Este processo repete-se cerca de 3 a 4 vezes ao longo de 24 horas. Os utentes normalmente estão ao lado uns dos outros, em *open space*, assim como os Enfermeiros que prestam os cuidados. A interação entre a equipa de diálise, as máquinas e o ambiente fornece uma grande oportunidade para ocorrerem erros (Kliger, 2014).

Nesse mesmo estudo, Kliger (2014) aponta diretivas sobre medidas que devem ser tomadas para aumentar o nível do clima de segurança físico e psicossocial nomeadamente:

a) Deve ser criado um ambiente no qual seja seguro reconhecer e relatar erros, não só a nível institucional, mas também entre os colegas de trabalho e identificar padrões de interação na interface homem-máquina que podem predispor a erro;

b) Identificar as principais causas de *outcomes* adversos potencialmente reversíveis como erros de medicação, infeções, erros relacionados com a punção e avaliação do acesso vascular, quedas e morte;

c) Realizar análises de causa-efeito de eventos adversos e “quase acidentes” e Envolver os utentes nos esforços de segurança.

Em suma, é perceptível que as várias variáveis mencionadas na revisão de literatura têm uma importância inegável no ambiente de trabalho, nomeadamente em contextos profissionais de alto risco, como é o caso da enfermagem em Hemodiálise.

Deste modo, definimos as seguintes hipóteses de investigação:

H1: O clima de segurança e a perceção de risco, mediadas pela autoeficácia influenciam o burnout.

H2: O clima de segurança e a perceção de risco são preditores dos comportamentos de segurança.

H3: O burnout influencia negativamente a adoção de comportamentos de segurança.

II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

2. Metodologia

2.1 Amostra

A amostra é composta por 320 enfermeiros Portugueses da NephroCare Portugal, sendo que 94.7% são enfermeiros generalistas e 5.3% são enfermeiros chefes. Cerca de 65.9% ($n = 211$) são do género feminino e 34.1% ($n = 109$) do género masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos ($M = 35.50$; $DP = 9.40$). Acrescente-se ainda que a maioria dos participantes é casada ou vivem união de facto ($n = 202$) e não têm filhos (53.4%). No que respeita à naturalidade, a maioria dos participantes é natural das regiões das Beiras, Estremadura ou Ribatejo ($n = 77$; 24.1%), Alentejo e Algarve ($n = 66$ 20.6%) e da Área Metropolitana de Lisboa ($n = 47$; 14.7%). De todos os profissionais licenciados em Enfermagem, 75 possuem ainda outras habilitações, nomeadamente Mestrados ($n = 22$) e formação Pós-graduada ($n = 53$).

A maioria dos participantes está na empresa à menos de 10 anos ($n = 236$), sendo que 46.9% têm um contrato sem termo e 38.8% estão a recibos verdes. Em termos de distribuição geográfica nas Clínicas Nephrocare Portugal, é possível verificar que 26.6% exercem funções na zona do Alentejo e Algarve; 21.3% na Área Metropolitana de Lisboa; 20% nas Beiras, Estremadura e Ribatejo; 11% na Área Metropolitana do Porto; 7.2% no Minho, Douro e Trás-os-Montes; 6.3% Ilhas e 7.5% não responderam.

As figuras 2.1, 2.2 e 2.3 representam graficamente alguns pontos importantes na caracterização da amostra.

Figura 2.1. Distribuição da Amostra por Género ($n = 320$)

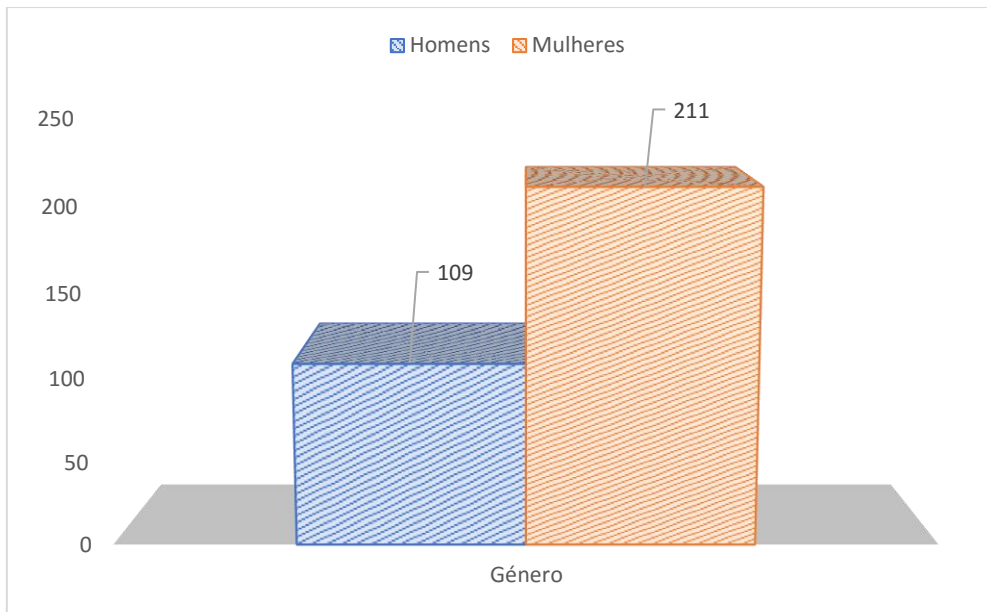


Figura 2.2. Distribuição da amostra por zona onde exerce funções ($n = 320$)

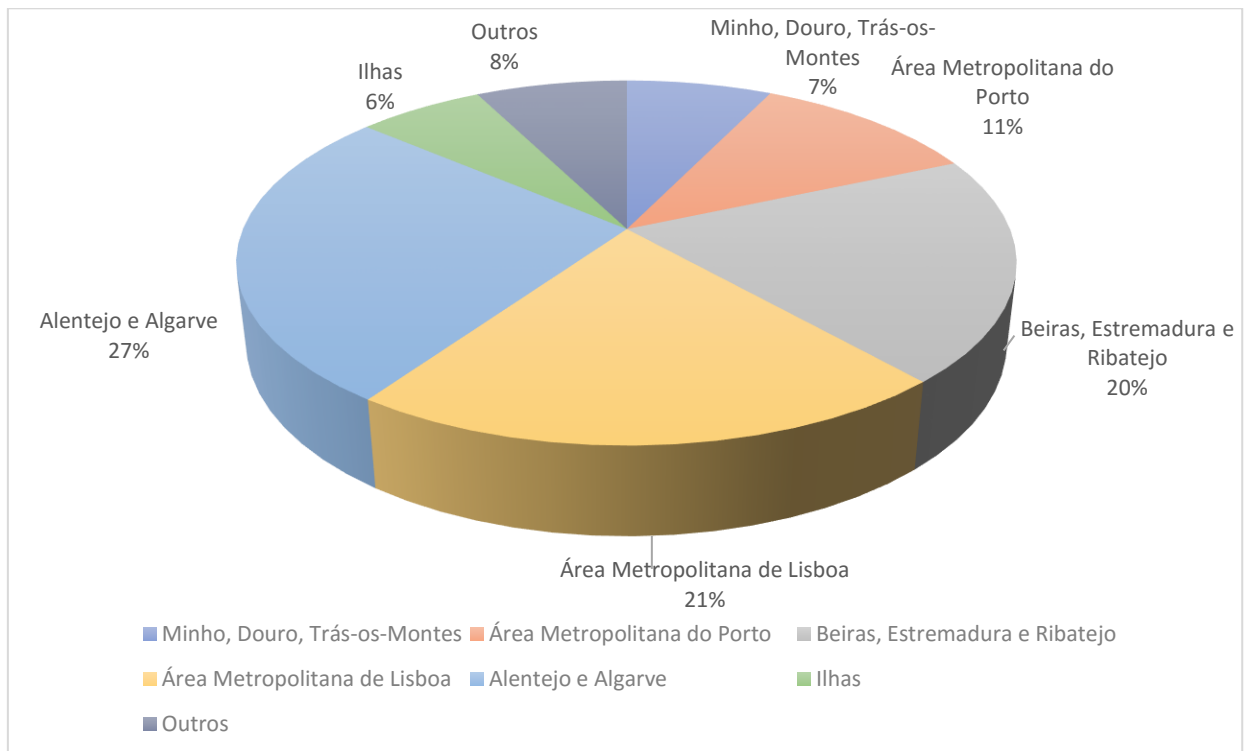
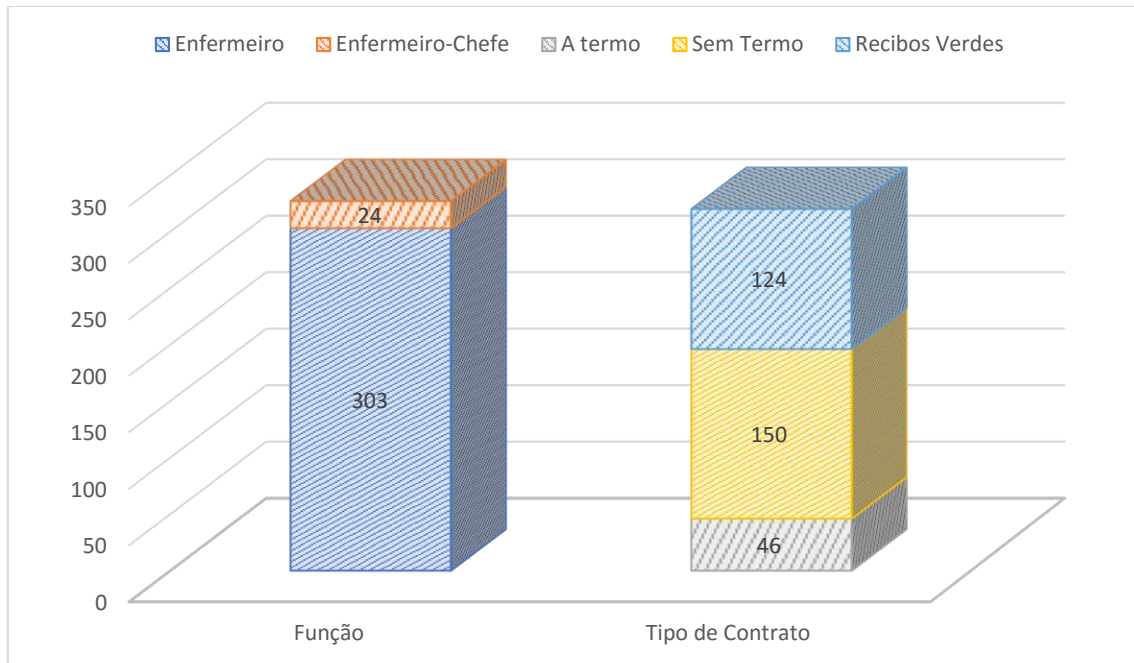


Figura 2.3. Distribuição da amostra por função e tipo de contrato ($n = 320$)



2.2 Procedimentos

Para a recolha de dados necessários para a investigação, foi criado um questionário de preenchimento online utilizando os instrumentos (Anexo 1), que irá ser referidos no ponto seguinte, recorrendo-se à ferramenta de criação de questionários da Google® - Google Docs®. Antes da sua publicação online, o questionário foi submetido a aprovação pela direção da Fresenius Medical Care seguindo os tramites logísticos e legais definidos pela empresa:

a) Apresentação e pedido formal a chefia de enfermagem e direção clínica da unidade de Hemodiálise local:

b) Envio para o departamento de comunicação;

c) Posterior avaliação pelo departamento de ética;

d) Aprovação pela direção nacional;

d) Resposta.

O questionário esteve disponível através da plataforma de Intranet da empresa. O Enfermeiro Chefe da Clínica de Unidade de Hemodiálise local enviou, através do email interno da empresa, o link referente ao questionário online e respetivas instruções de preenchimento, bem como uma nota explicativa sobre a pertinência do estudo a todos os Enfermeiros chefes das várias clínicas do país com vista ao pedido de participação dos vários Enfermeiros em cada unidade de Hemodiálise.

Este questionário contemplava, para além dos instrumentos, um texto introdutório com uma breve apresentação sobre o âmbito do estudo, objetivo da análise, informação sobre confidencialidade e utilização dos dados recolhidos. Após o preenchimento completo do questionário, seria possível submetê-lo e terminar assim a participação. O questionário foi aplicado num período de três meses.

2.4 Instrumentos

O questionário aplicado neste estudo contemplava os seguintes instrumentos:

a) *Escala de Clima de Segurança Física (Physical Safety Climate Scale)* – originalmente desenvolvida por Bronkhorst (2015) e baseada nos trabalhos de Hall, Dollard e Coward (2010), foi utilizada a adaptação para a população Portuguesa de Sousa et al. (2017). É uma escala composta por 12 itens e 4 dimensões: 1) Prioridade dada ao clima de segurança física (e.g., item 1 “O bem-estar físico dos funcionários é

uma prioridade para esta instituição”); 2) empenhamento em relação ao clima de segurança física (e.g., item 4 “No meu local de trabalho, o meu supervisor age rapidamente quando se trata de corrigir problemas/situações que afetam a saúde física dos funcionários”); 3) comunicação sobre o clima de segurança física (e.g., item 7 “Há uma boa comunicação a respeito das questões de segurança física que me afetam”) e 4) participação na promoção de clima de segurança física (e.g., item 12 “A prevenção de lesões físicas envolve todos os níveis da instituição”). As respostas são dadas através de uma escala de Likert de 5 pontos (1 – discordo totalmente a 5 - concordo totalmente).

b) Escala de Clima de Segurança Psicossocial (*Psychosocial Safety Climate Scale*) – originalmente desenvolvida por Bronkhorst (2015) e baseada nos trabalhos de Hall et al. (2010), foi utilizada a adaptação para a população Portuguesa de Sousa e et al. (2017). É uma escala multidimensional, composta por 12 itens que avaliam 4 dimensões, através de uma escala de Likert de 5 pontos (1 – discordo totalmente a 5 - concordo totalmente): 1) Prioridade dada ao clima de segurança psicológico (e.g., item 1 “O bem-estar psicológico dos funcionários é uma prioridade para esta instituição”); 2) empenhamento em relação ao clima de segurança psicológico (e.g., item 5 “O meu supervisor considera que a saúde psicológica dos funcionários é de uma grande importância”); 3) comunicação sobre o clima de segurança psicológico (e.g., item 8 “Chamam-me sempre a atenção para a informação sobre o bem-estar psicológico no meu local de trabalho”); e 4) participação na promoção de clima de segurança psicológico (e.g., item 11 “Os funcionários são encorajados a envolverem-se nos assuntos relacionados com a saúde e a segurança psicológica”).

c) Escala de Comportamentos de Segurança Física e Psicossocial (Physical and Psychosocial Safety Behavior Scale) – desenvolvida por Bronkhorst (2015) e baseada no trabalho de Neal e Griffin (2006), foi traduzida para a língua Portuguesa através de um processo de tradução-retradução. É uma escala bidimensional, composta por 12 itens que avaliam os comportamentos dos colaboradores, face à segurança física e à segurança psicossocial, através de uma escala crescente de 5 pontos (1 – discordo totalmente a 5 - concordo totalmente). Cada dimensão é dividida em duas subdimensões: conformidade e participação face à segurança física e psicossocial. Exemplos de itens: item 1 “Eu cumpro todas as normas de segurança e uso todos os equipamentos de segurança necessários para minimizar o desgaste físico no meu trabalho” e item 8 “Eu sigo os regulamentos e ponho em prática os protocolos de segurança psicológica quando realizo o meu trabalho”.

d) Escala de Auto-Eficácia Geral (General Self-Efficacy Scale) – originalmente desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem (1995), foi utilizada a adaptação para a população Portuguesa de Araújo e Moura (2011). É uma escala unidimensional, constituída por 10 itens que avaliam a auto eficácia em geral para lidar de modo adequado face a várias situações. Exemplos de itens: item 1 “Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente” e item 5 “Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas”.

e) *Burnout* – foi avaliado através da escala de Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) de Shirom e Melamed (2006), traduzida para a população Portuguesa através de um processo de tradução-retradução. É uma escala composta por 14 itens e três subescalas: 1) cansaço físico (6 itens; e.g., item 3 “Sinto-me fisicamente esgotado”); 2) cansaço cognitivo (5 itens; e.g., item 10 “Sinto que não

consigo concentrar-me”); e 3) exaustão emocional (3 itens; e.g., item 13 “Sinto-me incapaz de investir emocionalmente nos colegas de trabalho e clientes”). Os itens são respondidos numa escala tipo “Likert” de 7 pontos (1 = Nunca; 7 = Sempre).

f) *Percepção de Risco (Risk Perception)* - desenvolvida por Moen (2007) é uma escala que avalia a preocupação e receio de ter acidentes. Foi traduzida para língua Portuguesa para o presente estudo. É uma escala unidimensional composta por 4 itens (e.g., item 3 “Fico preocupado (a), quando há muitos acidentes no trabalho”). Foram acrescentadas mais três questões sobre a probabilidade de ter acidentes num futuro próximo, no próximo ano e a probabilidade de uma pessoa com a mesma função, idade e género, ter um acidente de trabalho. Estas questões foram adaptadas do estudo de Clay, Trebarne, Hay-Smith e Milosavljevic (2014). Todas as respostas são dadas através de uma escala de Likert de 7 pontos, em que um mínimo de score corresponde a um menor receio, preocupação ou probabilidade de ter acidentes.

g) *Práticas de Redução de Burnout* - Para além destas escalas, foi ainda colocada uma questão de resposta aberta, tendo em vista a identificação de possíveis práticas/medidas para redução do burnout. Foi solicitado aos participantes que indicassem algumas medidas ou práticas que gostariam de ver implementadas pela empresa, para melhorar o seu bem-estar e reduzir os níveis de burnout.

h) *Dados sociodemográficos* - Foram ainda colocadas questões sobre os dados sociodemográficos (e.g., género, idade, estado civil e escolaridade bem como informação sobre a situação profissional: profissão e tempo de trabalho na empresa), com vista a uma melhor caracterização da amostra em estudo (ver Apêndice 1). Foram eliminados 11 questionários por incongruência dos dados.

2.5. Análise de Dados

Os dados foram analisados através do programa SPSS v. 25. Foi realizada a análise descritiva das variáveis em estudo (médias e desvios-padrão) e a análise de consistência interna das escalas foi avaliada através do alfa de *Cronbach*.

Foi ainda realizada uma análise correlacional de todas as variáveis presentes no estudo. Para avaliar o modelo proposto, recorreu-se a uma análise de regressão múltipla. Os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros foram analisados.

O pressuposto da independência foi validado com a estatística Durbin-Watson que variou entre $d = 1.59$ e $d = 1.97$. Através da medida *Tolerance*, foi possível diagnosticar a existência de multicolinearidade. Os resultados situaram-se perto de 1, o que significa que a multicolinearidade é baixa.

3. Resultados

3.1 Estatística descritiva

Na tabela 3.1. é possível observar as médias, desvios-padrão e alfa de *Cronbach*, das variáveis clima de segurança física e psicossocial e da variável Comportamentos de Segurança física e psicossocial.

Tabela 3.1.

Médias, desvios-padrão e alfa de Cronbach das variáveis clima de segurança física, psicossocial e comportamentos de segurança física e psicossocial

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	α
Clima de Segurança Física	3.45	0.94	0.96
Prioridade	3.42	1.08	0.91
Empenhamento	3.55	1.16	0.95
Comunicação	3.43	1.09	0.92
Participação	3.43	0.70	0.70
Clima de Segurança Psicossocial	3.09	1.11	0.98
Prioridade	3.05	1.18	0.94
Empenhamento	3.24	1.19	0.94
Comunicação	3.04	1.15	0.93
Participação	3.77	0.81	0.89
Comportamento de Segurança Física	4.07	0.63	0.86
Conformidade	4.14	0.66	0.81
Participação	3.77	0.62	0.80
Comportamento de Segurança Psicossocial	3.89	0.69	0.88
Conformidade	4.00	0.68	0.80
Participação	3.77	0.81	0.85

Na variável Clima de Segurança Física, a dimensão empenhamento apresenta a média mais elevada ($M = 3.55$) com um desvio padrão de 1.16. Nesta escala a média menor diz respeito à dimensão prioridade ($M = 3.05$) com um desvio padrão de 0.94.

A escala global apresenta um alfa de *Cronbach* de 0.96, a dimensão prioridade apresenta uma consistência interna de 0.91, o empenhamento de 0.95, a comunicação de 0.92 e a participação de 0.70.

Na variável Clima de Segurança Psicossocial, as médias variam entre os 3.05 para a dimensão prioridade ($DP = 1.18$) e os 3.77 para a dimensão participação ($DP = 0.81$). A consistência interna da escala é de 0.98, e os alfas das quatro dimensões

variam entre 0.94 para as dimensões prioridade e emprenhamento, 0.93 para a dimensão comunicação e 0.89 para a dimensão participação.

No que diz respeito às variáveis Comportamento de Segurança Física e Psicossocial é perceptível que neste estudo, o comportamento de segurança física apresenta uma média superior ($M = 4.07$) à do comportamento de segurança psicossocial ($M = 3.89$). No entanto, no que diz respeito às suas duas dimensões, a conformidade com os comportamentos de segurança física, apresenta uma média ligeiramente mais elevada ($M = 4.14$) do que a conformidade com os comportamentos de segurança psicossocial ($M = 4.00$), facto que não se verifica na dimensão participação onde, em ambas as escalas, estas dimensões apresentam médias de 3.77.

A consistência interna das escalas é de 0.86 para a variável Comportamentos de Segurança Física, com os valores de alfa de *Cronbach* de 0.81 para a dimensão Conformidade e 0.80 para a dimensão Participação. Para a variável Comportamento de segurança psicossocial o valor de consistência interna é de 0.88. As dimensões que constituem a escala apresentam valores de alfa de *Cronbach* de 0.80 para a dimensão Conformidade e 0.85 para a dimensão participação.

Podemos verificar na tabela 3.2., que a variável percepção de risco apresenta uma média de 4.15 ($DP = 1.31$). Por seu turno, a variável autoeficácia apresenta uma média inferior ($M = 3.21$) e com um DP de 0.40. As escalas utilizadas neste estudo, apresentam um alfa de *Cronbach* de 0.76 para a variável percepção de risco e de 0.89 para a autoeficácia.

Tabela 3.2.

Médias, desvios-padrão e alfa de Cronbach das variáveis Percepção de Risco e Autoeficácia

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	α
Percepção de Risco	4.15	1.31	0.76
Autoeficácia	3.21	0.40	0.89

Adicionalmente à escala de percepção de risco, foram colocadas ainda três questões sobre a probabilidade de o inquirido vir a sofrer acidentes (tabela 3.3). Das três questões, a que obteve a média mais elevada foi: “Em que medida considera provável ver-se envolvido(a) num acidente de trabalho no futuro” ($M = 4.58$; $DP = 1.87$). A análise descritiva das restantes permite perceber que a segunda frase da tabela apresenta a média e o desvio padrão inferior ($M = 3.31$; $DP = 1.40$) e a terceira frase uma média de 3.39 ($DP = 1.49$).

Tabela 3.3.

Médias e desvios-padrão das questões sobre a probabilidade de ter acidentes

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Em que medida considera provável ver-se envolvido(a) num acidente de trabalho no futuro?	4.58	1.87
Como avalia a probabilidade de vir a ter um acidente no trabalho no próximo ano?	3.31	1.40
Na generalidade, qual a probabilidade de uma pessoa com igual função à sua, da mesma idade e sexo, vir a ter um acidente no trabalho	3.39	1.40

Tabela 3.4

Médias, desvios-padrão e alfa de Cronbach da variável Burnout

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	α
Burnout	2.80	1.28	0.94
Cansaço Físico	3.07	1.49	0.91
Cansaço Cognitivo	2.67	1.44	0.93
Exaustão Emocional	2.46	1.48	0.88

Através da tabela 3.4 podemos observar que a médias dos valores obtidos para a variável *Burnout* é de 2.80 (*DP* de 1.28). Dentro das suas dimensões, as variáveis Cansaço Físico é a que apresenta uma média superior ($M=3.07$; $DP=1.49$), seguida do Cansaço Cognitivo ($M=2.67$; $DP=1.44$) e por fim a dimensão Exaustão Emocional ($M=2.46$; $DP=1.48$).

Os alfas desta variável variam nas suas dimensões entre os 0.88 e os 0.91.

3.2 Análise Correlaciona

Na tabela 3.5. encontra-se a análise correlacional dos dados (** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$).

Tabela 3.5. *Análise correlacional da Amostra**

Variáveis	1	1.1	1.2	1.3	1.4	2	2.1	2.2	2.3	2.4	3.	3.1	3.2	4	4.1	4.2	5	6	7	7.1	7.2	
1.Clima de Seg. Física	---																					
1.1. Prioridade	.927**	--																				
1.2. Empenhamento	.941**	.819**	--																			
1.3. Comunicação	.952**	.828**	.873**	--																		
1.4. Participação	.884**	.776**	.759**	.821**	--																	
2. Clima de Seg. Psicossocial	.892**	.835**	.827**	.863**	.778**	--																
2.1. Prioridade	.869**	.862**	.783**	.826**	.739**	.944**	--															
2.2. Empenhamento	.863**	.776**	.852**	.837**	.713**	.946**	.858**	--														
2.3. Comunicação	.837**	.758**	.775**	.830**	.735**	.965**	.870**	.901**	--													
2.4. Participação	.475**	.474**	.387**	.440**	.488**	.470**	.439**	.401*	.461**	--												
3. Comp. Seg. Física	.428**	.441**	.383**	.378**	.385**	.420**	.401**	.387**	.413**	.613**	--											
3.1. Conformidade	.275**	.292**	.255**	.217**	.260**	.272**	.245**	.269**	.253**	.398**	.869**	--										
3.2. Participação	.470**	.477**	.415**	.438**	.413**	.460**	.452**	.409**	.465**	.671**	.883**	.577**	--									
4. Comp. Seg. Psicossocial	.474**	.473**	.394**	.433**	.481**	.475**	.452**	.404**	.465**	.937**	.709**	.508**	.735**	--								
4.1. Conformidade	.394**	.394**	.338**	.352**	.393**	.404**	.393**	.341**	.393**	.708**	.706**	.555**	.690**	.910**	--							
4.2. Participação	.475**	.474**	.387**	.440**	.488**	.470**	.439**	.401**	.461**	1**	.613**	.398**	.671**	.937**	.708**	--						
5. Percepção de Risco	-.033	-.011	-.041	-.039	-.031	.000	-.002	.005	-.014	.094	.129*	.120*	.109	.101	.093	.094	--					
6. Autoeficácia	.165**	.170**	.128**	.147**	.184**	.172**	.153**	.174**	.161**	.153**	.122*	.090	.125*	.156**	.135*	.153**	.044	--				
7. Burnout	-.276**	-.239**	-.224**	-.297**	-.278**	-.337**	-.351**	-.282**	-.339**	-.176*	-.163**	-.121*	-.165**	-.216**	-.229**	-.176**	.075	-.177*	--			
7.1. Cansaço Físico	-.268**	-.237**	-.215**	-.298**	-.249**	-.322**	-.331**	-.283**	-.316**	-.132*	-.094	-.060	-.105	-.164**	-.176**	-.132*	.033	-.105	.886**	--		
7.2. Cansaço Cognitivo	-.197**	-.164**	-.160**	-.203**	-.221**	-.270**	-.282**	-.205**	-.283**	-.142*	-.146**	-.117*	-.141*	-.173**	-.181**	-.142*	.111*	-.099	.894**	.626**	--	
7.3. Exaustão Emocional	-.263**	-.226**	-.216**	-.278**	-.268**	-.281**	-.301**	-.243**	-.280**	-.217**	.232**	-.181**	-.228**	-.266**	-.281**	-.217**	0.56	-.103	.823**	.562**	.743**	--

Para ser possível realizar esta análise, torna-se fundamental investigar as associações existentes entre as várias variáveis em estudo e também através do estudo correlacional das dimensões de cada variável entre si.

Segundo Fortin (2009), a análise correlacional permite medir o grau de relação entre duas variáveis num mesmo grupo. O coeficiente pode variar entre valores de + 1 (correlação positiva perfeita) e - 1 (correlação negativa perfeita). Um coeficiente de 0 denota uma ausência de relação entre as duas variáveis.

Mukaka (2016) sugere ainda a estratificação das várias correlações nos seguintes níveis:

- 0.9 para mais ou para menos indica uma correlação muito forte;
- 0.7 a 0.9 positivo ou negativo indica uma correlação forte;
- 0.5 a 0.7 positivo ou negativo indica uma correlação moderada;
- 0.3 a 0.5 positivo ou negativo indica uma correlação fraca;
- 0 a 0.3 positivo ou negativo indica uma correlação desprezível;

Numa primeira análise, é possível verificar que muitas variáveis têm uma correlação significativa entre si. De forma geral, as dimensões de cada escala apresentam correlações moderadas e na maioria dos casos, correlações fortes entre as diferentes dimensões de cada um dos instrumentos.

Das várias matrizes correlacionais, importa destacar:

a) A variável clima de segurança física correlaciona-se de forma positiva e moderada com os comportamentos de segurança física ($r = 0.428, p = 0.000$) e com

os comportamentos de segurança psicossocial ($r = 0.474, p = 0.000$). Por sua vez, o clima de segurança psicossocial correlaciona-se de forma positiva moderada com os comportamentos de segurança física ($r = 0.420, p = 0.000$) e com os comportamentos de segurança psicossocial ($r = 0.475, p = 0.000$).

Importa ainda ressaltar que a dimensão participação dos comportamentos de segurança psicossociais apresenta uma correlação positiva perfeita ($r = 1$) com a dimensão participação da variável clima de segurança psicossocial.

b) A variável *Burnout* correlaciona-se de forma negativa com todas as outras variáveis sendo que com o clima de segurança apresenta um valor de $r = -0.276$, com o clima de segurança psicossocial um valor de $r = -0.337$ ($p = 0.000$), com os comportamentos de segurança psicossocial um valor de $r = -0.216$ ($p = 0.000$), com a autoeficácia um valor de $r = -0.177$. Exceção são os comportamentos de segurança física com uma correlação positiva, embora desprezível, com um valor de $r = 0.163$ ($p = 0.004$) e a variável percepção de risco com um valor de $r = 0.075$.

c) A variável percepção de risco, embora não apresente correlações significativas, correlaciona-se negativamente com o clima de segurança física ($r = -0.033, p = 0.561$). Apresenta ainda correlações positivas não significativas com as variáveis comportamento de segurança físico ($r = 0.129, p \geq 0.05$) e com os comportamentos de segurança psicossocial com um valor de $r = 0.101$ ($p \geq 0.05$).

d) A autoeficácia, embora apresente correlações positivas fracas, são significativas com quase todas as variáveis, como por exemplo, o clima de segurança físico ($r = 0.165, p = 0.003$), clima de segurança psicossocial ($r = 0.172, p = 0.002$), comportamentos de segurança físicos ($r = 0.122, p = 0.029$), comportamentos de segurança psicossocial ($r = 0.156, p = 0.005$), e negativamente com o *burnout* ($r = -0.177, p = 0.036$).

É através de toda a informação recolhida e do cruzar da mesma, que é possível identificar o processo inter-relacional entre variáveis e com isso perceber o impacto do *Burnout* nos vários determinantes de comportamento de segurança e vice-versa.

3.4 Práticas de redução do burnout

Como já foi referido anteriormente, a última questão do questionário era uma pergunta de resposta aberta com o propósito de obter, por parte dos inquiridos, a sua opinião sobre práticas que gostariam que fossem implementadas pela organização, com vista à melhoria do seu bem-estar físico e psicológico.

As respostas foram compiladas e categorizadas em dez grupos consoante a tipologia da resposta: 1) Equipa disciplinar (e.g., briefings diários com toda a equipa; teambulding, rácio enfermeiro/utente de acordo com a norma da OE); 2) horário (e.g., jornada continua; horário de 8 horas; 35h semanais); 3) Incentivos; 4) condições físicas (e.g., instalações, TV's sem som/aquisição de fones); 5) estilo de gestão (e.g., Chefias mais presentes; imparcialidade, redução de burocracia); 6) avaliação de desempenho (e.g., formulação de objetivos individuais e de equipa); 7) formação (e.g., simulacros); 8) enfermagem do trabalho (e.g., avaliação física e psicológica do colaborador); 9) saúde e bem-estar (e.g., meditação, yoga, mindfulness, pilates); e 10) sem sugestões (tabelas 1.12 a 1.16).

Tabela 3.6

Práticas de redução de Burnout: respostas relacionadas com a equipa multidisciplinar

Equipa Multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões periódicas/trimestrais para partilha de ideias/Discussão de casos clínicos; • Briefings diários com toda a equipa; • Toda a equipa multidisciplinar presente e disponível no período da conexão/desconexão do utente; • Implementação de um sistema formal de fluxo de informação entre os colaboradores: • Sem diferenciação de funções apesar do tipo de contrato; • <i>Teambulding</i> (atividades de clínica e multicêntricas) • Rácio enfermeiro/utente de acordo com a norma da OE;
--------------------------------	--

Tabela 3.7.

Práticas de redução de Burnout: respostas relacionadas com o Horário

Horário	<ul style="list-style-type: none"> • Jornada continua; • Horário de 8 horas; • 35h semanais; • Considerar tarefas extra sala como horário de trabalho e no rácio enf/utente (PEF, estudos de investigação, avaliações dos utentes, coordenação de estágios); • Pagamento de feriados e contabilização como horas de trabalho; • Reposição dos 25 dias de férias/ano
----------------	---

Tabela 3.8.

Práticas de redução de Burnout: Respostas relacionadas com Incentivos, Condições físicas e Chefias de Enfermagem

Incentivos	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneratórios • Não remuneratórios
Condições Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor disposição das máquinas de tratamentos na sala; • Elevadores para a transferência dos utentes; • TV's sem som / aquisição de fones • Melhores condições da copa • Inatalações

Tabela 3.9.

Práticas de redução de Burnout: Respostas relacionadas com o Estilo de Gestão

Estilo de Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito; • Reforço positivo; • Gestão de horários; • Chefias mais presente; • Imparcialidade • Não sobrevalorização dos resultados em função dos colaboradores; • Gestão partilhada: definir problemas e soluções em conjunto; • Redução de burocracia
-------------------------	--

Tabela 3.10

Medidas de redução de Burnout: Respostas relacionadas com Avaliação de Desempenho, Formação e Enfermagem do Trabalho

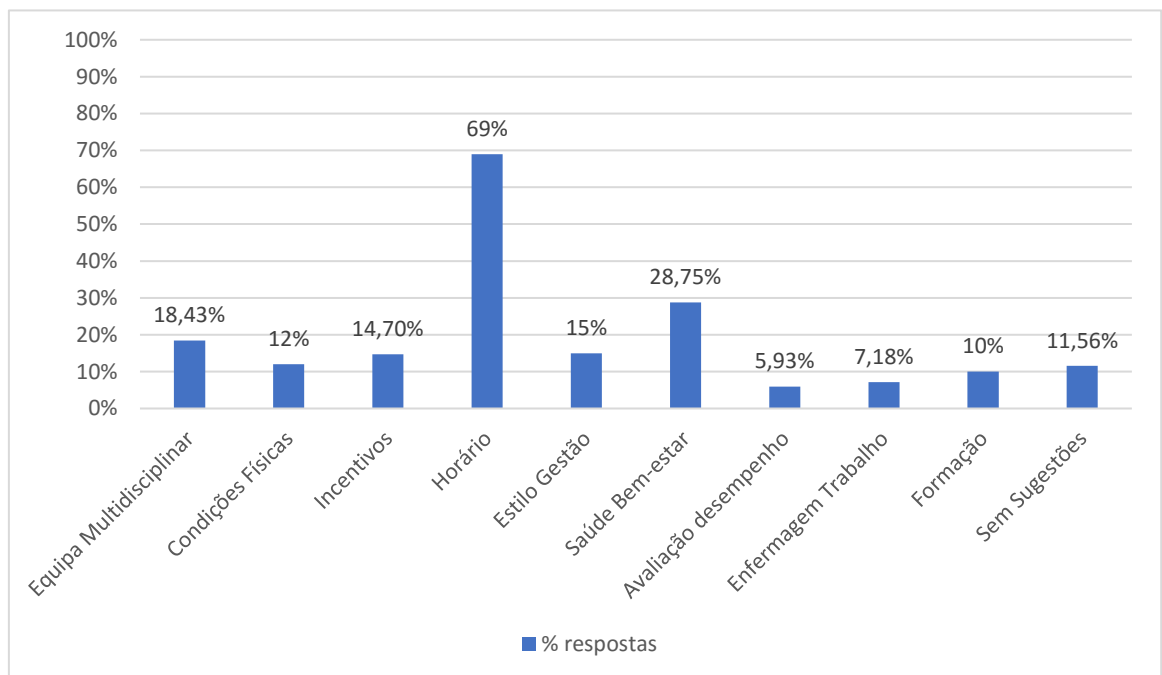
Avaliação de Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Formulação de objetivos individuais e de equipa; • Carreira de enfermagem Nephrocare com respetivo aumento salarial; • Definição de funções;
Formação	<ul style="list-style-type: none"> • Transferências; • Acidentes de trabalho/bem-estar/ • Urgência e Emergência. • Simulacros
Enfermagem do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação física e psicológica do colaborador • Definição de uma estratégia de bem-estar psicológico • Implementação de um gabinete/consulta de Enfermagem do trabalho (departamento de saúde do trabalhador)

Tabela 3.11.

Medidas de redução de Burnout: Respostas relacionados com Saúde e Bem-Estar

Saúde e bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico próprio ou adaptado para a prática de medidas relacionadas com a saúde e bem-estar dos colaboradores; • Meditação, yoga, <i>mindfulness</i>, Pilates; • Tempo de relaxamento e meditação no local de trabalho e contabilizado como hora de trabalho; • Protocolos com instituições: ginásios, creches (cláusula especial com horário compatível com a clínica); consultas de psicologia; • Seguro de saúde; • Promoção de estilos de vida saudáveis;
--------------------------	---

Depois de categorizadas, as respostas foram contabilizadas de modo a identificar, aquelas que, segundo os inquiridos, têm uma maior importância (Figura 3.1).

Figura 3.1. Práticas de redução de *Burnout*

Observando a figura 3.1 é possível perceber que a maioria dos participantes refere como medida de melhoria para o seu bem-estar físico e psicológico: aspetos relacionados com o horário de trabalho (69%); implementação de um sistema de bem-estar no trabalho (28.7%); e 18.43% de sugestões que remetem para a equipa multidisciplinar.

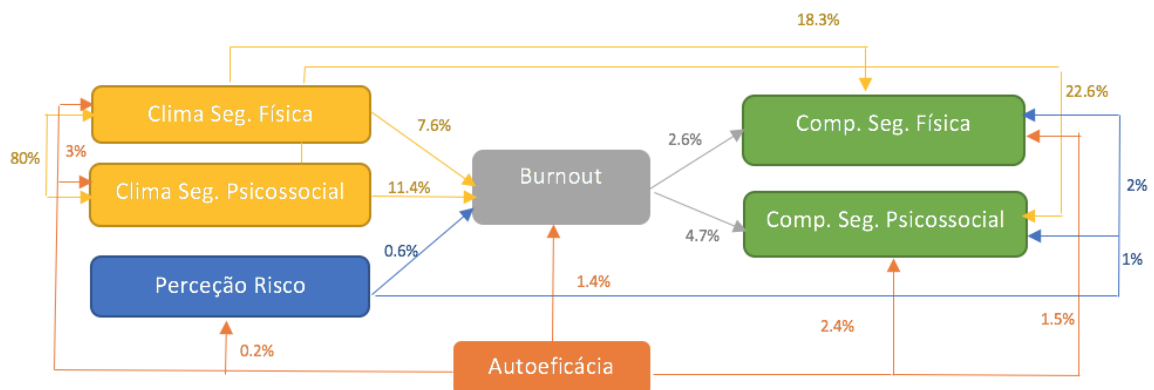
É ainda de referir as sugestões relacionadas com o estilo de gestão (15%), incentivos remuneratório e não remuneratório (14.7%) e a implementação de um departamento de Enfermagem do Trabalho com ação a nível nacional (7.18%).

Acrescente-se que 11.56% responderam que não tinham nenhuma sugestão.

3.3 Análise de Regressão

As hipóteses de investigação foram testadas recorrendo a análises de regressão. Em primeiro lugar foram realizadas análises de regressão linear para analisar o poder preditivo de cada variável individualmente (Figura 3.2).

Figura 3.2. Valores de predição das variáveis em estudo



Através da análise de regressão podemos observar que o clima de segurança física explica 18.3% dos comportamentos de segurança física e o clima de segurança psicossocial 22.6% dos comportamentos de segurança psicossocial.

Por sua vez o clima de segurança física influencia em 7.6% o *Burnout*, enquanto que o clima de segurança psicossocial 11.4%. Os comportamentos de segurança física são explicados em 2.6% pelo *Burnout* e os comportamentos de segurança psicossocial em 4.7%. Embora com menos significância, a variável percepção de risco explica apenas 0.6% do *Burnout*, 1% dos comportamentos de segurança psicossocial e 2% dos comportamentos de segurança física. A autoeficácia que atua como mediadora traduz 3% do clima de segurança física e psicossocial, 1.4% do *Burnout*, 2.4% dos comportamentos de segurança psicossocial e 1.5% dos comportamentos de segurança física. Para avaliar o poder preditivo das variáveis clima de segurança física, clima de psicossocial, percepção de risco e auto eficácia, sobre o *Burnout* e as suas as três dimensões, foram realizados vários modelos de regressão (tabelas 3.12 a 3.17).

Tabela 3.12.

Regressão hierárquica para a predição do Burnout

Modelos	<i>Burnout</i>		
	r^2	ΔR^2	p
1. CSF	0.076	0.076	0.000
2. CSF+CSP	0.117	0.041	0.000
3. CSF+CSP+PR	0.123	0.006	0.000
4. CSF+CSP+PR+AE	0.127	0.004	0.000

Nota: CSF – Clima de segurança física; CSP – Clima de segurança psicossocial; PR – Percepção de risco; AE – Autoeficácia

O clima de segurança física explica 7.6% do *Burnout* ($\beta = -0.276$; $p = 0.000$). Ao inserir a variável clima de segurança psicossocial (modelo 2), o valor de predição aumenta ($R^2 = 0.041$). No entanto é o modelo 4 que apresenta um maior poder preditivo, já que explica 12.7% do *Burnout*, onde a variável clima de segurança psicossocial é a única com poder contributivo estatisticamente significativo ($\beta = -0.449$; $p = 0.000$).

Tabela 3.13.

Regressão hierárquica para a predição da dimensão Cansaço Físico

Modelos	<i>Burnout - Cansaço Físico</i>		
	r^2	ΔR^2	p
1. CSF	0.072	0.072	0.000
2. CSF+CSP	0.106	0.003	0.000
3. CSF+CSP+PR	0.107	0.001	0.000
4. CSF+CSP+PR+AE	0.110	0.003	0.000

Nota: CSF - Clima de segurança física; CSP - Clima de segurança psicossocial; PR - Percepção de risco; AE - Autoeficácia

Na tabela 3.13, é possível observar que o modelo 4, que contempla as variáveis clima de segurança física, clima de segurança psicossocial, percepção de risco e auto eficácia, é aquele que apresenta um maior poder preditivo, explicando 11% da dimensão cansaço cognitivo. Contudo, a única variável com contribuição significativa é o clima de segurança psicossocial ($\beta = -0.407$; $p = 0.001$).

Tabela 3.14.

Regressão hierárquica para a predição da dimensão Cansaço Cognitivo

Modelos	Burnout – Cansaço Cognitivo		
	r^2	ΔR^2	p
1. CSF	0.039	0.039	0.000
2. CSF+CSP	0.083	0.044	0.000
3. CSF+CSP+PR	0.097	0.014	0.000
4. CSF+CSP+PR+AE	0.101	0.004	0.000

Nota: CSF – Clima de segurança física; CSP – Clima de segurança psicossocial; PR – Percepção de risco; AE – Autoeficácia

Para avaliar o poder preditivo das variáveis em estudo sobre a dimensão cansaço cognitivo, foram realizados 4 modelos (tabela 3.14). Mais uma vez, é o modelo que contempla as quatro variáveis juntas (modelo 4), aquele com maior poder preditivo, explicando 10.1% do cansaço cognitivo.

As variáveis com contribuição significativa são o clima de segurança física ($\beta = .0.242$; $p = 0.042$); o clima de segurança psicossocial ($\beta = -0.476$; $p = 0.000$) e a percepção de risco ($\beta = 0.122$; $p = 0.024$). A variável moderadora autoeficácia não mostrou resultado significativo estatisticamente ($\beta = -0.063$; $p = 0.246$).

Tabela 3.15

Regressão hierárquica para a predição da dimensão Exaustão Emocional

Modelos	Burnout – Exaustão Emocional		
	r^2	ΔR^2	p
1. CSF	0.069	0.069	0.000
2. CSF+CSP	0.080	0.011	0.000
3. CSF+CSP+PR	0.083	0.003	0.000
4. CSF+CSP+PR+AE	0.086	0.003	0.000

Nota: CSF – Clima de segurança física; CSP – Clima de segurança psicossocial; PR – Perceção de risco; AE – Autoeficácia

Na tabela 3.15 é possível observar que o modelo 4 explica cerca de 8.6% da dimensão exaustão emocional, embora a única variável com contribuição significativa seja o clima de segurança psicossocial ($\beta = -0.231$; $p = 0.048$).

Para se analisar o valor preditivo do *Burnout* sobre os comportamentos de segurança, foram igualmente realizados vários modelos de regressão (tabela 3.16.)

Tabela 3.16.

Regressão hierárquica para a predição dos Comportamentos de Segurança Física e Psicossocial

Modelos	Comportamentos de Segurança Física			Comportamentos de Segurança Psicossocial		
	r^2	ΔR^2	p	r^2	ΔR^2	p
1. <i>Burnout</i>	0.026	0.026	0.000	0.047	0.047	0.000
2. <i>Burnout</i> + CF	0.038	0.012	0.000	0.050	0.003	0.000
3. <i>Burnout</i> + CF + CC	0.057	0.019	0.000	0.073	0.023	0.000
4. <i>Burnout</i> + CF + CC + EE	0.060	0.003	0.000	0.074	0.001	0.000

Nota: CF – Cansaço Físico; CC – Cansaço Cognitivo; EE – Exaustão Emocional

O *Burnout* e as suas três dimensões explicam cerca de 6% dos comportamentos de segurança física (tabela 3.16), sendo que todas as dimensões apresentam um contributo estatisticamente significativo, para $p \leq 0.05$. Relativamente aos comportamentos de segurança psicossocial, o modelo 4 que engloba todas as dimensões do *Burnout* é aquele que apresenta um maior poder explicativo (7.4%). Todas as variáveis apresentam um contributo significativo ($p \leq 0.001$).

Por último, na tabela 3.17, é possível observar a predição de todas as variáveis sobre os comportamentos de segurança física e psicossocial.

Tabela 3.17.

Predição de todas as variáveis sobre os comportamentos de segurança física e psicossocial

Modelos	Comportamentos de Segurança Física			Comportamentos de Segurança Psicossocial		
	r^2	ΔR^2	p	r^2	ΔR^2	p
1. CSF	0.183	0.183	0.000	0.224	0.224	0.000
2. CSF+CSP	0.190	0.007	0.000	0.238	0.014	0.000
3. CSF+CSP+PR	0.209	0.019	0.000	0.250	0.012	0.000
4. CSF+CSP+PR+AE	0.211	0.002	0.000	0.255	0.005	0.000
5. CSF+CSP+PR+AE+Burnout	0.212	0.001	0.000	0.260	0.005	0.000

Nota: CSF – Clima de segurança física; CSP – Clima de segurança psicossocial; PR – Perceção de risco; AE – Autoeficácia

O modelo 5 explica 21.2% dos comportamentos de segurança física (tabela 1.16), sendo o clima de segurança física ($\beta = 0.283$; $p = 0.012$) e a percepção de risco ($\beta = 0.139$; $p = 0.006$) as variáveis que contribuem significativamente. Em relação aos comportamentos de segurança psicossocial, é igualmente o modelo 5 aquele que mais contribui para a sua explicação (26%). Neste modelo, tal como no anterior, as variáveis clima de segurança física ($\beta = -0.267$; $p = 0.014$) e percepção de risco ($\beta = 0.112$; $p = 0.022$), são as únicas que contribuem para esta explicação.

4. Discussão

Para a discussão dos resultados obtidos importa ter em mente os objetivos iniciais deste estudo. Esta investigação pretendeu analisar os efeitos do clima de segurança físico e psicossocial e da perceção de risco, mediados pela autoeficácia, sobre o *Burnout*. Para além disso foi também objetivo analisar os efeitos do *Burnout* sobre os comportamentos de segurança, bem como, identificar, do ponto de vista dos inquiridos, que práticas organizacionais poderiam ser implementadas para a redução do *Burnout*.

Em primeiro lugar, serão abordados os resultados relativos à estatística descritiva presentes neste estudo. No que se refere ao Clima de Segurança Físico, importa considerar que este apresenta uma média superior ao Clima de Segurança Psicossocial. Aqui importa relembrar as considerações de Griffin e Neal (2000) sobre o facto de as perceções do clima estarem hierarquicamente estruturadas de acordo com a importância que estas têm para o seu bem-estar geral. Deste modo, parece haver uma maior satisfação com a forma como o clima de segurança físico é instituído e praticado pelos Enfermeiros na NephroCare. Este resultado parece corroborar a ideia de que o clima de segurança psicossocial é ainda um constructo pouco desenvolvido e estudado, facto que se denota na forma como as organizações priorizam, ou não, este conceito na sua génese em termos de segurança organizacional. No entanto, já Dollard e Bakker (2010) afirmaram que a prioridade em termos de segurança deve ser idêntica, tanto para a segurança física como para a segurança psicossocial.

Como reflexo do que foi dito anteriormente, os Comportamentos de Segurança Físicos têm também uma média mais elevada que os comportamentos de segurança psicossocial. Probst (2004), afirma que o clima de segurança organizacional influencia e afeta os comportamentos de segurança dos trabalhadores. Sendo assim, se o clima de segurança prioriza tendencialmente os aspetos de segurança física, é expectável que sejam os comportamentos de segurança física aqueles que são priorizados em detrimento dos comportamentos de segurança psicossocial no meio organizacional.

Olhando para as várias dimensões que compõe as variáveis Clima de Segurança Física e Clima de Segurança Psicossocial é perentório que na primeira, o empenhamento, e na segunda, a participação sejam as mais elevadas. Acrescente-se ainda que no clima de Segurança Físico a prioridade é a dimensão com média menor e no Clima de Segurança Psicossocial é a Comunicação que apresenta a dimensão com a média menor.

Aqui há que considerar que o empenhamento profissional na profissão de Enfermagem é normativo e reflete o sentido de obrigação, inculcados no dia-a-dia da prática diária dos valores da Enfermagem (Duarte, 2004). A segurança faz parte da prática profissional da Enfermagem em contexto de Hemodiálise e é a participação ativa dos Enfermeiros, seja no controlo de infeções, segurança na utilização de medicamentos, na utilização de equipamentos de proteção individual, que cria uma envolvente segura à prestação de cuidados. Importa acrescentar ainda neste sentido, as considerações de Griffin e Neal (2000) que identificaram fatores-chave

que vão influenciar diretamente os vários componentes do Clima de Segurança (Físico e Psicossocial) como o papel fundamental das chefias, a formação sobre segurança e a forma como os comportamentos de segurança são promovidos pela organização, sendo que em todos estes pontos a comunicação desempenha um papel chave.

Em relação aos comportamentos de Segurança, a dimensão conformidade apresenta uma média mais elevada. Tal facto pode derivar da complexidade do trabalho em contexto de Hemodiálise, nomeadamente da necessidade constante da aplicação, monitorização e avaliação de uma terapêutica evasiva complexa, onde os utentes estão junto com os profissionais de saúde e onde são necessários uma série de procedimentos, protocolos e diretivas orientadoras, no sentido de garantir não só a segurança para o utente, como também para o profissional. Seja através de documentos orientadores como a “NephroCare Standard para os bons Cuidados de Diálise”, “Manual do Acesso Vascular em Hemodiálise”, formações através da plataforma *e-learning* sobre “Manuseamento de materiais perfurantes”, “Manuseamento de Materiais perigosos”, “A higiene das mãos”, avaliações anuais e periódicas do cumprimento das *guidelines*, auditorias internas e externas periódicas, simulacros de incêndio, workshops, etc., a NephroCare apresenta uma estrutura sólida em termos de segurança, não só para os Enfermeiros que exercem funções nas suas unidades, como para todos os elementos da estrutura multidisciplinar. Segundo Neal e Griffin (2004), quando os colaboradores se apercebem que a organização onde trabalham possuem um clima de segurança

forte, estes desempenham as suas tarefas e agem de forma mais segura no seu local de trabalho. A investigação de Neal e Griffin (2000) sustenta que as organizações devem impulsionar a segurança no local de trabalho, de forma a garantir que os trabalhadores se sintam motivados em cumprir com os determinantes de segurança.

No que diz respeito à percepção de risco esta apresenta-se a variável com a média mais elevada, o que indica que os enfermeiros em estudo apresentam uma percepção de risco moderada, uma vez lidam constantemente com perigos potenciais de acidentes de trabalho. Também o facto de os Enfermeiros, como nos diz Lawton e Gilles (2012) serem os profissionais dentro de uma unidade de saúde que prestam a maioria dos cuidados, são também, por consequência, aqueles que estão mais propensos ao risco – neste sentido, o contexto em hemodiálise não é exceção.

Relativamente ao *Burnout*, esta amostra de Enfermeiros de Hemodiálise demonstra uma média baixa o que poderá ser revelador de uma boa capacidade de resposta face às exigências emocionais da prática diária. Este resultado sobrepõe-se, segundo Branco (2013), aos resultados obtidos noutros estudos. É provável que o facto de os Enfermeiros estarem inseridos dentro de uma estrutura organizacional bem definida e delineada, de ser uma unidade ambulatoria com horários que não contemplam o turno noturno, onde existe uma definição de funções bem delimitada, contribua para este resultado. De forma geral os Enfermeiros em contexto de diálise estão expostos a vários agentes stressores e poderão vir a desenvolver *Burnout* (Argentero et al., 2007).

Entre as dimensões de *Burnout* (cansaço físico, cansaço cognitivo e exaustão emocional) o cansaço físico surge com média superior, indicativo de que os participantes no estudo, mesmo apresentando níveis reduzidos de *Burnout* apresentam algum cansaço físico.

Este resultado pode remeter não só para o nível intenso de atividades e tarefas a desempenhar, de forma repetida e cíclica no contexto de Hemodiálise, em especial no início e no fim das sessões de Hemodiálise, mas também para o utente crónico e a necessidade de constantemente ser necessário recorrer a técnicas de negociação e resolução de conflitos (Karkar, 2011). Este tipo de contexto poderá causar nos Enfermeiros sentimentos de tédio, raiva, cansaço e fadiga, quando confrontados com a pressão da produtividade em função do tempo para a execução das atividades (Hoefel, 2012).

A dinâmica do trabalho em Hemodiálise pressupõe uma dinâmica específica como a realização do trabalho por turnos, a necessidade de os trabalhadores desenvolverem atividades num determinado espaço de tempo, a realização do mesmo procedimento diariamente e aos mesmos utentes (Kliger, 2014). O enfermeiro lida com a pressão constante de não prejudicar a realização do tratamento, sendo que a punção do acesso vascular é dos aspetos mais stressantes que o Enfermeiro tem de gerir.

Em relação às hipóteses de investigação, estas foram analisadas recorrendo-se à análise correlacional e de regressão.

A **H1** que remetia para a influência do clima de segurança e a percepção de risco, mediados pela autoeficácia em relação ao *Burnout* foi confirmada através da análise de regressão. Sendo assim, o clima de segurança influencia o *Burnout* em 7.6%, a percepção de risco em 0.6% e a autoeficácia que atua como mediadora (1.4%). É importante ainda considerar nesta análise que o valor preditivo do *Burnout* aumenta consideravelmente quando todas as variáveis são consideradas em simultâneo explicando 12.7% da variável *Burnout*, 11% para a dimensão Cansaço Físico, 10.1% para a dimensão Cansaço Cognitivo e 8.6% para a Exaustão Emocional. Aiken et al. (2011) já afirmava que se o trabalhador perceber um suporte estável da organização para desempenhar as suas funções, este poderia ser um fator determinante para o nível de *Burnout*. Dollard et al. (2010) realizaram um estudo que concluiu que o clima de segurança tem implicações diretas em muitos aspetos da saúde psicossocial como o aparecimento de *Burnout* e Depressão.

A **H2** que remete para o clima de segurança e a percepção de risco serem preditores de comportamentos de segurança foi confirmada, não só pela análise correlacional, mas também pela análise de regressão.

Através da análise correlacional identifica-se uma correlação positiva moderada do Clima de Segurança Físico com os Comportamentos de Segurança Físicos e Psicossociais. Ao mesmo tempo, o Clima de Segurança Psicossocial correlaciona-se de forma positiva e moderada com os comportamentos de segurança físicos e com os comportamentos de segurança psicossociais. A Percepção de Risco, por sua vez, apresenta correlações pouco significativas com os

Comportamentos de Segurança Físicos e Psicossociais. A análise de regressão confirma esta associação entre as variáveis, na medida em que o Clima de Segurança Físico explica 18.3% dos Comportamentos de Segurança Físico e o Clima de Segurança Psicossocial 22.6% dos Comportamentos de Segurança Psicossociais. A variável Percepção de Risco explica apenas 1% dos Comportamentos de segurança psicossocial e 2% dos comportamentos de segurança físicos. Acrescente-se que a junção das 3 variáveis apresenta um valor de predição de 21.2% sobre os comportamentos de segurança físico e psicossocial.

Esta associação das variáveis vai ao encontro de investigações citadas anteriormente. Bronkhort (2015) num dos seus estudos com profissionais de saúde verificou que o clima de segurança está diretamente associado aos comportamentos de segurança, quer físicos quer psicossociais, concluindo que um fortalecimento do clima de segurança dentro da organização pode aumentar os comportamentos de segurança dos seus trabalhadores. A realidade da profissão de Enfermagem em contexto de Hemodiálise é bastante clara, sendo os Enfermeiros, aqueles que frequentemente estão expostos a diferentes riscos, tais como as lesões posturais, acidentes com resíduos perfuro-cortantes e ao stresse ocupacional. Deste modo é notório que o constructo clima de segurança (que compreende as percepções das normas, crenças, valores e práticas) tem influência direta sobre os comportamentos que remetem para a segurança em ambiente de trabalho, sendo assim, um indicador importante na prevenção de acidentes e na promoção da saúde do trabalhador.

Parece inegável, que este estudo aponte no sentido em que as: as organizações que reportam um clima de segurança e que investem nele das mais diversas maneiras, obtêm índices maiores de comportamentos de segurança (físicos e psicossociais).

Por fim a **H3** que pretendeu perceber se o *Burnout* influencia negativamente a adoção de comportamentos de segurança. Esta hipótese foi testada recorrendo-se a análise correlacional que concluiu que o *Burnout* se correlaciona negativamente com todas as variáveis em estudo, nomeadamente os comportamentos de segurança. Isto é, quanto maior for o nível de *Burnout* dos colaboradores menor será a adoção de comportamentos de segurança.

Existem estudos que validam esta conclusão, nomeadamente o de Nahrgang, Morgenson e Hofman (2011) que concluíram que o *Burnout* estava negativamente relacionado com os comportamentos de segurança.

Deste modo, a adoção de elementos que melhorem o clima de segurança no local de trabalho tem repercussões, em várias questões importantes, como os comportamentos de segurança e outros aspetos de saúde psicológica como o *Burnout*. Este pressuposto leva-nos à última questão em análise onde se recolheu, junto dos Enfermeiros inquiridos, sugestões para a implementação de práticas de redução do *Burnout* nas unidades de Hemodiálise local.

As principais respostas remetem para dois aspetos concretos. Uma primeira, relativa aos horários e uma segunda relativa à implementação de um programa de saúde e bem-estar estruturado e direcionado aos profissionais. Esta conclusão

corroborar com as indicações de Kliger (2014) no sentido de, aumentado o clima de segurança físico e psicossocial se diminuir comportamentos de risco como o *Burnout*. Já Ortega et al. (2008) definiam elementos de prevenção do *Burnout* que remetessem para questões de nível organizacional, como a planificação de um horário flexível e que respeite os rácios definidos, e para questões de nível individual, como meditação e relaxamento no local de trabalho e durante o tempo de serviço.

Resumidamente os resultados obtidos apresentam-se satisfatórios e indicativos de um clima de segurança com potencial positivo, constatação muito relevante dada a importância que este tem para um desempenho seguro e saudável e para a adequada avaliação das práticas de segurança e saúde dos trabalhadores, bem como a respetiva monitorização e eficácia dessas mesmas práticas num contexto de Enfermagem em Hemodiálise.

5. Considerações Finais

A evolução científica e tecnológica na área da Enfermagem em Hemodiálise, tem vindo a acentuar a vertente da segurança e do bem-estar, que estando associada à prática de cuidados, torna fundamental o seu estudo. Isto irá promover um contexto que assegure a qualidade dos cuidados prestados e a saúde dos colaboradores que prestam esses mesmos cuidados.

A investigação realizada teve como objetivo descrever e analisar os efeitos do Clima de Segurança Físico e Psicossocial e de Perceção de Risco, mediados pela Autoeficácia, sobre o *Burnout*, e analisar os efeitos do *Burnout* sobre os Comportamentos de Segurança, bem como identificar as práticas de redução de burnout num contexto de Enfermeiros que exercem as suas funções num contexto de Hemodiálise.

Os resultados mostram que o clima de segurança e a perceção de risco influenciam a síndrome de *Burnout*, o que se reflete, tanto no comportamento de segurança física como psicossocial. A criação de programas de saúde e bem-estar, bem como a reestruturação de aspetos relacionados com a gestão dos horários, foram as principais práticas mencionadas, tendo em vista a redução do *Burnout*. O contexto de trabalho onde esta investigação ocorreu apresenta níveis reduzidos de *Burnout* sendo que estes estão diretamente relacionados com um Clima de Segurança Físico e Psicossocial bem estabelecido e delineado nas suas várias vertentes.

Um dos principais contributos deste estudo foi o facto de ser desenvolvido numa área clínica ainda pouco estudada. Em Portugal existem poucos dados sobre o papel dos Determinantes de Segurança nos Enfermeiros e do *Burnout* no contexto das Clínicas de Hemodiálise, onde este estudo é pioneiro, o que acaba por enfatizar a necessidade de se realizarem estudos que contribuam para melhorar as práticas nesta área da saúde. Outro aspeto a considerar é a estratificação do Clima de Segurança em Físico e Psicossocial, e perceber assim, o impacto deste último na segurança dos profissionais, sendo que a maior parte dos estudos apenas incide sobre o clima organizacional *per si*, o que torna as investigações mais abrangentes e gerais. De salientar também a utilização da escala de Shirom e Melamed (2006) em detrimento da escala habitualmente utilizada (Maslach Bournout Inventory) o que de certo modo permite uma perceção e uma avaliação diferente da síndrome nesta realidade.

Como limitações, embora o estudo contemple uma amostra considerável de enfermeiros em Hemodiálise, esta não é suficiente para generalizar os resultados a toda a população Portuguesa. Além disso, trata-se de uma amostra de uma única empresa de Hemodiálise, do setor privado, pelo que seria pertinente o alargamento do estudo a outras empresas do país. Teria sido também importante perceber se existem diferenças nos níveis de *Burnout* de acordo com a zona do país, assim como, de que forma os Enfermeiros-Chefes avaliam o Clima de Segurança Físico e Psicossocial e a sua relação com os Comportamentos de Segurança, em função dos Enfermeiros generalistas uma vez que recaem sobre eles a implementação das

normas e regras em termos de segurança nas Clínicas de Hemodiálise Locais. Deste modo, estudos futuros deverão considerar estes aspetos. Seria igualmente pertinente, a aplicação de algumas das práticas de redução do *Burnout* identificadas pelos inquiridos, e perceber o seu impacto a médio e a longo prazo. Também a realização de uma análise dos aspetos demográficos na análise dos Determinantes do Comportamento e a sua relação com o *Burnout*, deverá ser contemplada. Estudos futuros poderão aprofundar este modelo de investigação, estendendo-o a outros profissionais de saúde (e.g., médicos, fisioterapeutas, pessoal de emergência médica, etc.), assim como a diferentes países (estudos cross-cultural) de modo a observar as diferenças existentes entre os enfermeiros em Hemodiálise Portugueses e enfermeiros em Hemodiálise de outros países.

Em síntese, importa salientar que a promoção de mudanças de comportamento com vista ao desenvolvimento das organizações, em especial em assuntos de segurança, bem como a promoção de locais de trabalho mais saudáveis e seguros através do investimento das empresas no seu capital humano, revelam-se práticas primordiais para as organizações de saúde e, principalmente, para os seus recursos humanos.

Referências

- Advin HeltCare (2018). *O processo de hemodiálise*. Retrieved from <https://www.indiamart.com/advinhealthcare/haemodialysis-fluid.html>
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). *The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments*. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Alves, M. (2012). *O clima de segurança na política e estratégia de saúde e segurança no trabalho* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Ciências Empresarias. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da general self-efficacy scale numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Argentero P., Dell'Oliv, B., & Ferretti M. S. (2007). *Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care*. *Kidney Diseases*, 51(1), 80-92. doi: 10.1053/j.ajkd.2007.09.011
- Arikan, F., Köksal, C. D., & Gökçe, Ç. (2007). Work-related stress, burnout, and job satisfaction of dialysis nurses in association with perceived relations with professional contacts. *Dial. Transplant.*, 36, 182-191. doi:10.1002/dat.20119

Associação Portuguesa de Nutricionistas (2017). *Manual de Nutrição e Doença Renal*. Porto: Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

Bakker, A.B, & Costa, P.L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112–119. doi: 10.1016/j.burn.2014.04.003

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In A. Bandura, R. Azzi, & S. Polyodro (Orgs.), *Teoria social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.

Bandura, A., & Wood, R. E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision-making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 805-814. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.5.805>

Barros-Duarte, C., & Monteiro, E. (2015) *Prevenção em segurança do trabalho: A influência do clima organizacional no clima de segurança*. Lisboa. Editorial Presença.

Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho=Cuidados de qualidade*. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros. Retrieved from

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf.

Benevides-Pereira, A. (2008). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In A. Benevides-Pereira (Org), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (3ª ed., pp. 21-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Blais, A.-R., & Weber, E. U. (2006) A Domain-Specific Risk-Taking (DOSPERT) scale for adult populations. *Judgment and Decision Making*, 1(1), 33-47. doi/10.1177/1541931214581113

Bley, J. Z. (2007). *Comportamento Seguro: A psicologia da segurança no trabalho e a educação para a prevenção de doenças e acidentes* (2ª ed.). Curitiba: Génesis.

Branco, T. (2013). *Clima de segurança e stress entre os enfermeiros da Clínica de Santo António da Reboleira* [Tese de Mestrado]. Universidade Lusíada, Lisboa.

Brokalaki, H., Matziou, J., Thanou, J., Ziropiannis, P., Dafni, U., & Papadatou, D. (2001). Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. *EDTNA ERCA Journal*, 27(4), 81-6. doi: 10.1111/j.1755-6686.2001.tb00174.x

Bronkhorst, B. (2015). Behaving safely under pressure: The effects of job demands, resources, and safety climate on employee physical and psychosocial safety behavior. *Journal of Safety Research*, 55, 63-72. doi: 10.1016/j.jsr.2015.09.002

Brunner, J. (1983). Education as Social Invention. *Journal of Social Issues*, 39(4), 129-141. doi: 10.1111/j.1540-4560.1983.tb00179.x

Burke, M. J., Sarpy, S. A., Tesluk, P. E., & Smith-Crowe, K. (2002). General safety performance: A test of a grounded theoretical model. *Personnel Psychology*, 55(2), 429-457. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6570.2002.tb00116.x>

Campos, D. C., & Dias, M. C. F. (2012). A cultura de segurança no trabalho: um estudo exploratório. *Sistemas & Gestão: Revista Eletrônica*, 7(4), 594-604

Cardella, B. (1999). *Segurança no trabalho e prevenção de acidentes: Uma abordagem holística – Segurança Integrada na missão organizacional com produtividade, qualidade, preservação ambiental e desenvolvimento de pessoas*. São Paulo. Atlas.

Carlotto, M., & Palazzo, L. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1017-1026. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500014>

Chagas, D. A. (2016). importância da cultura de segurança na prevenção dos acidentes de trabalho. *Safemed* (27 janeiro de 2016). Retrieved from <http://blog.safemed.pt/a-importancia-da-cultura-de-seguranca-na-prevencao-dos-acidentes-de-trabalho/>

- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing and Health Science*, 5, 155-163. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00147.x>
- Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/job.4030130102>
- Christian, M., Bradley, J., Wallace, J., & Burke. (2009). Workplace safety: A meta-Analysis of the roles of person and situation factors. *Journal of Applied Psychology*, 94(5), 1103-1127. doi:10.1037/a0016172
- Clancy, M. D. (2006). *Talking Points for Nurse Alliance of Service Employees. International Union*. Missouri: AHRQ.
- Clay, L., Trebarne, G., Hay-Smith, E., & Milosavljevic, S. (2014). Are agricultural quad bike loss-of-control events driven by unrealistic optimism? *Safety Science*, 66, 54–60.
- Cooper, M., & Phillips, R. (2004). Exploratory Analysis of the Safety Climate and Safety Behavior Relationship. *Journal of Safety Research*, 35(5), 497-512. doi: 10.1016/j.jsr.2004.08.004
- De Andrade, A., Moraes, T. D., Tosoli, A. M., & Wachelke, J. (2015). Burnout, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(3), 233-245. doi: 10.17652/rpot/2015.3.565

DeJoy, D. (1992). An examination of gender differences in traffic accident risk perception. *Accid. Anal. Prev.* 24(3), 237-246.
[https://doi.org/10.1016/0001-4575\(92\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0001-4575(92)90003-2)

Dermondy, K., & Bennett, P. N. (2008). Nurse stress in hospital and satellite haemodialysis units. *Journal of Renal Care*, 34(1), 28-32.
<https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2008.00007.x>

Dewey, R. (2007). Selye's concept of a "general adaptation Syndrome". Retrieved from
http://www.intropsych.com/ch14frontiers/selyes_concept_of_a_general_adaptation_syndrome.html

Diário da República N.º 161/2011 - II Serie A. Despacho N.º 10569/2011 de 23 de agosto (p. 34666-34667). Lisboa: Ministério da Saúde.

Diário da República N.º 205/1996 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 161/96 de 4 de setembro (p. 2960-2962). Lisboa: Ministério da Saúde.

Diário da República N.º 206/1999 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 353/99 de 3 de setembro (p. 6198-6201). Lisboa: Ministério da Saúde.

Diário da República N.º 271/1999 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 505/1999 de 20 de novembro (p. 8261-8272). Lisboa: Ministério da Saúde.

Diário da República N.º 60/2006 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 74/2006 de 24 de março (p. 2242-2257). Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Diário da Republica N.º 93/1998 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei N.º104/98 de 21 de Abril (p. 1739-1757). Lisboa: Ministério da Saúde.

Dias, S., & Queirós, C. (2010). A influência dos traços de personalidade no burnout dos professores. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.1066-1080). Retrieved from <http://www.actassnip2010.com>

Direção Geral de Saúde ([DGS], 2015). *Relatório Segurança dos Doentes. Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/segurancados-doentes/cultura-de-seguranca.aspx>

Dollard, M. F., & Karasek, R. (2010). Building psychosocial safety climate: Evaluation of a socially coordinated PAR risk management stress prevention study. In J. Houdmont, & S. Leka (Eds.), *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice*. UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Dollard, M., & Bakker, A. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 579-599. <https://doi.org/10.1348/096317909X470690>

- Duarte, M. (2004). *O empenhamento organizacional e o empenhamento profissional dos enfermeiros: Conflito ou complementaridade* [Dissertação de Mestrado]. Braga: Universidade do Minho. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/927>
- ECRI Institute (2009). *Clinical Risk Management Services*. Retrieved from <https://www.ecri.org/Pages/Clinical-Risk-Management-Services.aspx>
- EDTNA-ERCA (2015). The Nursing Role in dialysis Units. *Journal of Renal Replacing Therapy*, 34, 228–229.
- Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2010). Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 47-60. Retrieved from <http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf75.pdf>
- Fermi, M. (2010). *Diálise para Enfermagem: Guia prático*. Brasil, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fernandes, C., Ramos, J., Ladeira, L., & Gomes, R. (2011). *História da hemodiálise. Manual de Hemodiálise para Enfermeiros. Fresenius Medical Care* (pp.13-23). Lisboa: Almedina.
- Ferreira, D. I. C. (2018). *Burnout em bombeiros Portugueses: Importância de fatores individuais e organizacionais na sua explicação* [Dissertação de Mestrado]. Porto: Universidade Portucalense.

- Filho, A., Andrade, J., Marinho, M. (2011). Culture e safety management: the proposal of a model. *Gestão & Produção*, 18(1), 205-220, 2011. doi: 10.1590/S0104-530X2011000100015
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Taylor & Francis Group.
- Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* [Dissertação de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freudenberg, H. (1974). Staff Bur-out. *Journal of issues*, 30(1),159-165
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gaspar, S. (2011). *O bem-estar no trabalho: o impacto do suporte no trabalho percebido pelos trabalhadores* [Tese de Mestrado]. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-173
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermaria. *Revista Eletrónica: InterAção*

Psy, 1(1), 19-33. Retrieved from
<https://gepeb.files.wordpress.com/2011/12/pedrogil-monte.pdf>

Gil-Monte, P., & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gomes, R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stress, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde. Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M.G. Pereira, C. Simões & T. McIntyre (Eds.), *Actas do II Congresso família, saúde e doenças: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde* (pp. 178-192). Braga: Universidade do Minho.

Gonçalves Estella, F., Aizpiri Díaz, J., Barbado Alonso, J., Cañones Garzón, P., Fernández Camacho, A., Rodríguez Sendín, J., Serna de Pedro, I., & Solla Camino, J. (2002). Burnout en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283. Retrieved from
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/vdc/Burn%20Out%20en%20Medicos.pdf>

Gracia, E., Llorente, L., Salanova, M., & Cifre, E. (2005). Hacia un modelo psicosocial positivo: rol mediador del engagement entre clima y desempeño en seguridad. *Revista Digital de Prevención*, 28(1).
<http://hdl.handle.net/10234/78451>

- Griffin, M., & Neal, A. (2000). Perceptions of safety at work: a framework for linking safety climate for safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupation Health Psychology, 5*(3), 347-358. doi: 10.1037/1076-8998.5.3.347
- Griffin, M., & Neal, A. (2004). A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels. *Journal of Applied Psychology, 91*(4), 946-953. doi: 10.1037/0021-9010.91.4.946
- Guldenmund, F. W. (2007). The use of questionnaires in safety culture research – an evaluation. *Safety Science, 45*(6), 723-743. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.006>
- Hall, G., Dollard, M., & Coward, J. (2010). Psychosocial safety climate: Development of the PSC-12. *International Journal of Stress Management, 17*(4), 353-383. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021320>
- Harwood, L., Ridley, J., Wilson, B., & Laschinger, H. K. S. (2010). Workplace empowerment and burnout in Canadian nephrology nurses. *CANNT, 20*(2), 12-17. <https://doi.org/10.1111/jocn.12083>
- Hayes, B., & Bonner, A. (2010). Job satisfaction, stress and burnout associated with haemodialysis nursing: A review of literature. *Journal of Renal Care, 36*(4), 174- 179. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2010.00194.x>

Health and safety Executive (2005). *Organizing for safety: third report of the human factors study group of ACSNI*. London: H.M.S.O

Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1), 153-162. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/287/28770212.pdf>

Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. doi: 10.1037/0003-066X.44.3.513

Hobfoll, S. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum Press

IOM (2014). *Recommendations – Initiative on the future of Nursing*. Retrieved from <http://thefutureofnursing.org/recommendationsPublished2014>. Accessed October 8, 2014.

Jackson, C., Lawton, R. J., Raynor, D. K., Knapp, P., Conner, M. T., Lowe, C. J., & Closs, S. J. (2006). Promoting adherence to antibiotics: a test of implementation intentions. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 212-8. doi: 10.1016/j.pec.2005.03.010

Karkar, A. (2011). The Value of pre-dialysis care. *Kidney Diseases and Transplantation*, 22(3), 419-427 .

Katz-Navon, T., Naveh, E. & Stern, Z. (2005) - Safety climate in health care organizations: a multidimensional approach. *Academy of Management Journal*, 48(6), 1075–1089. doi: 10.5465/AMJ.2005.19573110

Katz-Navon, T., Naveh, E., & Stern, Z. (2005). Patient treatment errors: A safety climate approach. *Management Science*, 51, 948-960. doi: <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.1050.0372>

Kidney Health Australia (2018). *Chronic Kidney Diseases*. Retrieved from <https://kidney.org.au/about-us/resources-library>

Kliger, D. (2014). Empirical Behavioral Finance. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 107(Part B), 421-427. doi: <https://doi.org/10.1177/1461444814522952>

Kouabenan, D. R. (2015). *L'explication naïve des accidents*. Paris: PUF.

Kwon, D. (2009). Human capital and its measurement. The 3rd OECD World Forum on Statistics. *Knowledge and Policy*, 27-30. Retrieved from <https://www.oecd.org/site/progresskorea/43586540.pdf>

Langle A. (2003). Burnout - Existential Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*, 4(1), 107-121.

Lawton R, M., & Giles, S.J. (2012). Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. doi:10.1136/bmjqs-2011-000443

- Lawton, R., Carruthers, S., Gardner, P., Wright, J. & McEachan, R. (2012). Identifying the latent failures under medication administration errors: an exploratory study. *Health Serv Res.*, 47(4), 1437-59. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01390.x
- Leape, L. L. (2002). Reporting of adverse events. *New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633–1638. doi: 10.1056/NEJM200304033481424
- Li, H. (2007). International Emergency Nursing: an exploratory study. *International Emergency Nursing*, 22(4), 190 – 196. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.02.001>
- Lindell, M. K. (1994). Motivational and organizational factors affecting the implementation of worker safety training. *Occup. Med.*, 9(2), 211-40.
- Lipscomb, J., Trinkoff, A., Brady, B., & Geiger-Brown, J. (2004). Health Care System Changes and Reported Musculoskeletal Disorders Among Registered Nurses. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1431–1435.
- Louw, G. (2014). Burnout, vigour, big five personality traits and social support in a sample of police officers. *SA Journal of Industrial Psychology*, 40(1), 1-13. <https://doi.org/10.4102/sajip.v40i1.1119>
- Machado, M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* [Tese de Mestrado]. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.

Manassero, M. A., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Fornés, J., & Fernández, M. C. (2003). Estrés y burnout en la enseñanza. *Psychology in Spain*, 10(1), 66-74.

Martins, J. (2008). *Percepção do risco de desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas em atividades de enfermagem* [Dissertação de Mestrado]. Braga: Escola de Engenharia da Universidade do Minho. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/8169>

Maslach, C. (1978). The client role in staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 34(4), 11-124. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb00778.x>

Maslach, C., & Jackson, E. (1981). The measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205.

Maslach, C., & Jackson, E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders, & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*, (pp. 227-251). Hillsdale: Erlbanm.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7-8), 837-851. <https://doi.org/10.1007/BF00287876837-851>.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout*. San Francisco: JosseyBass Publishers.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1>

Melià, J. (1998). Un Modelo Causal Psicosocial de los Accidents Laborales. *Anuario de Psicología*. Retrieved from <https://www.uv.es/~meliajl/Papers/2004ModeloMelia.pdf>

Moen, B.-E. (2007). Determinants of safety priorities in transport – The effect of personality, worry, optimism, attitudes and willingness to pay. *Safety Science*, 45, 848–863.

Monteiro, B. D. (2013). *Engagement e empatia como preditores do burnout*. [Dissertação de Mestrado]. Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade do Porto. Porto.

Monteiro, E., & Barros-Duarte, C. (2004). Prevenção em Segurança no Trabalho: A Influência do Clima Organizacional no Clima de Segurança. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 286-298. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/61007030.pdf>

Murofurose, T., Abranches, S., & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>

Murphy, F. (2004). Stress among nephrology nurses in Northern Ireland. *Nephrology Nursing Journal*, 31(4), 423-313.

Nahgang, J., Morgenson, F., & Hoffman, D. (2011) Safety at work. A meta analytic investigation of the link between Job demands, job resources, burnout,

engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96, 71-94.

National Kidney Foudation (2005). *Renal Kidney Disease*. Retrieved from <https://www.kidney.org/prevention>

National Kidney Foundation (2002). *KIDQOI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification*. Retrieved from 10.29309/TPMJ/18.4418

National Kidney Foundation (2005). KIDQOI Clinical Practice Guidelines for Cardiovascular Disease in Dialysis Patients. *Kidney Disease*, 45, S1-S154. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002343>

National Kidney Fundation. (2002). *KIDQOI Clinical Practice Guidelines*. Retrieved from http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

Neal, A., Griffin, M., & Hart, P. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34(1-3), 99-109. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00008-4](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00008-4)

Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Vila do Conde: Civeri Publishing.

Nunes, M. F. O., & Noronha, A. P. P. (2009). *Escala de Autoeficácia para Atividades Ocupacionais - EAAOc- Manual técnico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Nursing Interventions Classification – Portal da saúde (2016) Retrieved from <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/enfermagem-na-hemodialise/17584>

OMS - Organização Mundial de Saúde (2002). *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1

Ordem dos Enfermeiros (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses: Relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Guia Orientador de Boas Práticas para os Cuidados À Pessoa com Doença Renal Crónica em Hemodiálise*. Retrieved from <https://www.portaldadialise.com/home/homepage/tag/nefrologia>

Ortega, F., Barros, D., Colimon, L., Haboraby, C., Junqueira, L. & Ferreira, C. (2010) Ritalin in Brasil. production, discourse and practices. *Interface -Comunic., Saude, Educ.*, 14(34), 499-510.

Patrick, K. & Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518165>

Pines, A. & Aronson, E. (1989). *Career burnout, causes and cures*. London: Collier Macmillan Publishers.

- Probst, T. M. (2004). Safety and Insecurity: Exploring the moderating effect of organizational safety climates. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 3-10. doi: 10.1037/1076-8998.9.1.3
- Rainho, C. (2005). Síndrome de burnout em enfermeiros: aplicação do questionário breve de burnout. *Nursing*, 6(205), 6-11.
- Rainho, C. (2006). Adaptação cultural do questionário de desgaste profissional em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, 27-36.
- REPE (1996). Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro.
- Ribeiro, L., Gomes, A., & Silva, M. (2010) Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.
- RNAO (2006). Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background. Canada. Retrieved from <http://rnao.ca/bpg/guidelines/hwe>
- RNAO (2008). Workplace Health, Safety and Well-being of the Nurse Guideline. Canada. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Workplace_Health_Safety_and_Well-being_of_the_Nurse.pdf
- Roland-Lévy C., Lemoine J., & Jeoffrion C. (2014). Wellbeing and occupational risk perception among health care workers: a multicenter study in Morocco

and France. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11(20), 1-12.

<http://doi.org/10.1186/s12995-016-0110-0>

Ross, J., Jones, J., Callaghan, P., Eales, S., & Ashman, N. (2009). A survey of stress, job satisfaction and burnout among haemodialysis staff. *Journal of Renal Care*, 35(3), 127-133.

Ruiz, C. O., Rios, F. L., & Martin, S. G. (2008). Psychological intervention for profesional burnout in the Palliative Care Unit at Gregorio Marañon University Hospital. *Medicina Preventiva*, 15, 93-97.

Rundmo, T. M. (2000). Safety Climate, Attitudes and Risk Perception in Norsk Hydro. *Safety Science*, 34(1), 47-59. doi:10.1016/S0925-7535(00)00006-0

Salanova, M., Peiro, J. M., & Schaufeli, W. B. (2002). Self-efficacy specificity and burnout among information technology workers: An extension of the Job Demands Control Model. *European Journal on Work and Organizational Psychology*, 11(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/13594320143000735>

Schaufeli, W. B. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16(5), 501-510. doi:10.1080/08870440108405523.

Schaufeli, W. B. (2004). The future of Occupational Health Psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 53(4), 502-517. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2004.00184.x>

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2008). Burnout: Thirty-five years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. <http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406>

Schor, N. (2002). *Guia de Nefrologia*. São Paulo (SP): Manole.

Schwarzer, R., & Jerusalem, T. (1995). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. *Applied Psychology*, 57 (1), 152-171. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00359.x>

Selye H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.

Serra, V.A. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editora.

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper, & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). New York: Wiley.

Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J. C. Quick & L. E. Tetrick, *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245-265). Washington DC: American Psychological Association.

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A Comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2) 176-200. doi 10.1037/1072-5245.13.2.176

Sjöberg, L. (2004). Principles of risk perception applied to gene technology. *EMBO Reports*, 5(Suppl 1), S47–S51. <http://doi.org/10.1038/sj.embor.7400258>

Smith, G. S., Huang, Y-H., Ho, M., & Chen, P.Y. (2006). The relationship between safety climate and injury rates across industries: need to adjust for injury hazards. *Accident Analysis and Prevention*, 38(3), 556-562. doi: 10.1016/j.aap.2005.11.013

Soares, J. , Grossi, G., & Sundin, Ö. (2007). Burnout among women: associations with demographic/socio-economic, work, life-style and health factors. *Archives of Women's Mental Health*, 10(2), 61-71. doi: 10.1007/s00737-007-0170-3

Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2012). *Relatórios Anuais do Gabinete de Registo 2011*. Lisboa. Retrieved from http://www.spnefro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal/2008_2012

Sousa, C., Santos, J., Pinto, E., Sousa, A., Zica, J., & Gonçalves, G. (2017). Escalas de Clima de Segurança Física e Segurança Psicossocial: Evidências Métricas da Adaptação para a População Portuguesa. Poster presented at the *II International Congress: Interdisciplinarity in Social and Human Sciences*, Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics (CIEO), Faculdade de Economia, Gambelas, Faro, maio, 11-12.

- Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horri, S., & Sato, C. (2008). Factors affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals: A two-year longitudinal study. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, 9-21. Doi: 10.1007/s12199-012-0320-8
- Takahashi, M., Nakata, F., & Haratani, D. (2004) - Post-lunch nap as a worksite intervention to promote alertness on the job. *Ergonomics*, 47(9), 1003-13. doi:10.1080/00140130410001686320
- Tecedeiro, M. (2004). *Factores psicológicos na síndrome de burnout: O narcisismo como variável preditora da síndrome* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa. Retrieved from <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/998>
- Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lisboa: Lusociência Ed.
- Turner, M. G. (1989). Landscape ecology: the effect of pattern on process. *Annu. Rev. Ecol. Syst.*, 20, 171-197. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.es.20.110189.001131>
- Uttal, B. (1983). The corporate culture vultures. *Fortune Magazine*, 108(8), pp. 66.
- Yong Z., & Yue, Y. (2007). Causes for burnout among secondary and elementary school teachers and preventive strategies. *Chinese Education and Society*, 40(5), 78-85.
- Zêzere J., Ramos C., Reis, E., Garcia R., & Oliveira S. (2007). Perigos Naturais, Tecnológicos e Ambientais na Região do Oeste e Vale do Tejo. *Inforgeo-*

22/23, 37-49. Retrieved from
<http://geomuseu.ist.utl.pt/MINGEO2011/Documentos%20Complementares/riscos%20zezere.pdf>

Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 96-102. doi: 10.1037/00219010.65.1.96

Anexos

Anexo 1: Escalas

GRUPO A

A1. Leia cada afirmação e selecione a sua resposta numa escala crescente de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente):

	DISCORDO TOTALMENTE					CONCORDO TOTALMENTE				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. O bem-estar físico dos funcionários é uma prioridade para esta instituição	1	2	3	4	5					
2. Os órgãos de gestão consideram que a saúde física dos funcionários é tão importante como a produtividade	1	2	3	4	5					
3. Os órgãos de gestão demonstram o seu apoio à prevenção de lesões físicas através do seu envolvimento e empenhamento	1	2	3	4	5					
4. No meu local de trabalho, o meu supervisor age rapidamente quando se trata de corrigir problemas/situações que afetam a saúde física dos funcionários	1	2	3	4	5					
5. O meu supervisor considera que a saúde física dos funcionários é de uma grande importância	1	2	3	4	5					
6. O meu supervisor age de forma decidida quando surge alguma preocupação relativa ao estado de saúde física dos funcionários.	1	2	3	4	5					
<i>Nesta instituição:</i>										
7. Há uma boa comunicação a respeito das questões de segurança física que me afetam.	1	2	3	4	5					
8. Chamam-me sempre a atenção para a informação sobre o bem-estar físico no meu local de trabalho.	1	2	3	4	5					
9. As minhas queixas, observações e contribuições para resolver quaisquer preocupações a respeito das condições de saúde física são ouvidas.	1	2	3	4	5					
10. Os funcionários, as comissões de trabalhadores e os coordenadores de saúde e segurança física participam e são consultados relativamente às questões de saúde e segurança física.	1	2	3	4	5					
11. Os funcionários são encorajados a envolverem-se nos assuntos relacionados com a saúde e a segurança física.	1	2	3	4	5					
12. A prevenção de lesões físicas envolve todos os níveis da instituição.	1	2	3	4	5					

UNIVERSIDADE DE ALGARVE										
A2.	DISCORDO TOTALMENTE					CONCORDO TOTALMENTE				
1. O bem-estar psicológico dos funcionários é uma prioridade para esta instituição	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Os órgãos de gestão consideram que a saúde psicológica dos funcionários é tão importante como a produtividade	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Os órgãos de gestão demonstram o seu apoio à prevenção do stress através do seu envolvimento e empenhamento	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. No meu local de trabalho, o meu supervisor age rapidamente quando se trata de corrigir problemas/situações que afetam a saúde psicológica dos funcionários	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. O meu supervisor considera que a saúde psicológica dos funcionários é de uma grande importância	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. O meu supervisor age de forma decidida quando surge alguma preocupação relativa ao estado de saúde psicológica dos funcionários	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<i>Nesta instituição:</i>										
7. Há uma boa comunicação a respeito das questões de segurança psicológica que me afetam	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Chamam-me sempre a atenção para a informação sobre o bem-estar psicológico no meu local de trabalho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. As minhas queixas, observações e contribuições para resolver quaisquer preocupações a respeito das condições de saúde psicológica são ouvidas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Os funcionários, as comissões de trabalhadores e os coordenadores de saúde e segurança psicológica participam e são consultados relativamente às questões de saúde e segurança psicológica.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Os funcionários são encorajados a envolverem-se nos assuntos relacionados com a saúde e a segurança psicológica.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. A prevenção do stress envolve todos os níveis da instituição.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

A3. Leia cada afirmação e seleccione a sua resposta numa escala crescente de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente):

	DISCORDO TOTALMENTE					CONCORDO TOTALMENTE				
1. Eu cumpro todas as normas de segurança e uso todos os equipamentos de segurança necessários para minimizar o desgaste físico no meu trabalho.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Eu ponho em prática todos os procedimentos e adoto todas as regras de segurança física quando faço o meu trabalho.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Eu garanto os mais elevados padrões de segurança física quando realizo o meu trabalho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Eu promovo o programa de segurança física na minha instituição.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Eu faço um esforço suplementar para melhorar a segurança física na instituição onde trabalho.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Eu realizo voluntariamente tarefas e atividades que ajudam a melhorar a segurança física no meu local de trabalho.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Eu tomo medidas para prevenir ou minimizar as tensões psicológicas no meu trabalho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Eu sigo os regulamentos e ponho em prática os protocolos de segurança psicológica quando realizo o meu trabalho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Eu cumpro os mais elevados padrões de segurança psicológica quando realizo o meu trabalho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Eu promovo o programa de segurança psicológica na minha instituição	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Eu faço um esforço suplementar para melhorar a segurança psicológica na instituição onde trabalho.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Eu realizo voluntariamente tarefas e atividades que ajudam a melhorar a segurança psicológica no meu local de trabalho.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

GRUPO B

B1. Em que medida considera provável ver-se envolvido(a) num acidente de trabalho no futuro?

Extremamente improvável						Extremamente provável
1	2	3	4	5	6	7

B2. Leia cada afirmação e seleccione a sua resposta numa escala crescente de 1 (nada) a 7 (muito):

	NADA							MUITO
1. Em que medida está preocupado(a) com a probabilidade de ficar ferido num acidente	1	2	3	4	5	6	7	
2. Fico agoniado(a) quando penso em acidentes	1	2	3	4	5	6	7	
3. Fico preocupado(a), quando há muitos acidentes no trabalho	1	2	3	4	5	6	7	
4. Quando leio sobre acidentes de trabalho, isso afeta as minhas escolhas quanto aos procedimentos de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	
5. Penso muito sobre acontecimentos imprevistos que podem ocorrer quando utilizo procedimentos de trabalho diferentes	1	2	3	4	5	6	7	

GRUPO C

C1. Leia cada afirmação e seleccione a sua resposta numa escala crescente de 1 a 4:

De modo nenhum é verdade	Difícilmente é verdade	Moderadamente verdade	Totalmente verdade
1	2	3	4

1. Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.	1	2	3	4
2. Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos	1	2	3	4
4. Estou confiante que poderia lidar eficientemente com os acontecimentos inesperados.	1	2	3	4
5. Graças aos meus recursos, sei como lidar cm situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	1	2	3	4
7. Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades	1	2	3	4
8. Quando confrontado com um problema, consigo geralmente pensar numa solução.	1	2	3	4
9. Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.	1	2	3	4
10. Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.	1	2	3	4

GRUPO D

D1. Como avalia a probabilidade de vir a ter um acidente no trabalho no próximo ano?

Extremamente improvável							Extremamente provável	
1	2	3	4	5	6	7		

D2. Leia cada afirmação e selecione a sua resposta numa escala crescente de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente):

D2.						DISCORDO TOTALMENTE						CONCORDO TOTALMENTE
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
1. Em tempos de incerteza, normalmente espero que aconteça o melhor	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
2. É fácil, para mim, relaxar/descontrair-me	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
3. Se alguma coisa me puder correr mal, vai mesmo correr mal	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
4. Estou sempre otimista em relação ao meu futuro	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
5. Gosto muito de estar com os meus amigos	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
6. É importante para mim manter-me ocupado(a)	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
7. Raramente espero que as coisas corram a meu favor	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
8. Fico chateado(a) com muita facilidade	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
9. Raramente espero que me aconteçam coisas boas	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
10. De forma geral, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	

D3. Na generalidade, qual a probabilidade de uma pessoa com igual função à sua, da mesma idade e sexo, vir a ter um acidente no trabalho?

Extremamente improvável							Extremamente provável	
1	2	3	4	5	6	7		

GRUPO E

E1. As seguintes afirmações referem-se a sentimentos experienciados em relação à sua atividade profissional. Por favor indique com que frequência, nos últimos 30 dias de trabalho, sentiu cada um dos seguintes sentimentos. Para responder, indique o grau em que cada afirmação se aplica ou não a si, de acordo com a seguinte escala crescente de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente):

E1.	DISCORDO TOTALMENTE							CONCORDO TOTALMENTE
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Sinto-me cansado(a).	1	2	3	4	5	6	7	
2. De manhã, não tenho energia para ir trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Sinto-me fisicamente esgotado(a).	1	2	3	4	5	6	7	
4. Sinto que não aguento mais.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Sinto que as minhas baterias estão gastas.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Sinto-me esgotado(a).	1	2	3	4	5	6	7	
7. A minha capacidade de raciocínio é lenta.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Tenho dificuldade em concentrar-me.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Sinto-me incapaz de pensar com clareza.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Sinto que não consigo concentrar-me.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Tenho dificuldade em pensar sobre coisas complexas.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos meus colegas de trabalho e clientes.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Sinto-me incapaz de investir emocionalmente nos colegas de trabalho e clientes.	1	2	3	4	5	6	7	
14. Sinto-me incapaz de ser compreensivo com os meus colegas de trabalho e clientes.	1	2	3	4	5	6	7	

E2. Indique algumas práticas que gostaria que fossem implementadas pela sua organização com vista à melhoria do seu bem-estar físico e psicológico:

Apêndices

Apêndice A: Questionário Sociodemográfico

Género		Idade:	Estado Civil	
Masculino			Solteiro(a)	
Feminino		Nº Filhos:	Casado(a) / União de facto	
			Divorciado(a) / Separado(a) / Viúvo(a)	

Nacionalidade:		Habilitações Literárias		Vínculo contratual	
Naturalidade				Contrato a termo	
Minho, Douro e Trás-os-Montes		Ensino Primário		Contrato s/ termo	
Área Metropolitana do Porto		Ensino Básico		Recibos Verdes	
Beiras, Estremadura e Ribatejo		Ensino Secundário			
Área Metropolitana de Lisboa		Licenciatura		Part-Time	
Alentejo e Algarve		Mestrado		Full-Time	
Ilhas (Madeira e Açores)		Pós-Graduação		Tempo na empresa:	
Não se aplica		Doutoramento		Função:	

Assinale a clínica onde exerce a sua função:

1. NephroCare APDP	
2. NephroCare CUF	
3. NephroCare Restelo	
4. NephroCare Lumiar	
5. NephroCare SAMS	
6. NephroCare Santarém	
7. NephroCare Abrantes	
8. NephroCare Tomar	
9. NephroCare Montijo	
10. NephroCare Setúbal	
11. NephroCare Coimbra	
12. NephroCare Moia	
13. NephroCare Santa Mª Feia	
14. NephroCare Arcos Valdevez	
15. NephroCare Covilhã	
16. NephroCare Portalegre	
17. NephroCare Grândola	
18. NephroCare Tavira	
19. NephroCare Machico	

20. NephroCare Entroncamento	
21. NephroCare Torres Vedras	
22. NephroCare Vila Franca de Xira	
23. NephroCare Avença	
24. NephroCare Amadora	
25. NephroCare Barreiro	
26. NephroCare Seixal	
27. NephroCare Almada	
28. NephroCare Viseu	
29. NephroCare Oliveira do Bairro	
30. NephroCare Vila Nova de Gaia	
31. NephroCare Braga	
32. NephroCare Fafe	
33. NephroCare Guarda	
34. NephroCare Évora	
35. NephroCare Faro	
36. NephroCare Portimão	
37. NephroCare Funchal	