

**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Lara Patrícia Gonçalves Costa

**Stresse em enfermeiros e segurança do  
paciente – Um estudo exploratório centrado  
nas perceções destes profissionais**



**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Lara Patrícia Gonçalves Costa

**Stresse em enfermeiros e segurança do  
paciente – Um estudo exploratório centrado  
nas perceções destes profissionais**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Íris Barbosa**

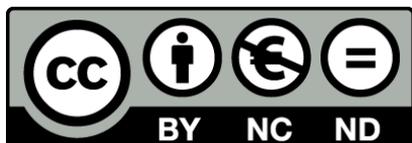
## Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### *Licença concedida aos utilizadores deste trabalho*



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações  
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora Professora Doutora Íris Barbosa pelos constantes ensinamentos e conselhos e pela disponibilidade que sempre demonstrou ao longo deste percurso.

Agradeço aos meus pais, que foram o meu maior incentivo nesta caminhada e estiveram sempre presentes e dispostos a dar-me força e confiança.

À minha irmã, por toda a compreensão e honestidade.

Aos meus avós, que sempre demonstraram orgulho em mim.

Ao César, o meu namorado, pelo apoio incondicional que me dá sempre e por ter acreditado em mim desde o início.

A toda a minha família e amigos, por estarem sempre presentes.

Agradeço ainda a todos os enfermeiros pela disponibilidade que demonstraram e pelas palavras de incentivo.

## **Declaração de integridade**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## Resumo

**Título: Stresse em enfermeiros e segurança do paciente – Um estudo exploratório centrado nas percepções destes profissionais**

Esta dissertação tem como tema o stresse em enfermeiros e a sua influência ao nível da segurança dos pacientes. O stresse ocupacional em profissionais de saúde e, especificamente, em enfermeiros, é um tema merecedor de discussão devido à influência que pode exercer ao nível da qualidade dos cuidados de saúde que prestam, nomeadamente, dos erros que praticam. Além disso, tanto o stresse ocupacional como a segurança do paciente são tópicos com pouco ênfase em investigações nacionais, pelo que se considera relevante a discussão da sua relação.

Foi realizado um estudo exploratório e escolhida uma instituição de saúde privada situada no norte do país. Como método de recolha de dados, realizaram-se entrevistas a uma amostra de enfermeiros que exercem funções na instituição.

Concluiu-se que existem vários *stressors* presentes na instituição, sendo o principal a interação com os superiores hierárquicos. O relacionamento com os médicos e restantes colegas, o grande volume de trabalho, as exigências dos doentes e familiares, os fatores inerentes à profissão e os *stressors* associados ao serviço de cirurgia consistiram, também, em fatores frequentemente mencionados. A segurança do paciente na organização foi maioritariamente caracterizada como favorável. Verificou-se que as opiniões dos entrevistados divergem no que diz respeito à influência do stresse na segurança dos seus pacientes. Contudo, uma parte considerável dos enfermeiros admitiu existir uma relação entre o stresse por eles experienciado e a maior probabilidade da prática de erros. A principal estratégia de *coping* utilizada pelos entrevistados consiste em respirar fundo e manter a calma. Quanto à gestão dos erros na organização, concluiu-se que os superiores hierárquicos se encontram empenhados nesse sentido. No entanto, de acordo com a maioria, o enfermeiro diretor é o que demonstra maior compreensão no que diz respeito à sua prática. Relativamente a medidas da organização de diminuição/prevenção do stresse ocupacional, estas foram consideradas insuficientes, sendo necessária uma melhoria nesse aspeto. O processo de diminuição/prevenção do stresse ocupacional deverá ser realizado em conjunto, entre os colaboradores e os seus superiores.

Teceram-se recomendações que consistem em medidas que, na perceção dos entrevistados, podem contribuir para melhorar os níveis de stresse ocupacional na instituição e, conseqüentemente, a segurança dos seus pacientes.

**Palavras-chave:** enfermeiros, erros, segurança do paciente, stresse ocupacional.

## **Abstract**

**Title: Stress in nurses and patient safety – An exploratory study centred on the perceptions of these professionals**

This dissertation focuses on nurses' stress and its influence on patients' safety. Occupational stress in health professionals and, specifically, in nurses, is a subject worthy of discussion, due to the influence it can have on the quality of their healthcare, namely, on the errors they practice. Additionally, both occupational stress and patient safety are topics that do not receive much emphasis in national investigations. Therefore, it is considered relevant to discuss the relationship between both of the concepts.

An exploratory research was carried out in a private healthcare institution, located in the north of the country. For the collection of the data, interviews with a sample of nurses working in the institution were conducted.

It was concluded that there are various stressors in the organization, the main one being the interaction with the hierarchical superiors. The relationship with doctors and other co-workers, the work overload, the patient and family demands, the inherent factors to the job itself and the stressors associated with the surgical service were also frequently mentioned factors. Patient safety in the organization was predominantly characterized as favourable. It was concluded that the opinions concerning the influence of stress on patients' safety diverge among the participants. However, a considerable amount of nurses considered that there was a relationship between those two concepts due to the fact that, under stress, they were more likely to practice errors. The main coping strategy mentioned by the participants was to take a deep breath and stay calm. It was concluded that the hierarchical superiors are committed to the management of the errors occurring in the institution. However, according to most of the opinions, the chief nurse is the one that demonstrates more comprehension when errors are practiced. Stress reduction/prevention measures in the organization were considered insufficient and, therefore an improvement in this aspect is needed. The stress reduction/prevention process should be carried out in collaboration between both the employees as well as the hierarchical superiors.

Recommendations were made, consisting of measures that, according to the nurses interviewed, may contribute to improving occupational stress levels in the organization and, therefore, the safety of their patients.

**Keywords:** errors, occupational stress, patient safety, nurses.

# Índice

Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Declaração de integridade .....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Índice.....	vii
Índice de figuras.....	x
Índice de tabelas .....	xi
1. Introdução.....	1
2. Stresse .....	4
2.1. Perspetivas relacionadas com o conceito de stresse .....	4
2.2. Respostas ao stresse: <i>eustress</i> e <i>distress</i> .....	5
2.3. Stresse ocupacional .....	7
2.4. Outros modelos teóricos de stresse ocupacional .....	9
2.5. <i>Stressors</i> no local de trabalho.....	11
2.6. Stresse em profissionais de saúde: o caso dos enfermeiros .....	15
2.7. <i>Coping</i> .....	18
2.7.1. Estratégias de <i>coping</i> utilizadas por enfermeiros .....	21
2.8. Papel da administração e chefias na gestão do stresse dos colaboradores .....	22
3. Qualidade nas organizações de saúde .....	27
3.1. Segurança do paciente .....	27
3.2. Fatores que influenciam a segurança do paciente .....	29
4. Apresentação do estudo.....	33
4.1. Problemática da investigação e objetivos do estudo .....	33

4.2.	Metodologia do estudo .....	34
4.3.	Recolha de dados e amostragem.....	37
4.4.	Caracterização da instituição e da amostra .....	38
5.	Apresentação e discussão dos resultados.....	41
5.1.	Fatores causadores de stresse .....	41
5.1.1.	Interação com os superiores hierárquicos .....	42
5.1.2.	Relacionamento com os médicos e restantes colegas de trabalho .....	42
5.1.3.	Grande volume de trabalho.....	43
5.1.4.	Exigências dos doentes e familiares .....	44
5.1.5.	Conflitualidade de papéis.....	45
5.1.6.	Fatores externos ao trabalho.....	46
5.1.7.	Fatores inerentes à profissão .....	46
5.1.8.	<i>Stressors</i> associados ao serviço de cirurgia .....	47
5.1.9.	Funções associadas ao serviço de atendimento permanente (urgências) .....	47
5.1.10.	Trabalho com bebés e crianças .....	48
5.2.	Segurança do paciente.....	49
5.2.1.	Dimensões da segurança do paciente .....	50
5.2.2.	Caracterização da segurança do paciente na instituição .....	53
5.3.	Influência do stresse na segurança do paciente .....	57
5.3.1.	Perceção da influência do stresse na segurança do paciente e razões dessa relação ..	58
5.3.2.	Experiências pessoais dos enfermeiros quanto à influência do stresse na segurança do paciente.....	62
5.4.	<i>Coping</i> .....	63
5.5.	Prática de erros e segurança do paciente – papel da administração e chefias .....	67
5.6.	Diminuição/prevenção do stresse na organização.....	70
5.6.1.	Responsáveis pela diminuição/prevenção do stresse na organização .....	72

5.6.2. Medidas de diminuição/prevenção do stresse ocupacional implementadas na organização .....	74
5.6.3. Avaliação da eficácia das medidas implementadas e recomendações .....	77
6. Síntese conclusiva, contribuições e limitações .....	79
6.1. Síntese conclusiva .....	79
6.2. Contributos do estudo .....	82
6.3. Limitações do estudo e sugestões para investigação futura .....	83
Apêndice 1 .....	85
Referências bibliográficas .....	86

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Curva de Yerkes–Dodson.. .....	6
<b>Figura 2</b> Modelo de stresse organizacional. ....	8
<b>Figura 3</b> Impacto da clarificação dos papéis e enriquecimento do trabalho dos colaboradores na redução do stresse.. .....	26

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> Caracterização da amostra do estudo .....	39
<b>Tabela 2</b> Fatores causadores de stresse.....	41
<b>Tabela 3</b> Segurança do paciente .....	49
<b>Tabela 4</b> Influência do stresse na segurança do paciente .....	57
<b>Tabela 5</b> <i>Coping</i> .....	63
<b>Tabela 6</b> Prática de erros e segurança do paciente – papel da administração e chefias .....	67
<b>Tabela 7</b> Diminuição/prevenção do stresse na organização.....	71

## 1. Introdução

Koinis *et al.* (2015) consideram que o stresse ocupacional, ou stresse no trabalho, em profissionais de saúde influencia a sua saúde mental e emocional. Parikh, Taukari e Bhattacharya (2004) salientam também a ocorrência de *distress*, *burnout* e doenças psicológicas como consequências do stresse ocupacional em enfermeiros. Além disso, este fenómeno é particularmente relevante no que diz respeito aos profissionais da área da saúde, uma vez que pode conduzir à prática de erros (West *et al.*, 2006). Estes erros representam uma ameaça à qualidade dos cuidados de saúde e à segurança do paciente, podendo originar graves consequências (Brennan *et al.*, 2004).

Posto isto, verifica-se que o stresse ocupacional pode ter um impacto significativo no desempenho dos profissionais de saúde e que, por isso, o seu estudo se torna relevante.

O tema da presente investigação incide especificamente sobre o stresse ocupacional na classe profissional dos enfermeiros, a qual, segundo Laranjeira (2011) e Gelsema *et al.* (2006), consiste numa das classes de profissionais de saúde mais propícias à experiência de stresse ocupacional.

Além do stresse ocupacional, a investigação incide também ao nível da qualidade dos cuidados de saúde que, de acordo com Mosadeghrad (2014), é um tópico fundamental no que diz respeito aos serviços de saúde. Os autores Olds, Aiken, Cimiotti e Lake (2017) salientam a importância de a organização trabalhar no sentido de criar um bom ambiente de trabalho para os enfermeiros, de modo a melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados no hospital. De acordo com Vincent (2010), uma das dimensões da qualidade dos cuidados de saúde consiste na segurança do paciente e é sobre este tema que a investigação se debruça mais pormenorizadamente.

Segundo Tucker (2004), é importante que as organizações de saúde avaliem os erros associados aos cuidados de saúde prestados na instituição, de modo a que estes possam ser prevenidos. Além disso, é imperativo que se estimule o debate relativo à prática de erros por parte de profissionais de saúde, uma vez que estes exercem consequências negativas sobre a segurança dos pacientes (Institute of Medicine, 2000; Brennan *et al.*, 2004). Muitas das situações que põem em risco a segurança de pacientes não são reportadas pelos enfermeiros, devido ao facto de estes se demonstrarem apreensivos pelo reconhecimento dos seus erros. Deste modo, cria-se uma barreira de comunicação entre os profissionais de saúde e os seus superiores que não permite solucionar os problemas existentes (Mayo & Duncan, 2004). No contexto nacional, os estudos relativos a este tema

são escassos, pelo que a sua abordagem foi considerada pertinente, de forma a contribuir para o conhecimento na área, assim como a incentivar a realização de futuras investigações neste âmbito.

Posto isto, com esta investigação pretende-se contribuir para compreender a barreira de comunicação existente entre os enfermeiros e os seus superiores relativamente a situações que poderão colocar em risco a segurança dos pacientes e analisar as perceções dos enfermeiros relativamente à influência do stresse nestas situações.

Assim, apresentam-se as questões de partida da investigação:

- Segundo a perceção dos enfermeiros, quais os principais *stressors* presentes no seu local de trabalho?
- Em que medida os enfermeiros consideram que o stresse por eles experienciado conduz a uma diminuição da segurança dos pacientes?
- Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o stresse ocupacional?
- Na perspetiva dos enfermeiros, qual é a relevância do papel da administração e das chefias na diminuição ou prevenção do stresse ocupacional e quais as medidas implementadas na instituição com esse propósito?
- Que medidas devem ser adotadas pela organização no sentido de diminuir ou prevenir o stresse ocupacional?

De forma a contextualizar a investigação em causa, é realizada uma revisão de literatura, recorrendo a estudos efetuados no âmbito do stresse ocupacional em enfermeiros, bem como da segurança dos pacientes e da prática de erros por parte destes profissionais de saúde.

Segue-se o capítulo referente à apresentação do estudo, no qual são descritos os seus objetivos, questões de partida e a problemática da investigação. Apresenta-se, ainda, o paradigma de investigação em causa, a metodologia e o método utilizados e respetivas justificações para estas escolhas. Após a descrição do método de análise dos resultados, é realizada uma caracterização da amostra do estudo.

O capítulo seguinte consiste na apresentação e discussão dos resultados, no qual se apresentam as categorias temáticas presentes nas grelhas de análise, que guiam a estrutura deste capítulo. Cada subcapítulo diz respeito a uma categoria temática e encontra-se dividido nas respetivas

dimensões de análise e indicadores, acompanhados das declarações ilustrativas correspondentes, que foram realizadas ao longo das entrevistas. Juntamente com a apresentação dos resultados é realizada uma confrontação com a revisão de literatura, de modo a tornar o capítulo o mais rico possível.

O capítulo final baseia-se numa síntese conclusiva de toda a investigação, seguida das contribuições para o conhecimento e para a prática da gestão de unidades de saúde, bem como das suas limitações.

## 2. Stresse

### 2.1. Perspetivas relacionadas com o conceito de stresse

Neste subcapítulo são apresentadas as perspetivas de diversos autores relativamente à definição de stresse.

Segundo Lazarus (1993), o termo “stresse” surgiu no século XIV, tendo começado a ser utilizado num contexto mais técnico no século XVII, nomeadamente no âmbito de infraestruturas construídas para suportar cargas elevadas, como as pontes. Mais tarde, durante a II Guerra Mundial, começou a ser atribuída uma especial importância ao termo “stresse”, uma vez que este passou a ser utilizado para descrever as situações experienciadas pelos soldados nos combates. Além disso, Lazarus (1993) considera que, nessa época, situações do quotidiano como, por exemplo, o casamento, os exames escolares e as doenças começaram também a ser associadas ao conceito de stresse, passando este a possuir um significado mais generalizado.

Atualmente, considera-se que o stresse se encontra presente em todas as reações de adaptação do organismo originadas por *stressors*, que consistem em estímulos causadores de stresse (Raleigh, 1980). Selye (1950) define o termo “stresse” como uma resposta não específica do corpo. Este autor defende que, além das reações de defesa específicas do organismo, existem também reações não específicas ao stresse, que se manifestam através da síndrome geral de adaptação. De acordo com Selye (1946), esta síndrome é constituída por três fases, nomeadamente:

- Reação de alarme – Corresponde ao impacto inicial que se verifica no organismo, associado a um estado de choque, sendo que a sua severidade depende da intensidade do *stressor*;
- Adaptação – Se houver uma exposição contínua ao *stressor*, as respostas típicas da reação de alarme deixam de se verificar e ocorre a fase de adaptação, na qual os mecanismos do organismo começam a combater o *stressor* em causa, diminuindo as defesas relativas a outros *stressors*;
- Exaustão – Esta fase apenas ocorre quando não é possível o desenvolvimento de uma resposta de adaptação ao *stressor*, após uma exposição bastante prolongada a este.

O termo “stresse” é utilizado em áreas distintas, com diferentes significados e interpretações (e.g. Lazarus, 1993; Koolhaas *et al.*, 2011). Contudo, Lazarus (1993) defende que se encontram sempre presentes quatro componentes numa resposta ao stresse: (i) um agente, interno ou externo, que origina o stresse, designado por *stressor*; (ii) uma avaliação que permite identificar se o *stressor* se trata de um estímulo ameaçador ou benéfico; (iii) processos de *coping*, que consistem em estratégias para lidar com o stresse e com as exigências com que o indivíduo é confrontado; e (iv) reação ao stresse, que se verifica através de efeitos do *stressor* no corpo e na mente.

Koolhaas *et al.* (2011), de modo a uniformizar a definição de stresse, caracterizam-no como uma resposta comportamental e psicológica, que ocorre devido a uma perceção cognitiva de incontrolabilidade e imprevisibilidade. Ao contrário da resposta psicológica, a resposta comportamental tem de estar sempre presente. De acordo com Michie (2002), o stresse pode ser definido como a “interação entre a situação e o indivíduo. É o estado psicológico e físico que ocorre quando os recursos do indivíduo não são suficientes para lidar com as exigências e as pressões da situação” (p. 67). Ou seja, tal como Koolhaas *et al.* (2011), Michie (2002) considera que o stresse se manifesta tanto a nível psicológico como físico.

Segundo Butler (1993), existem três abordagens na definição de stresse. Numa primeira perspetiva (*stimulus-based definition*), pode considerar-se que o stresse advém da pressão experienciada pelo indivíduo, como resposta a estímulos externos. Quanto maior a pressão, mais provavelmente o indivíduo cederá ao estímulo. A segunda definição (*response-based definition*) defende que o stresse consiste numa resposta a estímulos nocivos ou aversivos. Por fim, numa terceira perspetiva (*stress as a dynamic process*), o autor sugere que o stresse se trata de uma resposta dinâmica, que tanto reflete fatores internos (características do próprio indivíduo) como externos (características das circunstâncias), assim como as interações entre ambos.

Em suma, apesar de os autores apresentarem definições à partida distintas, no geral salienta-se o facto de o stresse resultar da interação do indivíduo com *stressors*, originando-se uma resposta.

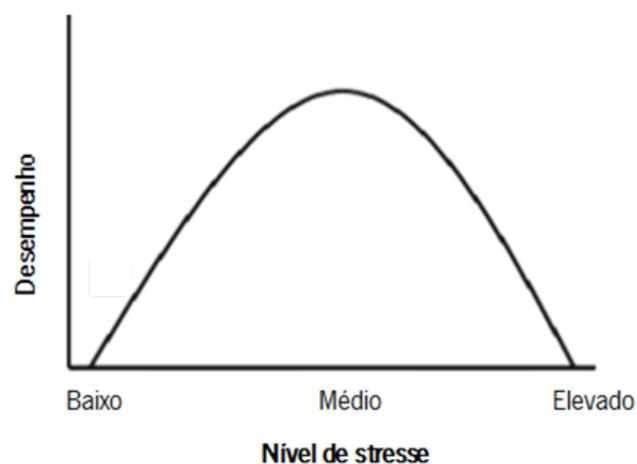
## 2.2. Respostas ao stresse: *eustress* e *distress*

De seguida, realiza-se uma distinção entre *eustress* e *distress*, que permite obter uma visão mais abrangente do conceito de stresse.

Segundo Lazarus (1993), certos indivíduos possuem a capacidade de lidar melhor com os efeitos do stresse do que outros, uma vez que quando estes são expostos a situações stressantes poderá haver tanto um aumento como uma diminuição do seu desempenho.

De acordo com Kupriyanov e Zhdanov (2014), são reconhecidos dois tipos de resposta ao stresse: *eustress* e *distress*. Edwards e Cooper (1988) definem *eustress* como uma “discrepância positiva entre um estado percebido pelo indivíduo e o estado desejado por ele, desde que a presença da discrepância seja considerada importante” (p. 1448). De forma a diferenciar os dois termos, Lazarus (1993) considera que o *eustress* se encontra associado a sentimentos positivos e a um estado físico saudável. Por outro lado, o *distress* é a resposta que se caracteriza por sentimentos negativos e um estado físico perturbado pelo stresse. Le Fevre, Matheny e Kolt (2003) consideram que o *eustress* corresponde ao nível ótimo de stresse, ao passo que “o *distress* ocorre quando as exigências do corpo (no sentido amplo, que incluem tanto aspetos psicológicos como fisiológicos) excedem a sua capacidade para despende energia na manutenção da homeostase” (p.729).

A curva de Yerkes–Dodson (Figura 1) permite ilustrar a relação entre as duas respostas ao stresse (Gibbons, Dempster & Moutray, 2008). À medida que o stresse aumenta, o desempenho do indivíduo também aumenta, até ser atingido o nível de stresse que permite uma atividade ótima (designado por *eustress*). A partir desse nível, começam a surgir os efeitos negativos do stresse, como a fadiga e a exaustão, e o desempenho do indivíduo diminui. Logo, é desejável algum grau de tensão para que o indivíduo se encontre no estado ótimo, de modo a obter um bom desempenho. Contudo, níveis elevados de stresse devem ser evitados.



**Figura 1** Curva de Yerkes–Dodson, retirado de Gibbons, Dempster e Moutray, 2008, p. 283, traduzido pela autora

### 2.3. Stresse ocupacional

Seguidamente, apresentam-se as definições de stresse ocupacional presentes nos estudos de diversos autores, uma vez que na presente investigação se pretende estudar o stresse no contexto de trabalho.

A globalização que tem vindo a ocorrer nas últimas décadas permite criar condições para um desenvolvimento económico mais avançado. Contudo, acaba também por propiciar condições de trabalho mais stressantes, associadas a uma elevada competitividade. Além disso, os padrões de empregabilidade sofrem mudanças, devido à maior flexibilidade que os processos exigem e à existência de mais regimes de trabalho em *part-time* e de emprego temporário. Estas alterações resultam em maiores exigências no trabalho, maior insegurança, menor controlo sobre as tarefas e aumento da probabilidade de demissão de colaboradores. Assim, com a globalização e a consequente modernização dos processos, nomeadamente no que diz respeito à crescente utilização das tecnologias, os trabalhadores tendem a experienciar mais stresse ocupacional (Forastieri, 2016).

Beehr (1998) salienta a dificuldade em definir stresse no trabalho, ou stresse ocupacional, devido ao facto de o termo “stresse” ser utilizado de uma forma geral, popular e pouco técnica. Assim, poderão existir diferentes definições de stresse ocupacional, representando as perspetivas distintas dos seus autores. Segundo Li *et al.* (2017), o stresse ocupacional encontra-se negativamente associado ao desempenho no trabalho. Florea e Florea (2016) corroboram esta perspetiva, afirmando que “o stresse tem-se tornado um dos problemas associados ao local de trabalho mais importantes, influenciando não só o comportamento e saúde dos indivíduos, como também o desempenho e a imagem da organização” (p.28). Estes autores afirmam que o stresse consiste na segunda causa de problemas de saúde associados ao trabalho e estima-se que afete 28% dos trabalhadores dos países da União Europeia.

Em relação a este tópico, Laranjeira (2011) afirma que “a experiência de stresse representa um estado psicológico. Pode resultar da exposição, ou ameaça de exposição, tanto aos perigos mais tangíveis do local de trabalho como aos perigos psicossociais do trabalho” (p. 1755). Cooper e Marshall (1976) defendem que o stresse ocupacional se encontra presente quando existem *stressors* negativos, como a sobrecarga de trabalho, a ambiguidade de funções ou más condições de trabalho relacionadas com uma profissão. Forastieri (2016) salienta o facto de o stresse ocupacional ocorrer quando as exigências do trabalho não estão de acordo com/excedem as capacidades ou recursos do indivíduo. Segundo Beehr e Newman (1978), o stresse ocupacional consiste numa “situação na qual

fatores relacionados com o trabalho interagem com o profissional para alterar (i.e., perturbar ou realçar) a sua condição psicológica e/ou fisiológica de tal forma que a pessoa (...) é forçada a desviar-se do funcionamento normal” (p.670). Ou seja, de acordo com estes autores, o stresse ocupacional inclui interações complexas entre o indivíduo e o ambiente e pode alterar a sua condição tanto de forma positiva como negativa.

Palmer, Cooper e Thomas (2001) apresentam um modelo de stresse ocupacional que pretende ilustrar a relação entre fatores associados ao trabalho potencialmente causadores de stresse e o seu impacto a nível individual e organizacional, assim como as suas consequências negativas (Figura 2).

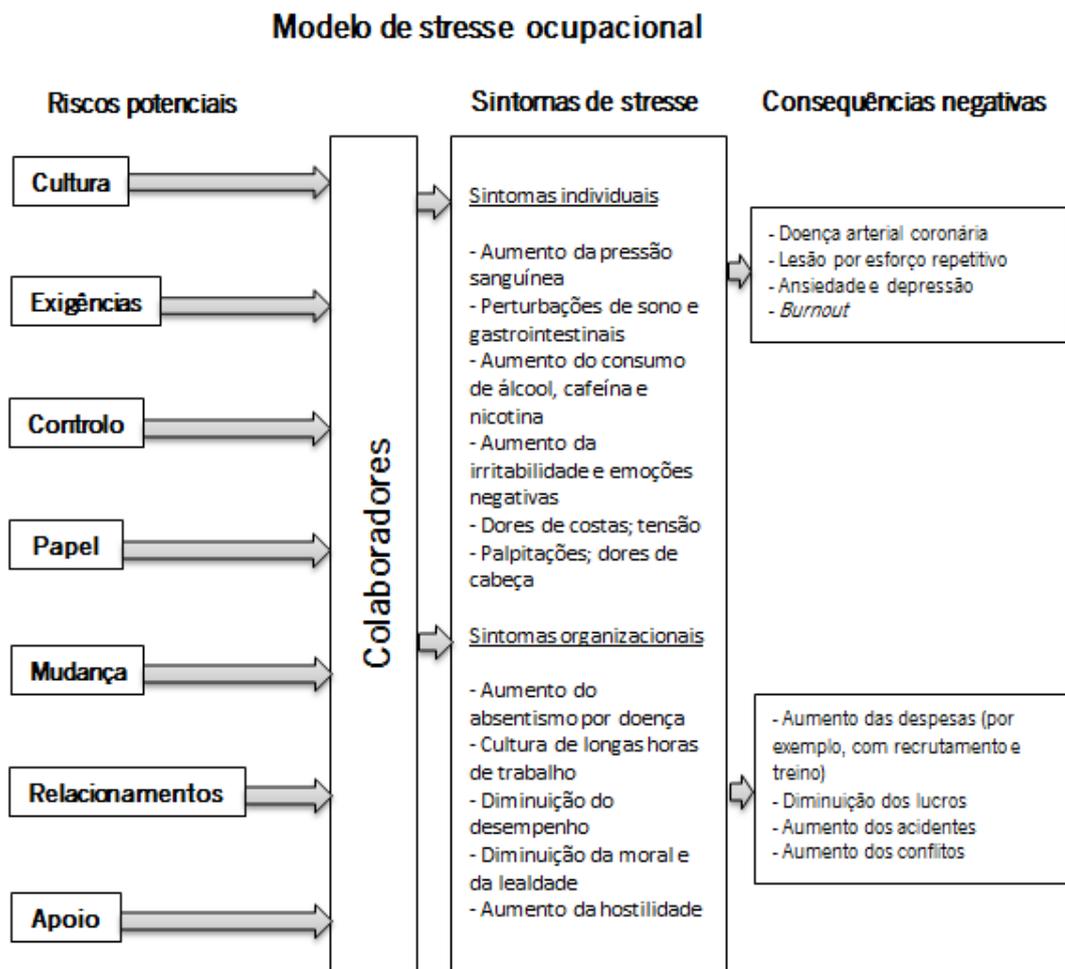


Figura 2 Modelo de stresse ocupacional, retirado de Palmer, Cooper e Thomas, 2001, p. 379, traduzido pela autora

Segundo Forastieri (2016), o stresse ocupacional influencia o comportamento dos colaboradores na medida em que os torna mais propensos a adotar comportamentos de risco que, por sua vez, poderão influenciar negativamente a sua saúde e bem-estar. Alguns desses comportamentos são: (i) consumo excessivo de álcool; (ii) hábitos conducentes ao excesso de peso; (iii) diminuição da prática de exercício físico; (iv) aumento do consumo de tabaco; e (v) distúrbios do sono. Importa realçar que, segundo De Boer *et al.* (2011), a importância do ambiente de trabalho é ainda frequentemente subestimada pelos administradores e gestores em contexto hospitalar, algo que se revela preocupante tendo em conta as suas consequências já apresentadas.

#### 2.4. Outros modelos teóricos de stresse ocupacional

Apresentam-se de seguida diferentes modelos teóricos desenvolvidos relativamente ao stresse ocupacional, nomeadamente:

- Teoria dos acontecimentos da vida – Este modelo foi desenvolvido por Holmes e Rahe (1967). No seu estudo, os autores utilizaram uma lista com 43 eventos da vida, considerados os mais stressantes. Cada evento implica que ocorra uma mudança na vida do indivíduo para que este se consiga adaptar. Os acontecimentos encontram-se ordenados numa escala, denominada de *social readjustment rating scale*, na qual é apresentada uma pontuação para cada evento. A pontuação representa a intensidade associada ao reajustamento do indivíduo e o tempo necessário para que o indivíduo se adapte após a ocorrência do evento em causa.
- Modelo exigência-controlo – Karasek (1979) desenvolveu este modelo, defendendo que o stresse resulta da conjugação entre as exigências do trabalho e o grau de controlo que o indivíduo tem/percebe sobre este (denominado de latitude de decisão). O stresse verifica-se quando ocorre a combinação entre elevadas exigências no trabalho e um baixo grau de controlo. De acordo com este modelo, para que se verifique uma melhoria na saúde mental dos trabalhadores não tem necessariamente de ocorrer uma diminuição da sua produtividade e do número de tarefas que realizam. É possível manter-se a quantidade de trabalho e simultaneamente reduzir os níveis de stresse dos colaboradores, desde que lhes seja concedida uma maior latitude de decisão.

- Modelo exigência-controlo-suporte social – Este modelo, além de se basear nas exigências do trabalho e na latitude de decisão do indivíduo, dimensões que foram apresentadas no modelo inicial de Karasek (1979), acrescenta ainda o suporte social que os colaboradores recebem por parte dos colegas de trabalho e dos supervisores. De acordo com o modelo, verificam-se níveis elevados de stresse quando ocorre a combinação de elevadas exigências, baixo controlo e baixo suporte social (Pisanti *et al.*, 2011).
- Modelo de ajustamento pessoa-ambiente – Este modelo apresenta variações introduzidas por diversos autores. No geral, diz respeito à compatibilidade existente entre as características do indivíduo e as do ambiente, sendo que se esta correspondência não se verificar, poderá desencadear-se uma resposta de stresse (Van Vianen, 2018).
- Teoria cibernética – Esta teoria baseia-se na ideia de que o ser humano procura manter-se constantemente num estado de equilíbrio. Através das informações que o indivíduo recebe do ambiente, este poderá detetar uma perturbação no seu estado de equilíbrio, que se caracteriza por uma discrepância entre o ambiente percebido e o seu critério de referência. Quando o indivíduo percebe a existência dessa discrepância, origina-se um estado de stresse e este reage através de estratégias de *coping*, no sentido de repor o estado anterior (Edwards, 1992; Cummings & Cooper, 1998). Assim, no âmbito da teoria cibernética, o stresse ocupacional verifica-se quando ocorre uma discrepância entre a situação percebida pelo trabalhador e a situação desejada por este.
- Modelo das facetas – Neste modelo, desenvolvido por Beehr e Newman (1978), são descritas as facetas (dimensões) do stresse ocupacional consideradas mais relevantes, nomeadamente: (i) faceta ambiental; (ii) faceta pessoal; (iii) faceta das consequências humanas; (iv) faceta das consequências organizacionais; (v) faceta da resposta adaptativa; (vi) faceta do processo; e (vii) faceta do tempo. De acordo com Beehr e Newman (1978), o stresse ocorre através da interação entre os elementos das facetas pessoal e ambiental, por via da faceta dos processos, resultando em consequências humanas e organizacionais. Por sua vez, ocorre uma adaptação ao stresse – resposta adaptativa - que permite reduzir os seus efeitos negativos ou realçar os seus benefícios. A resposta adaptativa afeta os indivíduos e o ambiente organizacional.

## 2.5. *Stressors* no local de trabalho

No presente subcapítulo descrevem-se os *stressors* mais frequentemente citados nos estudos referentes ao stresse ocupacional.

De acordo com Narayanan, Menon e Spector (1999), apesar de alguns *stressors* serem comuns a várias ocupações profissionais, outros podem diferir consoante o nível hierárquico a que o indivíduo pertence na organização e o tipo de tarefas que desenvolve. Johnson *et al.* (2005) complementam esta ideia, acrescentando que indivíduos com a mesma ocupação podem experienciar diferentes níveis de stresse, o que se deve ao facto de a ocorrência de stresse ocupacional poder surgir a partir de fontes externas ao trabalho, como a personalidade do indivíduo ou os seus mecanismos de apoio.

Cooper e Marshall (1976) apresentam um modelo que se baseia em cinco fontes principais de stresse ocupacional, nomeadamente:

- Fatores intrínsecos ao trabalho – dizem respeito às más condições físicas, sobrecarga de trabalho ou pressão devido ao tempo disponível para a conclusão de todas as tarefas.
- Papel na organização – este ponto encontra-se relacionado com a ambiguidade e o conflito de papéis na organização. A ambiguidade de papéis ocorre quando o indivíduo não tem a perceção clara dos seus objetivos e responsabilidades no trabalho. O conflito de papéis verifica-se quando o trabalhador se encontra dividido entre as várias exigências do seu trabalho. Para Rizzo, House e Lirtzam (1970), estes são os principais *stressors* com influência na eficácia do trabalhador.
- Desenvolvimento da carreira – este tópico refere-se, entre outros fatores, à promoção de trabalhadores que não têm capacidade para cumprir com as exigências associadas às novas funções ou que se veem numa posição em que a possibilidade de progressão na carreira é menor, por já se encontrarem a realizar o máximo que lhes é possível de acordo com as suas capacidades e competências. Por outro lado, o stresse pode também advir do facto de os trabalhadores não serem promovidos e, assim, sentirem que não lhes estão a ser dadas novas oportunidades e responsabilidades na organização. Este ponto está também relacionado com a insegurança no trabalho.

- Relacionamentos no trabalho – este tópico diz respeito às relações com as chefias, subordinados e restantes colegas, tendo em conta que a existência de bons relacionamentos contribui tanto para a saúde da organização como dos próprios indivíduos.
- Estrutura e clima organizacionais – neste ponto, pode incluir-se a falta de liberdade do indivíduo para participar em decisões na organização, bem como o facto de este poder experienciar restrições ao seu comportamento, nomeadamente no que diz respeito ao cumprimento de orçamentos.

Os *stressors* associados ao local de trabalho podem ser divididos em *stressors* relacionados com o trabalho propriamente dito e *stressors* que se encontram associados ao contexto organizacional e social (Michie, 2002; Leka, Griffiths & Cox, 2003).

Alguns dos fatores associados ao próprio trabalho foram apresentados por Michie (2002) e corroborados por Leka *et al.* (2003), nomeadamente:

- Longas horas de trabalho e falta de intervalos durante o horário laboral, sendo que, relativamente ao horário de trabalho, Leka *et al.* (2003) acrescentam que se pode verificar a presença de stresse resultante de um horário rígido, do facto de o indivíduo ter de trabalhar horas extra, ou de este não conseguir prever/planear o seu dia;
- Prazos a cumprir e grande quantidade de tarefas, os quais, segundo Leka *et al.* (2003), se encontram associados à quantidade e ao ritmo de trabalho, sendo que estes são potenciais fontes de stresse quando não correspondem às expectativas do colaborador;
- Monotonia das tarefas, sendo que Leka *et al.* (2003), identificam o conteúdo da função como um *stressor* quando esta é monótona ou implica tarefas consideradas aversivas pelo trabalhador.

Aos fatores anteriores, Michie (2002) acrescenta as más condições físicas do local de trabalho, como a temperatura e a luminosidade, o facto de o indivíduo ser responsável por outros funcionários, e de lidar com funções ambíguas e insegurança no trabalho como *stressors* associados ao trabalho propriamente dito, corroborando alguns dos pontos presentes no modelo de Cooper e Marshall (1976).

Relativamente ao contexto organizacional, os trabalhadores que percecionam falta de reconhecimento e de apoio por parte dos gestores, e que têm de lidar com um elevado nível de exigência ao mesmo tempo que não participam na tomada de decisões, tendem a apresentar níveis de stresse mais elevados (Michie, 2002; Leka *et al.*, 2003). Este fator está relacionado com o modelo de stresse ocupacional exigência-controlo-suporte social (Pisanti *et al.*, 2011). Além disso, Leka *et al.* (2003) acrescentam outros *stressors* associados ao contexto laboral, os quais em grande parte corroboram o modelo de Cooper e Marshall (1976), nomeadamente:

- Desenvolvimento da carreira – encontra-se associado às promoções dos colaboradores, aos esquemas de pagamento ou ao facto de as capacidades da pessoa não coincidirem com os requisitos necessários para o trabalho em causa;
- Papel na organização – este poderá não ser suficientemente claro ou originar conflitualidade de tarefas;
- Relações interpessoais – poderão ser inadequadas, pelo facto de não haver apoio por parte dos supervisores, do tipo de trabalho ser solitário ou de ocorrerem episódios de violência no trabalho;
- Cultura organizacional – pode promover falta de comunicação, falta de liderança e má clarificação dos objetivos e da estrutura da organização;
- Interface entre a vida pessoal e profissional – pode gerar conflitualidade entre as tarefas de ambas as dimensões.

Quick e Henderson (2016) defendem que a principal causa do stresse ocupacional é a falta de liberdade de decisão por parte do trabalhador. Esta característica apresenta maior influência na origem do stresse quando se trata de trabalhos mais exigentes. Verifica-se, assim, que Michie (2002), Leka *et al.* (2003) e Quick e Henderson (2016) mostram-se de acordo ao considerar que o stresse pode surgir a partir da combinação entre um trabalho exigente e pouca liberdade de decisão por parte do indivíduo – o que se encontra relacionado com o modelo de stresse ocupacional exigência-controlo de Karasek (1979). Estas conclusões coincidem com as de Narayanan *et al.* (1999), autores que verificaram que os indivíduos a exercer funções em níveis hierárquicos mais baixos reportam como *stressor* presente

no seu local de trabalho o facto de possuírem pouco controlo. Como segunda e terceira causas de stresse ocupacional, Quick e Henderson (2016) indicam, respetivamente, a incerteza em relação a aspetos referentes ao trabalho e o facto de o indivíduo não conseguir lidar com conflitos no seu local de trabalho.

Por sua vez, os principais *stressors* identificados no estudo de Ongori e Agolla (2008) foram: (i) aumento da quantidade de trabalho; (ii) incerteza em relação ao futuro; (iii) má comunicação no interior das organizações; (iv) recursos insuficientes; e (v) conflitos. Excetuando a má comunicação e os recursos insuficientes, os restantes *stressors* coincidem com as conclusões de autores como Michie (2002) e Quick e Henderson (2016).

Atualmente, e de um modo geral, Forastieri (2016) considera que de forma a conseguir manter a competitividade, as organizações veem-se forçadas a reduzir o número de colaboradores. Assim, os trabalhadores que permanecem na organização poderão atravessar um processo de culpabilização, pelo facto de alguns dos seus colegas terem de a abandonar. Além disso, os trabalhadores que permanecem têm simultaneamente de lidar com incertezas e inseguranças no trabalho e com o facto de a possibilidade de progressão na carreira poder ser menor. Consequentemente, os colaboradores estão sujeitos a uma maior competição entre colegas, a expectativas mais elevadas em relação ao seu desempenho e a um maior número de horas de trabalho. Todos estes fatores contribuem para um ambiente de trabalho mais stressante (Forastieri, 2016).

Deste modo, conclui-se que, apesar de algumas divergências, verifica-se ao longo dos estudos uma apresentação de *stressors* semelhantes associados à origem do stresse ocupacional, que se podem relacionar entre si.

Os estudos anteriores baseiam-se na relação causal referente ao impacto das condições de trabalho na saúde mental dos colaboradores. Contudo, De Lange *et al.* (2004) alertam para o facto de a relação inversa também ser válida, ou seja, o estado de saúde mental dos trabalhadores também pode influenciar as suas condições de trabalho. Assim, estes autores defendem que a relação unidirecional estabelecida em investigações anteriores não descreve completamente todas as interações entre a saúde mental dos colaboradores e as suas condições de trabalho. Apesar de ser mais comum na literatura a presença de stresse ocupacional resultante de *stressors* especificamente associados ao trabalho, Narayanan *et al.* (1999) e Johnson *et al.* (2005) alertam para o facto de que causas externas ao ambiente de trabalho propriamente dito, como a vida familiar, também podem influenciar a ocorrência de stresse ocupacional.

## 2.6. Stresse em profissionais de saúde: o caso dos enfermeiros

A apresentação dos estudos e das perspetivas relativas ao stresse ocupacional em enfermeiros é realizada no presente subcapítulo, no qual são mencionados os principais *stressors* nestes profissionais de saúde, tendo em conta diversos fatores, como a especialidade em que exercem, a sua personalidade ou a sua situação familiar.

As profissões associadas aos cuidados de saúde caracterizam-se pela presença de elevados níveis de stresse (Koinis *et al.*, 2015). Contudo, “entre os profissionais da área da saúde, acredita-se que a enfermagem é a profissão mais stressante” (Pisanti *et al.*, 2011, p.830). Todavia, o nível e as causas do stresse experienciado pelos enfermeiros variam (Koinis *et al.*, 2015). Corroborando a perspetiva de Koinis *et al.* (2015), Foxall, Zimmerman, Standley e Bené (1990) verificaram que os enfermeiros que exercem em unidades de cuidados intensivos consideram que o facto de lidarem com a morte dos pacientes constitui a sua principal causa de stresse. Por outro lado, para os profissionais que trabalham noutros serviços, como os serviços cirúrgicos, a grande quantidade de trabalho é o principal fator apontado como causador de stresse.

Também De Boer *et al.* (2011) defendem a ideia de Koinis *et al.* (2015), salientando o facto de os enfermeiros e médicos que prestam cuidados continuados estarem constantemente expostos a situações em que os pacientes falecem ou se encontram gravemente doentes. Por isso, os autores consideram que estes profissionais estão mais predispostos a experienciar incidentes críticos, comparativamente aos médicos e enfermeiros que exercem funções noutros serviços. Um incidente crítico pode ser definido como um “evento repentino e inesperado que tem impacto emocional suficiente para influenciar as capacidades habituais e eficazes de *coping* de um indivíduo ou grupo e que causa *distress* psicológico significativo em pessoas normalmente saudáveis” (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003, p. 60). Trousselard *et al.* (2016) verificaram que os mesmos *stressors* identificados por De Boer *et al.* (2011), referentes ao falecimento dos pacientes e à gravidade da sua condição clínica, são também os que mais promovem a ocorrência de stresse nos enfermeiros de emergência.

Relativamente ao falecimento dos pacientes, Hasheesh, AboZeid, El-Said e Alhujaili (2013) defendem que os enfermeiros mais experientes tendem a lidar melhor com esse tipo de ocorrências e a adotar mais atitudes positivas no cuidado de doentes terminais do que os enfermeiros mais novos. Além disso, Chang (2018) acrescenta que os enfermeiros que exercem funções na área oncológica

conseguem gerir melhor o stresse associado à morte dos pacientes do que os enfermeiros de medicina geral.

Os enfermeiros que prestam cuidados em situações de emergência são frequentemente salientados na literatura como a classe de profissionais de saúde que experienciam mais eventos traumáticos (Pisanti *et al.*, 2011; Kowalenko *et al.*, 2013; Trousselard *et al.*, 2016). Yuwanich, Sandmark e Akhavan (2016) apontam como causas do stresse ocupacional em enfermeiros de emergência a sobrecarga de trabalho, as más relações entre os elementos da equipa, bem como o facto de os enfermeiros considerarem que o seu salário é demasiado baixo e que não lhes é concedida a oportunidade de melhorar as suas competências profissionais. Adriaenssens, de Gucht e Maes (2012) verificaram que o principal evento traumático com que os enfermeiros de emergência são confrontados diz respeito à morte súbita dos pacientes, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes. Seguidamente, o estudo destes autores identificou outros eventos que contribuem para o stresse dos enfermeiros como a exposição a vítimas de acidentes rodoviários gravemente feridas e mutiladas, o facto terem de lidar com o luto dos familiares dos doentes, bem como o confronto com situações perigosas ou potencialmente perigosas. Trousselard *et al.* (2016), através da aplicação do modelo de stresse ocupacional exigência-controlo-suporte social, concluíram que os enfermeiros de emergência experienciam níveis elevados de stresse. Segundo Pisanti *et al.* (2011), tais níveis de stresse conduzem a uma menor satisfação no trabalho, aumento da exaustão emocional e problemas a nível psicossomático. Estas consequências tendem a verificar-se quando o enfermeiro experiencia elevadas exigências e, em simultâneo, um baixo controlo sobre o trabalho e falta de suporte social (Trousselard *et al.*, 2016). Yuwanich *et al.* (2016), utilizando o modelo teórico de stresse ocupacional exigência-controlo de Karasek (1979), defendem que, por norma, o stresse nos profissionais de emergência se verifica como resposta ao desequilíbrio entre as exigências da função e o grau de controlo que possuem no trabalho.

Lukose e Azeez (2015) focam outra especialidade de enfermeiros, afirmando que os profissionais que exercem funções nos serviços psiquiátricos apresentam níveis de stresse mais elevados, relativamente aos enfermeiros de cuidados gerais. Os *stressors* estudados prendem-se com o facto de os enfermeiros atuarem como mediadores entre os pacientes e os médicos e, por isso, terem de realizar um número elevado de tarefas. Por sua vez, Vicente, Shadvar, Lepage e Rennick (2016) concluíram que os enfermeiros a exercer funções em unidades pediátricas ou de medicina geral tendem a apresentar um sentimento de impotência por terem de providenciar cuidados com qualidade, ao mesmo tempo que são confrontados com recursos limitados, falta de apoio e necessidade de

assumir múltiplas responsabilidades. No que diz respeito aos enfermeiros pediátricos, estes apresentam maiores níveis de stresse pelo facto de os seus pacientes consistirem em crianças.

Lukose e Azeez (2015) salientam o facto de as enfermeiras casadas experienciarem mais stresse do que as restantes, uma vez que além dos *stressors* associados à profissão, tendem a lidar com responsabilidades fora do local de trabalho, como o cuidado dos filhos e as tarefas domésticas. Complementando esta ideia, Kirkcaldy e Martin (2000) focam a ocorrência de diferentes níveis de stresse entre enfermeiros mais novos e mais velhos, afirmando que estes últimos tendem a experienciar mais stresse, associado a uma saúde psicológica mais debilitada. Tal como Lukose e Azeez (2015), Kirkcaldy e Martin (2000) justificam esta conclusão pelo facto de os enfermeiros mais velhos terem de desempenhar outros papéis em casa, ou seja, fora do local de trabalho. Laranjeira (2011), ao contrário de Lukose e Azeez (2015) e de Kirkcaldy e Martin (2000), verificou no seu estudo que os enfermeiros mais novos que trabalham em unidades de cuidados agudos experienciam níveis de stresse mais elevados. O trabalho nas unidades de cuidados agudos é considerado mais exigente em relação ao das restantes unidades, devido ao ritmo acelerado e à grande carga de trabalho. Assim, os enfermeiros mais experientes e com mais idade tendem a evitar exercer funções nessas unidades, acabando por ser os mais novos a realizá-las, o que permite justificar os elevados níveis de stresse que estes últimos experienciam.

Laranjeira (2011) estudou o stresse percebido por enfermeiros portugueses, concluindo que o facto de estes profissionais terem de lidar com a morte dos pacientes foi considerado o principal fator causador de stresse. Seguindo-se a esta causa, o stresse neste grupo de profissionais deve-se, também, à ocorrência de situações de emergência, às más relações no trabalho associadas à falta de apoio, à necessidade de lidar com exigências elevadas e à falta de colaboração por parte dos pacientes ou familiares.

Na literatura encontram-se vários artigos referentes à violência dos pacientes para com os profissionais de saúde e o seu impacto no stresse ocupacional por eles experienciado (e.g. Nolan *et al.*, 2001; Shiao *et al.*, 2010). No estudo de Magnavita e Heponiemi (2012), verificou-se que a categoria de profissionais de saúde mais exposta a violência física por parte dos pacientes são os enfermeiros, uma conclusão que foi justificada pelo facto de estes serem os profissionais que se encontram mais tempo em contacto direto com o paciente. Kowalenko *et al.* (2013) corroboram esta perspetiva, afirmando que os médicos se sentem mais seguros do que os enfermeiros no que diz respeito à possibilidade de sofrerem violência por parte dos pacientes. De acordo com Magnavita e Heponiemi (2012), como consequência da violência verbal a que os profissionais de saúde estão sujeitos, estes tendem a

percecionar falta de justiça organizacional e de apoio social por parte de colegas e supervisores, bem como níveis elevados de stresse ocupacional e a ocorrência de problemas psicológicos.

Koinis *et al.* (2015) defendem que não é suficiente compreender as causas gerais do stresse. Estes autores consideram que perceber as diferentes fontes de stresse dos profissionais de saúde que exercem em várias especialidades é de maior importância para que a gestão possa agir consoante as especificidades detetadas. Por isso, pode concluir-se que na investigação das causas do stresse em enfermeiros, um dos aspetos a considerar será a respetiva especialidade, uma vez que esta irá ditar as tarefas que o profissional tem de realizar e as situações com que tem de lidar. Esta visão é complementada por Michie (2002), autora que defende que o risco de cada indivíduo para o stresse é diferente, bem como a sua vulnerabilidade para experienciar os seus efeitos adversos. Assim, além das fontes de stresse serem diferentes dependendo da especialidade do profissional, cada indivíduo terá também a sua própria predisposição.

## 2.7. *Coping*

O presente subcapítulo, referente às estratégias de *coping*, inicia-se com a apresentação de definições associadas a este conceito. É também realizada a distinção entre estratégias de *coping* positivas e negativas e estratégias de *coping* de resolução de problemas ou baseadas nas emoções. Esta distinção revela-se pertinente, uma vez que as consequências da utilização de cada um dos tipos de estratégias são diferentes.

De acordo com Lowe e Bennett (2003), “o *coping* é geralmente considerado como sendo um processo através do qual o indivíduo tenta minimizar as emoções negativas que surgem da experiência de eventos negativos” (p.393), sendo que a perceção dessas emoções depende da avaliação cognitiva do evento em causa, realizada pelo indivíduo. Subramanian e Kumar (2012) consideram que as estratégias de *coping* representam “esforços específicos, tanto comportamentais como psicológicos, que as pessoas adotam para dominar, tolerar, reduzir, ou minimizar eventos stressantes” (pp. 55-56).

A importância dos processos de *coping* relativos ao stresse ocupacional deriva do facto de os colaboradores se encontrarem frequentemente stressados e tensos, o que acaba por ser prejudicial para o seu desempenho e bem-estar. Assim, de forma a evitar estas consequências negativas, os trabalhadores devem possuir as competências necessárias para lidar com o stresse associado ao trabalho (Rani & Yadapadithaya, 2018). Esta ideia é também defendida por Lazarus (1993), que considera que o stresse origina um relacionamento desfavorável entre o indivíduo e o ambiente.

Consequentemente, o indivíduo deve modificar essa relação através de estratégias de *coping* que, segundo o mesmo autor, permitem “alterar as nossas circunstâncias, ou como elas são interpretadas, para as fazer parecer mais favoráveis” (p.8). Gibbons, Dempster e Moutray (2011) consideram que as estratégias de *coping* possuem um “papel moderador e mediador” (p.626) na relação entre as fontes de stresse percebidas pelos enfermeiros e o potencial que estas possuem para desencadear uma das duas respostas ao stresse, nomeadamente *eustress* ou *distress*. Assim, o processo de *coping* acaba por influenciar os níveis de stresse ocupacional e o bem-estar dos profissionais (Gibbons *et al.*, 2011; Li *et al.*, 2017).

Lazarus e Folkman (1987) identificaram dois tipos de estratégias de *coping*, nomeadamente: (i) estratégias de resolução de problemas; e (ii) estratégias focadas na dimensão emocional. As estratégias de resolução de problemas podem ser também denominadas de “*coping* interno”, ao passo que as estratégias relativas às emoções consistem em “*coping* externo” (Chang *et al.*, 2006). Segundo Subramanian e Kumar (2012), as estratégias de resolução de problemas permitem melhorar situações stressantes através de ações postas em prática pelo indivíduo. Por outro lado, estratégias focadas nas emoções têm como objetivo o auxílio na gestão das consequências emocionais associadas ao stresse. De acordo com Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de resolução de problemas envolvem esforços cognitivos e estratégias comportamentais que são adotadas pelo indivíduo de forma a alterar/gerir a fonte do problema. Estas estratégias consistem em: (i) procura de informação; (ii) obtenção de ajuda por parte de outrem; (iii) inibição das ações; e (iv) ação direta sobre o problema. As estratégias focadas nas emoções dizem respeito a esforços cognitivos ou comportamentais que visam reduzir ou gerir o *distress* emocional que os indivíduos experienciam e podem consistir em: (i) tentar encontrar humor na situação; (ii) evitar a situação; (iii) distanciar-se do problema; e/ou (iv) culpabilizar-se a si mesmo ou aos outros.

Gellis (2002) defende que as estratégias de *coping* associadas à resolução dos problemas são consideradas mais úteis para lidar com o stresse ocupacional. Adriaenssens *et al.* (2012) corroboram a ideia, considerando que este tipo de estratégias, denominadas de “*coping* ativo”, estão associadas a menor fadiga e menor *distress* psicológico. De acordo com os autores, apenas as estratégias de *coping* focadas na resolução de problemas surtem efeitos positivos. Estas conclusões encontram-se de acordo com as de Welbourne *et al.* (2007). Folkman e Lazarus (1980) consideram que tanto as estratégias de resolução de problemas como as estratégias focadas nas emoções se encontram presentes em quase todos os eventos stressantes estudados pelos autores; sendo que de entre os 1332 episódios de *coping* analisados, se verificou a utilização de apenas uma estratégia em menos de 2% dos casos.

Assim, quando se trata de investigações relativas ao *coping*, este deve ser visto como um processo complexo que em quase todos os eventos deverá envolver simultaneamente estratégias de resolução de problemas e estratégias relativas à dimensão emocional.

Além disso, Folkman e Lazarus (1980) analisaram os padrões de *coping*, definidos como a proporção de estratégias focadas na resolução de problemas e na dimensão emocional utilizadas por cada indivíduo num evento específico. Segundo os autores, existe uma grande variabilidade nos padrões de *coping*, sendo que a estratégia utilizada varia bastante tendo em conta os fatores situacionais. Um dos fatores situacionais analisados foi o contexto, verificando-se que o contexto de trabalho se encontra associado a elevados níveis de *coping* baseado em estratégias de resolução de problemas, sendo este um resultado que apoia a perspectiva de Gellis (2002). Contudo, estas conclusões não invalidam o facto de existirem estratégias de *coping* relativas à dimensão emocional, ainda que em menor percentagem, envolvidas no processo.

Além da classificação apresentada, as estratégias de *coping* podem dividir-se em estratégias positivas ou negativas (Li *et al.*, 2017). As estratégias positivas consistem em procurar apoio por parte de familiares ou amigos ou adotar estratégias utilizadas por outras pessoas para lidar com problemas semelhantes. As estratégias de *coping* negativas dizem respeito à procrastinação, à dependência de outras pessoas para superar os problemas ou ao esforço realizado para os esquecer completamente.

Li *et al.* (2017), num estudo com uma amostra composta por enfermeiros chineses, concluíram que os participantes utilizam mais frequentemente estratégias de *coping* positivas do que negativas. Além disso, os autores verificaram que as estratégias positivas se encontram positivamente relacionadas com o desempenho no trabalho, e que se verifica o contrário relativamente às estratégias negativas. Assim, a adoção de estratégias positivas pode reduzir ou diluir os efeitos negativos que o stress provoca no desempenho dos profissionais. Contudo, Li *et al.* (2017) verificaram que, à medida que o stress ocupacional aumenta, a adoção de estratégias de *coping* negativas também aumenta, em detrimento das positivas.

Na literatura, destaca-se frequentemente a inteligência emocional como uma capacidade importante dos profissionais para lidar com o stress (e.g. Jung & Yoon, 2016; Rani & Yadapadithaya, 2018). De acordo com Salovey e Mayer (1990), a inteligência emocional é definida como “a capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções próprios e dos outros, de discriminar entre eles e utilizar essa informação para guiar os seus pensamentos e ações” (p.189). Moon e Hur (2011) e Nikolaou e Tsaousis (2002) defendem que os indivíduos que possuem um maior nível de inteligência emocional conseguem lidar mais facilmente com o stress ocupacional. Além disso, Ogińska-Bulik

(2005) concluiu que além da inteligência emocional auxiliar o indivíduo a lidar com o stresse, esta tem também um papel importante na prevenção das consequências negativas associadas a este, nomeadamente a depressão.

### 2.7.1. Estratégias de *coping* utilizadas por enfermeiros

Seguidamente são enunciadas e explicadas as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas pelos enfermeiros, sendo estas comparadas entre si em termos da sua utilidade e resultados.

Parikh *et al.* (2004) consideram que duas das estratégias de *coping* mais comuns são enfrentar/resolver os problemas e procurar suporte social. Outra estratégia, apontada por Parikh *et al.* (2004), consiste em evitar as situações que originam stresse, a qual é considerada por Bowman e Stern (1995) como uma estratégia com efeitos negativos no trabalho, contrariamente às anteriores. Também nos estudos de Welbourne *et al.* (2007) e de Adriaenssens *et al.* (2012), o evitamento dos problemas é identificado como apresentando consequências negativas. Num estudo realizado por Yuwanich *et al.* (2016), os enfermeiros envolvidos reportaram que, de forma a lidar com o stresse no seu local de trabalho, tendem a realizar mais intervalos, bem como a evitar a situação stressante e afastar-se dela, sendo que esta última corresponde a uma das estratégias identificadas por Parikh *et al.* (2004).

Numa perspetiva contrária à de Yuwanich *et al.* (2016), Isikhan, Comez e Danis (2004) concluíram que, em vez de se afastarem da situação, a maior parte dos participantes do seu estudo, i.e. enfermeiros que trabalham com pacientes oncológicos, adota como estratégia de *coping* uma abordagem dos problemas com autoconfiança, que se caracteriza por uma avaliação e resolução das situações independentes das condições e pela luta e defesa dos seus próprios direitos.

De acordo com Hasan e Tumah (2019), as estratégias de *coping* mais frequentemente mencionadas pelos enfermeiros foram: (i) lembrar-se de que o seu trabalho será apreciado pelos outros; (ii) confiar nas suas capacidades; (iii) discutir os problemas com os colegas à medida que estes emergem; (iv) sentir-se satisfeitos por acompanhar o processo de realização das tarefas até estas estarem completas; e (v) sentir-se úteis. As estratégias de *coping* menos frequentes foram: (i) planear atividades que não tenham a ver com o trabalho; (ii) ter um(a) parceiro(a) com quem possam socializar após o turno de trabalho; (iii) possuir uma vida pessoal estável e separada da vida profissional; (iv) supervisionar a equipa; e (v) desabafar com um amigo ou parceiro(a).

No estudo de Chang *et al.* (2006), a resolução planeada de problemas, o autocontrolo e a procura de apoio social consistiram nas estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas, tal como se verifica no estudo de Laranjeira (2011), realizado em Portugal. Contudo, Chang *et al.* (2006) salientam uma outra estratégia que surgiu nos seus resultados, que consiste num distanciamento do problema por parte do indivíduo, sendo que os enfermeiros tentam envolver-se o menos possível na situação, não a levar demasiado a sério e encontrar o seu lado positivo. Esta estratégia foi associada a um melhor estado de saúde mental. Por outro lado, o autocontrolo surge relacionado com uma saúde mental mais deteriorada, o que parece dever-se ao facto de os indivíduos não expressarem as suas frustrações e sentimentos.

Chang *et al.* (2006) e Laranjeira (2011) salientam nos seus estudos a importância do apoio no local de trabalho, de modo a melhorar o processo de *coping* dos enfermeiros. Esta perspetiva encontra-se de acordo com Chang (2018), que concluiu que o suporte social constitui o fator primário que permite aos enfermeiros lidar com a morte de pacientes.

## **2.8. Papel da administração e chefias na gestão do stresse dos colaboradores**

Neste subcapítulo procede-se à apresentação das perspetivas de vários autores relativamente ao papel da administração e dos colaboradores das organizações na gestão do stresse ocupacional. É enunciado o modelo *Total Stress Management* (McHugh & Brennan, 1993), de forma a ilustrar a importância da participação dos colaboradores no processo de gestão do stresse ocupacional. Além disso, são descritas iniciativas que devem ser levadas a cabo pelos administradores e chefias como medidas de diminuição ou prevenção do stresse ocupacional.

Devido aos *stressors* presentes nas organizações e ao conseqüente stresse ocupacional experienciado pelos colaboradores, verificam-se conseqüências no funcionamento e na produtividade da organização. A diminuição da produtividade da organização, promovida por elevados níveis de stresse ocupacional e conseqüente baixo desempenho do indivíduo no trabalho, traduz-se nas seguintes situações (Ongori & Agolla, 2008): (i) redução da eficiência das operações; (ii) aumento da rotatividade dos colaboradores; (iii) falta de motivação por parte dos trabalhadores; (iv) acidentes no trabalho; e (v) custos relacionados com os problemas de saúde dos funcionários. Tal como Ongori e Agolla (2008), Forastieri (2016) salienta a falta de motivação e o aumento da rotatividade dos colaboradores como conseqüências do stresse ocupacional acrescentando que, como resultado da

existência de riscos psicossociais no trabalho, se verifica: (i) maior absentismo; (ii) maior presentismo; (iii) más relações no trabalho; (iv) diminuição da satisfação no trabalho e da criatividade dos colaboradores; e (v) má imagem da organização para o público em geral.

Posto isto, visto que o stresse ocupacional se encontra negativamente relacionado com o desempenho no trabalho, considera-se que os gestores das unidades de saúde deverão dedicar uma maior atenção aos níveis de stresse dos seus colaboradores (Li *et al.*, 2017). Assim, Ongori e Agolla (2008) defendem que deverá prevalecer um paradigma que permita minimizar o impacto do stresse ocupacional nas vidas dos colaboradores das organizações. Além disso, quanto mais cedo os *stressors* e respetivas consequências forem detetados, melhor será para o desempenho da organização. Forastieri (2016) defende que, para que a prevenção do stresse ocupacional seja um processo bem-sucedido, deverá atuar-se na raiz do problema, ou seja, nas suas causas, tendo em conta que estas poderão, em certos casos, ser externas ao trabalho. Cooper e Cartwright (1994) partilham essa opinião, afirmando que a aprendizagem de técnicas de relaxamento ou de gestão do tempo apresenta a desvantagem de apenas permitir ao indivíduo lidar com as consequências do stresse, ao invés de atuar nas suas causas.

Segundo Florea e Florea (2016), “a gestão do stresse consiste numa série de ações e medidas que são implementadas de modo a reduzir o stresse organizacional e os seus efeitos” (p. 28). Singh (2016) salienta que, apesar de existirem vários modelos e medidas gerais que podem ser adotados pelas organizações para gerir o stresse dos colaboradores, cada uma deverá avaliar individualmente os níveis de stresse e as suas causas e agir conforme os resultados, uma vez que estes parâmetros variam entre organizações. Além disso, idealmente, a gestão deverá analisar cada colaborador, pois a reação de cada pessoa ao stresse é diferente (Florea & Florea, 2016). Assim, as medidas implementadas pela gestão no sentido de diminuir/prevenir o stresse ocupacional dependerão do tipo de *stressors* presentes, das estratégias de *coping* utilizadas pelos colaboradores e da própria cultura da organização (Cooper & Cartwright, 1994).

Florea e Florea (2016) afirmam que a organização pode enveredar por duas abordagens distintas no sentido de combater o stresse ocupacional, nomeadamente o “programa clínico” ou o “programa organizacional. No que diz respeito ao programa clínico, a organização seguirá a via médica tradicional, com o auxílio de profissionais especializados que diagnosticam os colaboradores de acordo com os seus sintomas, providenciam tratamento médico e supervisionam o tratamento. Além disso, este programa passa também pela prevenção, através da educação dos colaboradores acerca dos riscos da exposição ao stresse e dos passos que devem seguir para combater os *stressors*.

Relativamente ao programa organizacional, pretende-se identificar os *stressors* específicos da organização em causa e as alterações que estes provocam para, a partir dessa análise, atuar através de medidas como: (i) remodelação da estrutura organizacional; (ii) criação de grupos de trabalho independentes; (iii) elaboração de horários de acordo com as particularidades dos colaboradores; (iv) ou criação de espaços de relaxamento para os profissionais.

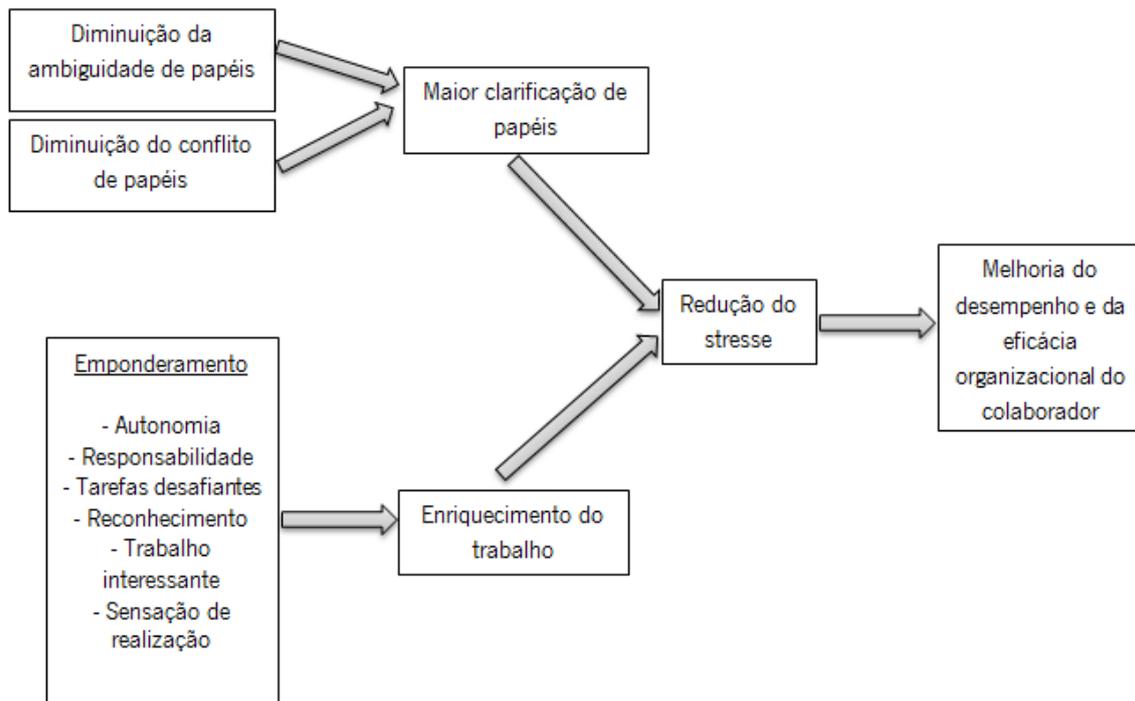
McHugh e Brennan (1993) também salientam a importância da gestão do stresse nas organizações, referindo um modelo que consideram útil para esse objetivo - o *Total Stress Management*. Com a utilização deste modelo pretende-se atingir níveis ótimos de stresse para todos os colaboradores da organização, permitindo melhorar os seus níveis de eficácia. O modelo é constituído por quatro fases, nomeadamente (McHugh & Brennan, 1992):

- Auditoria de stresse (*The stress audit*) – Nesta fase procede-se à identificação do problema, investigando-se quais os principais *stressors* presentes na organização e os custos associados.
- Reconhecimento (*Recognition*) – Esta fase tem como objetivo a consciencialização dos membros da organização em relação ao stresse que experienciam e o seu comprometimento na prevenção e gestão do problema. A ideia chave é a de que se os colaboradores estiverem devidamente sensibilizados para a temática, o diálogo referente aos níveis de stresse na organização e à identificação dos principais *stressors* e seus efeitos a nível organizacional e individual, será mais fácil.
- Treino (*Training*) – Nesta etapa desenvolve-se o treino propriamente dito dos colaboradores, no qual estes são expostos a técnicas de aprendizagem que lhes permitem identificar os fatores organizacionais e pessoais que contribuem para o stresse na organização.
- Avaliação (*Evaluation*) – Na fase final do modelo, o objetivo é recolher dados relativos aos níveis de stresse na organização após a aplicação das fases anteriormente enunciadas, bem como dos custos associados à implementação deste modelo. Posteriormente, os dados deverão ser comparados com os da fase inicial.

Através da aplicação do modelo *Total Stress Management*, é esperado que os membros da organização se tornem conscientes das causas e dos efeitos do stresse ocupacional e participem no processo de melhoria dos seus níveis, juntamente com os gestores (McHugh & Brennan, 1993).

Li *et al.* (2017) também defendem que, além dos gestores, os colaboradores, que no seu estudo consistem em enfermeiros, deverão participar no sentido de melhorar o seu desempenho no trabalho, gerindo a ocorrência de stresse ocupacional. No que diz respeito aos enfermeiros, é considerado que estes devem adotar estratégias de *coping* positivas para lidar com o stresse, que se encontram positivamente relacionadas com o desempenho no trabalho. Para isso, os gestores deverão criar um ambiente de trabalho que motive os enfermeiros nesse sentido. Assim, de acordo com Li *et al.* (2017), os gestores devem: (i) investigar e analisar as causas e os tipos de stresse ocupacional que os enfermeiros experienciam; (ii) auxiliar os enfermeiros a reconhecer o stresse e a encontrar as suas próprias estratégias de *coping*; (iii) elaborar planos detalhados de redução de stresse dos colaboradores; (iv) valorizar o trabalho dos enfermeiros, de modo a que estes se sintam úteis; (v) criar um ambiente de trabalho no qual os enfermeiros se sintam seguros; (vi) providenciar as infraestruturas adequadas, bem como outros recursos que sejam considerados necessários; (vii) contribuir para que a quantidade de trabalho dos enfermeiros seja adequada, evitando que estes atinjam níveis de exaustão; e (viii) apoiar os enfermeiros quando estes são confrontados com desafios. Além disso, os próprios gestores deverão possuir formação acerca da redução do stresse nas organizações e procurar instruir-se de forma autónoma relativamente ao tópico.

De acordo com Singh (2016), quando os colaboradores conhecem os detalhes da sua função na organização, estes acabam por assumir mais facilmente a responsabilidade pelas suas próprias ações. Além disso, se o colaborador considerar o seu trabalho enriquecedor, desafiante e interessante, provavelmente retirará maior satisfação dele. Assim, o papel da organização na gestão do stresse dos colaboradores passa pela clarificação das suas funções e enriquecimento do seu trabalho, como representado na Figura 3.



**Figura 3** Impacto da clarificação dos papéis e enriquecimento do trabalho dos colaboradores na redução do stresse, retirado de Singh, 2016, p. 23, traduzido pela autora

Em suma, a presença de stresse nos colaboradores poderá originar duas respostas: *eustress* e *distress* (Kupriyanov & Zhdanov, 2014). Relativamente ao trabalho que a gestão da organização deve desenvolver para combater o stresse ocupacional, Le Fevre *et al.* (2003) salientam que o facto de o indivíduo experienciar *eustress* ou *distress* depende da sua perceção em relação aos *stressors* com que é confrontado, que pode ser positiva ou negativa, respetivamente. Assim, os autores defendem que a gestão não deve assumir *a priori* quais os fatores do local de trabalho que provocam *distress* ou *eustress*. Pelo contrário, deve primeiramente agir no sentido de identificar o que os colaboradores percecionam como características positivas ou negativas do contexto de trabalho e atuar de acordo com essa interpretação.

### 3. Qualidade nas organizações de saúde

#### 3.1. Segurança do paciente

Relativamente à qualidade dos cuidados de saúde e à segurança do paciente, são apresentadas as relações existentes entre estas duas dimensões. Por um lado, apresenta-se a perspectiva de que estas não se influenciam diretamente. Por outro, verifica-se que determinados autores consideram que ambos os conceitos se encontram inevitavelmente associados. Posteriormente, apresenta-se a relação do conceito de segurança do paciente com a prática de erros.

De acordo com Mosadeghrad (2013), considera-se que existe qualidade em saúde quando é possível “consistentemente agradar ao paciente providenciando serviços de saúde eficazes, efetivos e eficientes de acordo com os padrões e as orientações clínicas mais recentes, que vão de encontro às necessidades dos pacientes e satisfazem os prestadores” (p. 215). Segundo Vincent (2010), a segurança do paciente é considerada uma dimensão da qualidade dos cuidados de saúde. Contudo, McFadden, Stock e Gowen (2015) apresentam uma abordagem distinta, defendendo que as duas dimensões não são intercambiáveis. Estes autores consideram que para melhorar a qualidade devem ser adotadas medidas especificamente associadas a esta que, segundo Shortell, Bennett e Byck (1998) se refletem numa “filosofia de melhoria contínua dos processos associados ao providenciamento de um bem ou serviço que satisfaz ou excede as expectativas do consumidor” (p. 594). Além disso, de acordo com McFadden *et al.* (2015), para melhorar a segurança do paciente devem ser implementadas iniciativas diretamente associadas a esta dimensão. Posto isto, os autores consideram que a implementação de iniciativas de qualidade não permite diretamente melhorar os resultados associados à segurança do paciente. Esta perspetiva é contraditória a muitos dos restantes estudos presentes na literatura, sendo que autores como Glickman *et al.* (2007) e Mosadeghrad (2013) defendem que a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança do paciente se encontram inevitavelmente associadas, corroborando a perspetiva de Vincent (2010).

De acordo com Wakefield e Jorm (2009), é difícil medir a segurança do paciente, pois não se consegue quantificar o dano provocado ao indivíduo. Vincent (2010) partilha a mesma opinião, sublinhando que a área dos cuidados de saúde possui características muito particulares. Este autor defende que a segurança do paciente é salvaguardada pelo profissional de saúde quando se evita, previne ou melhora os eventos adversos que podem decorrer da prestação de cuidados de saúde. Assim, pode considerar-se que a diminuição da segurança do paciente se verifica quando ocorrem

eventos adversos que se poderiam prevenir, ou seja, que decorrem exclusivamente dos cuidados que foram prestados ao paciente e não da sua condição inerente. Os eventos adversos incluem tanto os que causam efetivamente dano ao paciente como os que apenas possuem potencial para o fazer.

Um erro médico pode ser definido como “um ato não intencional (quer seja de omissão ou comissão) ou que não atingiu o resultado pretendido” (Leape, 1994, p. 1851). Após o Institute of Medicine (2000) ter concluído que os erros médicos fazem parte das cinco principais causas de morte nos Estados Unidos da América e que, por isso, colocam seriamente em causa a segurança do paciente, começou a verificar-se uma maior consciencialização da sociedade em relação à sua importância. Brennan *et al.* (2004) defendem, também, que os erros médicos representam uma ameaça à qualidade dos cuidados nas organizações de saúde, podendo originar graves consequências para a segurança do paciente.

Relativamente aos erros praticados por enfermeiros, Tucker (2004) defende que as “unidades hospitalares de enfermagem providenciam um contexto de investigação especialmente frutífero para pesquisar falhas operacionais” (p.153), cuja ocorrência poderá resultar em erros. Os erros de medicação consistem no tipo de erros mais frequentemente associados à segurança do paciente, verificando-se quando ocorre um desvio na medicação administrada pelo enfermeiro em relação à prescrição do médico (Mayo & Duncan, 2004). No estudo de Mayo e Duncan (2004) verificou-se que, segundo as perceções dos enfermeiros, as principais causas dos erros de medicação dizem respeito à sua distração, cansaço e exaustão, assim como à ilegibilidade da letra dos médicos. Além disso, apenas 45.6% dos participantes do estudo consideraram que todos os erros cometidos são reportados, sendo que a principal razão pela qual os enfermeiros não reportam os erros diz respeito ao receio relativamente às reações dos supervisores e colegas. Os erros de medicação referidos apresentam resultados diretos, como os danos provocados ao paciente e os custos em saúde associados, e resultados indiretos, nomeadamente as consequências para os enfermeiros em termos da sua reputação profissional e autoconfiança (Mayo & Duncan, 2004).

Apesar de a prática de erros consistir numa componente importante da segurança do paciente e, conseqüentemente, da qualidade dos cuidados prestados (Institute of Medicine, 2000; Brennan *et al.*, 2004), no estudo de Yuwanich *et al.* (2016) verificou-se que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde não foi apenas baseada nos erros percecionados pelos profissionais. No seu estudo, os enfermeiros salientam que, quando se encontram mais cansados e stressados, acabam por apenas focar a sua prestação de cuidados nas necessidades físicas dos pacientes. Assim, a componente de interação pessoal com o doente, característica da sua profissão, recebe uma menor atenção, sendo

que os profissionais consideram que esse fator também influencia negativamente a qualidade dos cuidados prestados.

McFadden *et al.* (2015) concluem que as unidades de saúde têm vindo a ser pressionadas para demonstrar melhorias relativamente à ocorrência de erros, à qualidade dos processos e aos resultados associados à segurança dos pacientes. Assim, os autores defendem que estas áreas constituem os principais problemas atuais ao nível dos cuidados de saúde.

### 3.2. Fatores que influenciam a segurança do paciente

Neste subcapítulo procede-se à descrição dos fatores que influenciam a segurança do paciente, explorando-se a sua relação com a ocorrência de stress ocupacional.

Segundo o Institute of Medicine (2004), o ambiente de trabalho dos enfermeiros exerce uma grande influência no seu desempenho e, conseqüentemente, no resultado dos serviços prestados aos pacientes.

Tomazoni *et al.* (2017) concluíram, no seu estudo, que do ponto de vista dos profissionais de saúde, os médicos e enfermeiros reconhecem a importância de providenciar cuidados de saúde seguros aos pacientes. Além disso, os profissionais avaliados consideram que devem ser identificados os principais fatores que influenciam negativamente a segurança do paciente que, na sua opinião incluem:

- Condições do ambiente de trabalho desfavoráveis;
- Indisponibilidade dos materiais necessários para os tratamentos;
- Falta de profissionais para providenciar todos os cuidados.

Relativamente às condições de trabalho, Kirwan, Matthews e Scott (2013) e Lake *et al.* (2016) defendem que estas exercem uma grande influência ao nível da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do paciente. Assim, a organização deverá agir no sentido de criar um bom ambiente de trabalho para os enfermeiros (Cho *et al.*, 2015; Olds *et al.*, 2017). De modo a enfatizar a importância deste tópico, destaca-se o estudo de Cho *et al.* (2015), no qual se verificou que boas condições de trabalho contribuem para a redução da mortalidade dos pacientes. Além disso, no estudo de Cooper e Marshall (1976), as más condições de trabalho foram consideradas um dos cinco principais fatores

causadores de stress ocupacional. Deste modo, a relevância deste tópico torna-se evidente no que diz respeito à relação entre o stress e a segurança do paciente.

Corroborando as conclusões de Tomazoni *et al.* (2017) relativamente à indisponibilidade dos materiais necessários para os tratamentos, Eriksson, Gellerstedt, Hillerås e Craftman (2017) salientam que a falta de equipamentos e materiais adequados contribuem, na perceção dos enfermeiros de emergência, para a falta de segurança dos pacientes. Além disso, no estudo de Eriksson *et al.* (2017), os enfermeiros acrescentam que a falta de espaço para acomodar os pacientes conduz a situações com um risco acrescido, nomeadamente pelo facto de estes terem de utilizar os mesmos estabelecimentos sanitários, facilitando a transmissão de infeções.

Também no que diz respeito à falta de equipamentos e materiais, Tucker (2004) refere que se torna difícil os enfermeiros possuírem todos os materiais, informações e serviços disponíveis sempre que necessário por dois motivos: (i) os enfermeiros dependem grandemente do papel de outros funcionários do hospital, como os do serviço alimentar, farmacêuticos, médicos e técnicos de laboratório; e (ii) o seu trabalho é bastante imprevisível, nomeadamente no que diz respeito às condições de saúde dos pacientes e às suas respostas aos tratamentos. De acordo com o autor, estes fatores poderão conduzir a “falhas operacionais”, definidas como “um problema no suprimento de informação, material, equipamento, ou serviços que interrompem o trabalho dos enfermeiros” (p.155). No estudo de Tucker (2004), constatou-se que 9% do tempo de trabalho destes profissionais foi utilizado para resolver as falhas verificadas, o que resultou na interrupção da sua concentração, atrasos no tratamento dos pacientes, desperdício dos recursos do hospital e colocação dos pacientes em risco. O facto de existirem recursos insuficientes foi destacado por Ongori e Agolla (2008) e Vicente *et al.* (2016) como um *stressor* que influencia o desempenho dos profissionais.

O último ponto focado no estudo de Tomazoni *et al.* (2017) consiste na falta de profissionais. Relativamente a este tópico e ao conseqüente aumento do número de pacientes a tratar por cada enfermeiro, Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013) concluíram que o aumento da carga de trabalho diminui a segurança do paciente, utilizando como indicadores o número de quedas de camas e a ocorrência de infeções. Eriksson *et al.* (2017) também destacam a elevada quantidade de trabalho com que cada enfermeiro tem de lidar, que se deve em parte à falta de profissionais, como um fator que influencia a segurança dos pacientes, principalmente dos doentes mais velhos, que necessitam de mais atenção e cuidados mais frequentes. Aiken, Clarke e Sloane (2002) avaliaram as condições de trabalho dos enfermeiros num estudo realizado em vários países, nomeadamente Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra e Escócia, sendo que um dos fatores considerados consistiu no rácio

enfermeiro/paciente nos diferentes turnos. Os autores verificaram que os profissionais tendem a perceber que prestam cuidados com menor qualidade quando existem poucos enfermeiros para todos os pacientes a necessitar de tratamento (devido ao facto de o rácio enfermeiro/paciente não ser adequado). Cho *et al.* (2015) corroboram esta conclusão, defendendo que um elevado número de pacientes por enfermeiro se encontra associado a taxas de mortalidade dos pacientes mais elevadas. Hall, Doran e Pink (2004) acrescentam que quanto menor a proporção de enfermeiros numa unidade de cuidados, maior é o número de erros de medicação e de infeções de feridas dos pacientes. O grande volume de trabalho é largamente discutido na literatura como um dos principais *stressors* associados ao stresse ocupacional (Cooper & Marshall, 1976; Ongori & Agolla, 2008; Yuwanich *et al.*, 2016).

Aiken *et al.* (2002) acrescentam um outro fator que influencia negativamente a segurança dos pacientes, que consiste na falta de apoio na organização. No seu estudo, os profissionais percebem uma menor qualidade dos cuidados por eles prestados quando consideram que recebem menos apoio por parte dos órgãos de gestão da organização. Este facto pode ser relacionado com o modelo de stresse ocupacional exigência-controlo-suporte social, no qual o stresse se verifica quando os profissionais sentem que não têm liberdade de decisão na organização nem apoio por parte dos colegas e supervisores (Pisanti *et al.*, 2011). Michie (2002) e Leka *et al.* (2003) destacam também este *stressor* nos seus estudos.

O número de horas de trabalho é outro fator frequentemente identificado como uma das principais causas da diminuição da segurança do paciente (e.g. Josten, Ng-A-Tham & Thierry, 2003; Trinkoff *et al.*, 2011; Griffiths *et al.*, 2014). Segundo Griffiths *et al.* (2014), as constantes trocas de turnos são improdutivas para a organização e a passagem de informação entre os enfermeiros dos diferentes turnos pode originar erros. Assim, de modo a diminuir as trocas entre turnos, tem-se verificado uma maior tendência em adotar turnos cada vez mais longos, de 12 horas, ao invés das habituais oito horas, em países como a Holanda, Inglaterra, Irlanda e Polónia (Josten *et al.*, 2003; Griffiths *et al.*, 2014), fazendo com que os profissionais de saúde trabalhem mais horas por dia. Contudo, este horário de trabalho dos enfermeiros não permite que os profissionais usufruam de tempo suficiente fora do trabalho e encontra-se associado a uma maior mortalidade dos pacientes e, por isso, a uma redução da sua segurança (Trinkoff *et al.*, 2011). Complementando esta perspetiva, Geiger-Brown *et al.* (2012) afirmam que turnos de 12 horas não permitem que os enfermeiros recuperem devidamente das longas horas de trabalho, contribuindo para um estado de maior cansaço. Além da falta de descanso poder prejudicar a saúde dos enfermeiros, pode também contribuir para

problemas ao nível do seu desempenho, os quais se podem traduzir em erros. Relativamente a este fator com influência na segurança dos pacientes, Michie (2002) e Leka *et al.* (2003) consideram que as longas horas de trabalho e a falta de pausas se encontram, entre outros fatores, na origem do stresse ocupacional.

## 4. Apresentação do estudo

Seguidamente, apresentam-se a problemática da investigação e os seus objetivos, bem como a metodologia, o método de estudo e a técnica de amostragem utilizados. Neste capítulo descrevem-se ainda os passos levados a cabo na análise dos dados recolhidos e procede-se à caracterização da instituição e da amostra do estudo.

### 4.1. Problemática da investigação e objetivos do estudo

O tema da investigação incide sobre o stresse ocupacional na classe profissional dos enfermeiros e as suas implicações na segurança dos pacientes. Segundo Laranjeira (2011), tem-se verificado uma especial preocupação em relação às consequências do stresse nesta classe de profissionais de saúde. Gelsema *et al.* (2006) também salientam o facto de existir uma relação mútua entre a saúde dos enfermeiros e as mudanças no ambiente de trabalho que propiciam a ocorrência de stresse ocupacional. Além disso, de acordo com Vincent (2010), a segurança do paciente é considerada uma dimensão da qualidade dos cuidados de saúde. Atualmente, a qualidade é vista como algo que diferencia as organizações e, por isso, pode ser considerada uma vantagem competitiva (Mosadeghrad, 2014). Assim, é importante assegurar que os serviços prestados nas organizações de saúde são adequados e seguros, considerando-se pertinente perceber a influência que o stresse dos enfermeiros pode exercer ao nível do seu desempenho profissional.

Posto isto, o problema de investigação consiste em compreender quais os principais fatores que contribuem para o stresse em enfermeiros e o impacto deste fenómeno na segurança dos pacientes. Além disso, também se pretendeu perceber de que forma os enfermeiros lidam com o stresse que experienciam, isto é, quais as estratégias de *coping* que utilizam. O problema de investigação envolve ainda a identificação das medidas implementadas na organização que permitem evitar ou reduzir a ocorrência de stresse ocupacional e as recomendações dos enfermeiros relativamente a este tópico. Atendendo à problemática em causa e à revisão de literatura realizada, definiram-se as seguintes questões de partida:

- Segundo a perceção dos enfermeiros, quais os principais *stressors* presentes no seu local de trabalho?

- Em que medida os enfermeiros consideram que o stresse por eles experienciado conduz a uma diminuição da segurança dos pacientes?
- Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o stresse ocupacional?
- Na perspetiva dos enfermeiros, qual é a relevância do papel da administração e das chefias na diminuição ou prevenção do stresse ocupacional e quais as medidas implementadas na instituição com esse propósito?
- Que medidas devem ser adotadas pela organização no sentido de diminuir ou prevenir o stresse ocupacional?

Com base nas questões de partida, os objetivos definidos para o estudo são os seguintes:

- Identificar e descrever os fatores que contribuem para o stresse em enfermeiros, segundo a perceção destes profissionais;
- Descrever e compreender as estratégias de *coping* adotadas por enfermeiros;
- Analisar a perceção dos enfermeiros a respeito do impacto do stresse na qualidade dos cuidados de saúde por eles prestados, nomeadamente no que diz respeito à prática de erros e à segurança dos pacientes;
- Identificar as medidas implementadas na organização com o objetivo de diminuição ou prevenção do stresse ocupacional e avaliar a sua eficácia, na perceção dos enfermeiros;
- Identificar medidas recomendadas pelos entrevistados através das quais a organização poderá melhorar a prevenção do stresse ocupacional nos enfermeiros.

#### **4.2. Metodologia do estudo**

A investigação foi conduzida através do paradigma fenomenológico, com o objetivo de gerar dados qualitativos. Segundo Pope e Mays (1995), “as técnicas qualitativas, como a observação, entrevistas aprofundadas e grupos de foco (...) podem ser usadas para providenciar uma descrição e compreensão de uma situação ou comportamento” (p. 44). Sutton e Austin (2015) clarificam que o papel do investigador na pesquisa qualitativa consiste em procurar aceder aos pensamentos e

sentimentos dos participantes do estudo. Narayanan *et al.* (1999) afirmam que muitos investigadores procuram utilizar métodos qualitativos para estudar o stress ocupacional, pois estes permitem obter uma avaliação realizada pelo próprio indivíduo relativamente às experiências stressantes que este vivencia no seu local de trabalho. Além disso, Shortell (1999) e Bowling (2002) defendem que as técnicas qualitativas têm vindo a ser cada mais utilizadas em investigações no âmbito dos serviços de saúde, sendo que, de acordo com Sofaer (1999), estas caracterizam-se por descrever várias interações complexas, nomeadamente entre os pacientes, famílias e clínicos, bem como entre grupos profissionais e as organizações.

De acordo com Magilvy e Thomas (2009), uma vez que na pesquisa qualitativa os dados são obtidos através de entrevistas pessoais, grupos de foco, observação, notas de campo ou participação em eventos e reflexões acerca dessa participação, o investigador constitui o instrumento de pesquisa, sendo que este deverá pôr de parte ideias pré-concebidas relativamente ao tema em estudo.

Através da revisão de literatura realizada no presente estudo, verifica-se que a quantidade de estudos qualitativos referentes ao stress ocupacional e à segurança do paciente é escassa, tanto no contexto nacional como internacional, aspeto que eleva a pertinência da utilização do paradigma fenomenológico em investigações neste âmbito.

Segundo Sofaer (1999), os métodos qualitativos são úteis para: (i) providenciar informação rica relativa a fenómenos complexos; (ii) acompanhar eventos únicos e inesperados; (iii) apreender a experiência e a interpretação de eventos realizada por diversas pessoas com papéis distintos; (iv) dar visibilidade a indivíduos que raramente são ouvidos, por exemplo, que se encontram num nível hierárquico inferior na organização; (v) realizar estudos iniciais para, mais tarde, desenvolver teorias e hipóteses; e (vi) conduzir pesquisas no sentido de encontrar explicações para os fenómenos. Segundo a autora, uma das grandes vantagens da pesquisa qualitativa consiste na possibilidade de compreender “como” e “por que razões” diferentes indivíduos interpretam os mesmos eventos de formas diferentes e, muitas vezes, contraditórias. Além disso, Sofaer (1999) defende que “a melhor pesquisa qualitativa é sistemática e rigorosa” (p.1101), de modo a reduzir erros e evitar tendências, ao mesmo tempo que permite originar evidências que contradigam as hipóteses emergentes ou iniciais.

A pesquisa qualitativa incentiva a uma descrição rica dos fenómenos, nomeadamente a análise e explicação de realidades e relações importantes que, eventualmente, passariam despercebidas em estudos quantitativos, os quais tendem a focar-se no que é possível quantificar e no que o investigador já sabe pôr em prática. Assim, a pesquisa qualitativa permite a compreensão de fenómenos complexos, dinâmicos e multidimensionais como um todo, algo que se revela mais difícil com a

utilização de métodos quantitativos, cujo propósito consiste em tornar os fenómenos mais fáceis de manusear, traduzindo-os em elementos de um panorama conceptual geral (Sofaer, 1999).

Com base nas reflexões apresentadas, foi considerado que a utilização de métodos qualitativos no presente estudo permitiria descrever, de forma mais aprofundada e através das perceções dos participantes, as causas do stresse nos enfermeiros do estudo e a relação do stresse com a segurança dos cuidados por eles prestados.

Quanto ao seu propósito, a investigação pode primeiramente ser considerada exploratória, uma vez que numa fase inicial se pretende obter conhecimento na área em questão, relativamente a diferentes ideias e perspetivas acerca do tema. Uma pesquisa descritiva pretende descrever os fenómenos tal como eles são e uma pesquisa analítica envolve uma análise mais crítica dos resultados (Kothari, 2004). A presente investigação apresenta um carácter descritivo, pois dois dos seus objetivos consistem em descrever as causas do stresse em enfermeiros e a forma como estes profissionais lidam com o fenómeno. Trata-se, ainda, de uma investigação analítica, uma vez que, além da descrição dos aspetos referidos anteriormente, foi analisada a relação entre o stresse e a segurança dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

No presente estudo, a unidade concreta a explorar consiste numa instituição de saúde privada e nos enfermeiros que nela trabalham. Foi escolhida uma instituição de saúde privada para a realização deste estudo pelo facto de o número de investigações em Portugal relativas a este tema em hospitais privados ser reduzido. Assim, verifica-se uma necessidade de investigação nesta área. Segundo Aiken *et al.* (2002), os enfermeiros encontram-se numa comunicação constante com os gestores, médicos e restantes profissionais de saúde, estando presentes em praticamente todos os serviços do hospital, a exercer variadas funções, o que pode tornar-se especialmente stressante e desafiante. Também Gelsema *et al.* (2006) salientam o facto de a profissão dos enfermeiros consistir na realização de atividades bastante diversas num curto espaço de tempo. Posto isto, esta classe profissional foi considerada a mais pertinente para o estudo.

Nesta investigação, visa-se comparar as suas conclusões com as de estudos realizados anteriormente, de modo a contribuir para o desenvolvimento teórico da área em estudo. Trata-se, por isso, de uma pesquisa indutiva.

### 4.3. Recolha de dados e amostragem

Numa investigação referente ao stress ocupacional, Laranjeira (2011) recomenda que, neste tipo de estudos, se realize uma análise mais pessoal. Assim, este autor aconselha a aplicação de entrevistas em investigações futuras, em detrimento de questionários. Tong, Sainsbury e Craig (2007) apresentam uma perspetiva semelhante, afirmando que através das entrevistas é possível abordar os tópicos mais pertinentes para a investigação e explorar temas mais pessoais e sensíveis, como é o caso do stress. Na presente investigação os dados foram, portanto, recolhidos através de entrevistas, permitindo o estudo do tema numa perspetiva mais associada aos pensamentos, sentimentos e perceções dos indivíduos. Para definir o número de entrevistados, utilizou-se o princípio da saturação, que consiste em entrevistar participantes até ao ponto em que se considere que a realização de novas entrevistas não compensa, pelo facto de estas já não resultarem na obtenção de informações e perspetivas suficientemente diferentes e relevantes para o estudo (Suri, 2011). As entrevistas realizadas foram apoiadas num guião de entrevista semiestruturado, o qual ofereceu uma maior liberdade para conduzir as conversas com os participantes de acordo com as respostas que surgiam, bem como para alterar a ordem inicial das questões (Tong *et al.*, 2007). As questões foram abertas, dando liberdade de resposta aos entrevistados, sem interrupções ou desvios. O Apêndice 1 apresenta o guião de entrevista. Este foi construído tendo em conta os objetivos do estudo e a revisão de literatura.

A autorização para a realização das entrevistas foi obtida através do envio de um *e-mail* e posterior reunião com o enfermeiro diretor do hospital, na qual se discutiram o estudo e os seus objetivos, tendo sido apresentado o guião de entrevista. As entrevistas foram realizadas entre 11 e 28 de fevereiro de 2019. O tempo de realização de cada entrevista variou entre 11 e 37 minutos. As entrevistas foram efetuadas de forma presencial e gravadas em sistema áudio, tendo sido obtido o consentimento informado de todos os participantes e garantindo-se o seu anonimato. Na apresentação e discussão dos resultados foi atribuído um nome próprio estrangeiro a cada inquirido, para que a sua identidade permanecesse anónima. Antes da aplicação de cada entrevista foram explicados ao participante o contexto e os objetivos do estudo.

A técnica de amostragem utilizada foi a amostragem não aleatória não intencional. A seleção dos enfermeiros participantes e o agendamento das entrevistas foram realizados pelo enfermeiro diretor, de acordo com a disponibilidade da equipa de enfermagem.

Realizaram-se 16 entrevistas, que corresponde ao número de entrevistas a partir do qual se considerou ter sido atingida a saturação da informação, pelo facto de as respostas dos últimos

entrevistados conterem informações repetidas ou que não acrescentaram conteúdo rico à investigação. Após a recolha dos dados, as entrevistas foram integralmente transcritas e, recorrendo ao *software* “NVivo 11”, realizou-se uma análise de conteúdo, de forma a organizar os dados em categorias lógicas, bem como a estabelecer e explicar ligações entre as categorias ou dentro das mesmas (Mosadeghrad, 2014). As categorias temáticas, respetivas dimensões de análise, indicadores e ocorrências encontram-se descritos nas grelhas de análise, que guiaram a estrutura da apresentação e discussão dos resultados (Tabelas 2, 3, 4, 5, 6 e 7). A análise de conteúdo realizada consistiu numa análise diretiva, tendo em conta que se baseou na teoria já existente relativamente ao tema para construir parte das categorias utilizadas na análise. Deste modo, inicialmente, pré-determinaram-se categorias com o auxílio de estudos já realizados, nas quais se incluíram as passagens das entrevistas. As restantes passagens que não se incluíam em nenhuma das categorias iniciais foram agregadas em novas categorias (Hsieh & Shannon, 2005). Após a agregação das passagens das entrevistas nas categorias temáticas e dimensões de análise, os dados foram confrontados entre si, bem como com a informação obtida com a revisão de literatura, de forma a elaborar uma discussão dos resultados rica e que refletisse as diferentes perspetivas dos entrevistados.

#### **4.4. Caracterização da instituição e da amostra**

O hospital em estudo trata-se uma instituição de saúde privada, situada no norte do país. A amostra do estudo foi constituída por 16 enfermeiros a exercer funções na instituição de saúde em questão. Os enfermeiros entrevistados têm idades compreendidas entre os 23 e os 41 anos. Apenas dois dos entrevistados têm menos de 30 anos e um enfermeiro tem mais de 40 anos. Além disso, 12 entrevistados são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Quanto ao seu estado civil, quatro entrevistados são solteiros e os restantes 12 estão em união de facto ou casados. Quase metade dos inquiridos tem dois filhos, sendo que este é o número máximo de filhos dos elementos da amostra. Os restantes profissionais têm um filho ou nenhum.

Relativamente ao regime de trabalho, 15 inquiridos trabalham na instituição a tempo integral, sendo que deste número dois enfermeiros encontram-se a recibos verdes e outros dois estão a beneficiar no presente de redução de horário. Apenas uma entrevistada trabalha em regime de tempo parcial no hospital.

Em relação à antiguidade dos enfermeiros na instituição, apenas quatro dos elementos pertencentes à amostra se encontram na instituição há menos de um ano. Os dois enfermeiros da amostra com mais antiguidade exercem funções no hospital há 12 anos.

Foram entrevistados enfermeiros que desempenham funções em diversas especialidades, nomeadamente: (i) internamento; (ii) bloco operatório; (iii) medicina interna; (iv) atendimento permanente; (v) análises clínicas; (vi) apoio a sinistrados; (vii) neonatologia; e (viii) gastroenterologia. Contudo, pelo facto de se tratar de uma instituição de saúde de pequena dimensão, os enfermeiros não estão unicamente alocados a uma especialidade do hospital, pelo que para a maior parte dos profissionais a especialidade em que exercem é rotativa e estes acabam por prestar cuidados na maioria dos serviços do hospital.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos 16 entrevistados.

**Tabela 1** Caracterização da amostra do estudo

Entrevistado	Idade	Sexo	Estado civil	Número de filhos	Antiguidade na instituição	Regime de trabalho
<u>Alexa</u>	23	Feminino	Solteira	0	9 meses	Tempo integral (recibos verdes)
<u>Sarah</u>	32	Feminino	Casada	1	1 ano e 5 meses	Tempo integral
<u>Danielle</u>	27	Feminino	Solteira	0	5 anos	Tempo integral
<u>Josh</u>	33	Masculino	Casado	2	1 mês	Tempo integral (recibos verdes)
<u>Marie</u>	37	Feminino	União de facto	2	2 anos e 6 meses	Tempo integral (redução de horário)
<u>Anne</u>	34	Feminino	Casada	2	9 meses	Tempo integral
<u>Rose</u>	33	Feminino	União de facto	1	4 anos	Tempo integral (redução de horário)
<u>Amy</u>	34	Feminino	Solteira	0	9 anos	Tempo integral
<u>Stephanie</u>	34	Feminino	Casada	0	2 anos	Tempo integral
<u>Theresa</u>	30	Feminino	União de facto	0	3 anos e 6 meses	Tempo integral

<u>Paul</u>	36	Masculino	Casado	2	11 anos	Tempo integral
<u>Michael</u>	36	Masculino	Solteiro	0	3 anos	Tempo integral
<u>Louis</u>	34	Masculino	Casado	2	12 anos	Tempo integral
<u>Casey</u>	34	Feminino	Casada	2	2 anos	Tempo parcial
<u>Katherine</u>	41	Feminino	Casada	2	12 anos	Tempo integral
<u>Nathalie</u>	32	Feminino	Casada	1	6 anos	Tempo integral

## 5. Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo procede-se à apresentação e discussão dos resultados, obtidos através da análise das entrevistas realizadas. A sua organização teve por base as categorias temáticas e respetivas dimensões de análise, construídas de acordo com a revisão de literatura e os dados resultantes da aplicação das entrevistas.

### 5.1. Fatores causadores de stresse

No presente subcapítulo serão apresentados os fatores decorrentes do trabalho na instituição que, segundo os entrevistados, conduzem ao stresse. Os *stressors* experienciados pelos enfermeiros revelaram-se muito diversificados, como sintetiza a Tabela 2:

**Tabela 2** Fatores causadores de stresse

<b>Categoria temática</b>	<b>Dimensão de análise</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Stresse</b>	<b>Fatores causadores de stresse</b>	Interação com os superiores hierárquicos	Alexa, Sarah, Anne, Stephanie, Theresa, Katherine
		Relacionamento com os médicos e restantes colegas de trabalho	Rose, Nathalie, Marie, Michael
		Grande volume de trabalho	Rose, Danielle, Theresa, Nathalie
		Exigências dos doentes e familiares	Alexa, Rose, Stephanie, Nathalie, Marie
		Conflitualidade de papéis	Alexa, Rose
		Fatores externos ao trabalho	Marie, Rose
		Fatores inerentes à profissão	Josh, Sarah, Amy, Stephanie, Anne
		<i>Stressors</i> associados ao serviço de cirurgia	Michael, Sarah, Danielle, Nathalie
		Funções associadas ao serviço de atendimento permanente (urgências)	Josh
		Trabalho com bebés e crianças	Casey

Os *stressors* enunciados pelos entrevistados e as respetivas citações são descritos de seguida:

### 5.1.1. Interação com os superiores hierárquicos

Os entrevistados afirmam que este é um dos principais *stressors* presentes no seu dia a dia, essencialmente pelo facto de trabalharem num hospital de pequena dimensão, no qual um dos administradores é médico diretor do serviço de medicina, o que implica que este trabalhe em permanente contacto com os enfermeiros. Os profissionais, por sua vez, sentem que o seu trabalho está constantemente a ser supervisionado e avaliado. As seguintes citações pretendem ilustrar esta ideia:

*O facto de ser uma instituição privada e lidarmos diretamente com os nossos patrões e donos do hospital, (...) o diretor do serviço de medicina é nosso patrão e neste caso trabalhamos diretamente com ele.* (Theresa)

*Aqui temos o fator dos patrões, (...) constantemente eles estão a vigiar o nosso trabalho.* (Stephanie)

O *stressor* referente à interação com os superiores é uma das cinco fontes principais de stresse ocupacional apresentadas por Cooper e Marshall (1976). Além disso, Michie (2002) e Leka *et al.* (2003) defendem que os profissionais que sentem que não têm apoio ou reconhecimento por parte das chefias tendem a apresentar maiores níveis de stresse, o que se encontra de acordo com o modelo exigência-controlo-suporte social (Pisanti *et al.*, 2011). Assim, verifica-se que a relação com as chefias é um fator determinante na experiência de stresse pelos colaboradores.

### 5.1.2. Relacionamento com os médicos e restantes colegas de trabalho

Alguns entrevistados consideram que o facto de terem de alinhar as suas ideias com as dos médicos e restantes colegas enfermeiros se torna stressante, devido às diferentes perspetivas e métodos de trabalho de cada um. Relativamente a este tópico, os profissionais teceram as seguintes considerações:

*A relação enfermeiro-médico internista. Às vezes há situações que conseguem-nos gerar algum stresse. No cirúrgico, como se trabalha com muitos médicos, cada médico tem a sua forma de trabalhar, só*

*mesmo com o tempo é que a gente vai conhecendo os médicos e a forma de eles trabalharem e acabamos por conseguir gerir o nosso stresse. (Nathalie)*

*A nível interpessoal às vezes há colegas com quem não alinhamos bem a nível de organização de trabalho. (Marie)*

Os relacionamentos no trabalho correspondem a uma das cinco fontes principais de stresse no modelo de Cooper e Marshall (1976). Neste modelo, os autores englobam na fonte de stresse referente aos relacionamentos no trabalho as interações quer com os colegas quer com os superiores hierárquicos. No presente estudo verifica-se a mesma perspetiva, sendo que, além da interação com os superiores, referida no ponto anterior, os enfermeiros salientam o facto de nem sempre ser possível trabalhar em sintonia com os médicos ou lidar com certos colegas de trabalho, pelo que consideram que ambos os fatores constituem fontes de stresse. As relações interpessoais são também focadas na literatura por autores como Leka *et al.* (2003). Além disso, Quick e Henderson (2016) destacam que, do seu ponto de vista, a terceira principal causa do stresse ocupacional consiste no facto de o indivíduo não conseguir lidar com conflitos no seu local de trabalho, destacando-se assim a importância das relações interpessoais como *stressors* para os profissionais.

### **5.1.3. Grande volume de trabalho**

Os entrevistados realçaram que os picos ao nível de número de doentes constituem fatores desestabilizadores na sua rotina e, conseqüentemente, originam stresse. A ocorrência de momentos caracterizados por um volume de trabalho superior ao normal durante o serviço foi essencialmente identificada no piso cirúrgico, como se depreende pelos seguintes excertos:

*Por vezes o volume de trabalho que temos. Quando temos um piso que esteja mais leve, nota-se que conseguimos trabalhar com mais calma, com mais tranquilidade; quando temos mais trabalho ou doentes em estado mais crítico, que exijam mais cuidados de enfermagem, isso automaticamente impõe-nos mais stresse. (Theresa)*

*Às vezes o volume de trabalho, mais talvez nos pisos da cirurgia porque temos doentes que nos entram às 8h da manhã para serem operados (...) e é gerir as rotinas do turno da noite com as entradas dos doentes e muitas vezes é ter que dar altas e ter que admitir doentes. É por aí um bocado stressante. (Danielle)*

Além disso, os enfermeiros criticam a má gestão do serviço de cirurgia, considerando que, além do elevado volume de trabalho, a gestão do número de cirurgias consiste num fator causador de stresse pelo facto de, na sua opinião, a quantidade de trabalho não ser uniformemente distribuída. Esta perspetiva apresentada tem por base a seguinte citação:

*Há alturas em que temos, por exemplo, duas cirurgias por dia, há outras em que temos 16 e isso às vezes stressa-nos um bocadinho, ter que andar a correr quando até poderíamos fazer um trabalho mais espaçado, com mais calma, até porque é uma instituição privada e há uma certa imagem a manter.*  
(Rose)

O volume de trabalho é um fator largamente discutido na literatura, estando presente em inúmeros estudos como um dos principais *stressors* nas organizações. Foi destacado nos estudos de Cooper e Marshall (1976) e de Michie (2002) como um dos fatores intrínsecos ao trabalho geradores de stresse. Além disso, tal como apresentado na prévia revisão de literatura, Leka *et al.* (2003) afirmam que o facto de o indivíduo ter de trabalhar horas extra e/ou de não conseguir prever/planear o seu dia contribuem para o aumento dos seus níveis de stresse. Estes fatores podem derivar do facto de haver uma afluência inesperada de doentes no serviço, causando a desestabilização e os picos de maior trabalho que os entrevistados referem.

As afirmações dos entrevistados corroboram as conclusões de Foxall *et al.* (1990) uma vez que, tal como já referido na revisão de literatura, estes autores concluíram que para os enfermeiros dos serviços cirúrgicos o principal fator causador de stresse é o grande volume de trabalho.

#### **5.1.4. Exigências dos doentes e familiares**

As exigências por parte dos familiares dos doentes e/ou dos próprios pacientes foram também identificadas como sendo um fator causador de stresse nos profissionais. Denotou-se que, pelo facto de se tratar de uma instituição de saúde privada, segundo a perceção dos enfermeiros, os utentes acabam por exigir mais dos profissionais e estes sentem que nem sempre conseguem corresponder às expetativas, como revelam as seguintes citações:

*Acho que por ser uma instituição privada, o paciente vem com uma certa expetativa a nível de cuidados. Há determinados dias em que pela carga de trabalho nem sempre é fácil para um enfermeiro tentar organizar o trabalho de forma a corresponder a essas expetativas. Para mim, uma vez que prezo corresponder ao que o paciente precisa, isso às vezes acaba por se tornar um bocadinho stressante.*  
(Marie)

*O facto de isto ser um hospital particular (...) muitas vezes os familiares e os doentes não entendem muito bem que não estamos 100% disponíveis para eles na hora em que eles querem. (Alexa)*

No seu estudo, Laranjeira (2011) referiu que a falta de colaboração por parte dos pacientes ou seus familiares constitui um fator gerador de stresse nos profissionais, corroborando as perspetivas dos entrevistados na presente investigação. Relativamente ao comportamento dos doentes para com profissionais de saúde, foi referida na revisão de literatura a violência que os enfermeiros afirmam sofrer por parte dos pacientes, o que demonstra que o seu comportamento em relação aos profissionais de saúde nem sempre é o mais correto, como também foi referido pelos entrevistados. Tal como apresentado por Magnavita e Heponiemi (2012) e Kowalenko *et al.* (2013), os enfermeiros são os profissionais de saúde mais expostos a comportamentos violentos.

#### **5.1.5. Conflitualidade de papéis**

Este fator foi destacado por entrevistadas que consideram que os enfermeiros, além das funções inerentes à sua profissão, acabam por desempenhar papéis que não deveriam ser da sua responsabilidade, nomeadamente funções administrativas. Na opinião das enfermeiras, este facto contribui para o aumento dos seus níveis de stresse, tal como enunciado nas seguintes afirmações:

*Os enfermeiros são só enfermeiros. Não são administrativos, não são médicos, não são auxiliares, somos enfermeiros. Dão-nos tarefas que não têm que ser da nossa responsabilidade. Se eu estou a fazer um trabalho que não é meu, eu não posso estar a fazer o trabalho que é meu, não tenho que estar a preencher papéis que não são da minha responsabilidade. (Alexa)*

*Ter que ligar para a cozinha, pedir uma dieta específica, ou até quando um doente tem alta ligarmos a dizer que o doente foi embora para cancelar a dieta que vem a seguir, às vezes alguma parte administrativa, algum processo em falha, uma medicação que é preciso pedir para o doente, às vezes temos que ser nós a fazer isso. Para além dos cuidados que temos de prestar. (Rose)*

Segundo Rizzo *et al.* (1970), a conflitualidade de papéis, juntamente com a ambiguidade de funções, constituem os principais *stressors* com influência na eficácia dos trabalhadores. Estas fontes de stresse são também destacadas por Michie (2002) e Leka *et al.* (2003).

### 5.1.6. Fatores externos ao trabalho

Alguns entrevistados salientam que os fatores inerentes às suas funções enquanto enfermeiros não são os únicos capazes de originar stresse, sendo que fatores externos à instituição podem acabar por ter impacto nos níveis de stresse que os profissionais experienciam. As responsabilidades domésticas são os fatores externos ao trabalho mais frequentemente associados pelos enfermeiros ao stresse ocupacional que estes experienciam, apresentando-se de seguida uma declaração exemplificativa em relação a este tópico:

*Somos pessoas, tudo influencia, o stresse tem várias fontes, ou porque há filhos doentes em casa, temos que pagar a renda, seja o que for. Mais uma vez, tenho que frisar, nós somos pessoas, não somos máquinas. (Marie)*

Esta afirmação é apoiada na literatura por autores como Johnson *et al.* (2005) e Narayanan *et al.* (1999), que admitem a existência de fatores externos ao trabalho como fontes de stresse para os profissionais.

### 5.1.7. Fatores inerentes à profissão

Os enfermeiros afirmaram que nunca têm conhecimento de como decorrerá o turno que irão iniciar, do tipo de doentes que encontrarão ou de qual será a sua hora de saída. Uma enfermeira tece considerações relativamente a este ponto, no que diz respeito ao serviço na sala de enfermagem, onde passa a maior parte do seu horário de trabalho, afirmando o seguinte:

*Nem sempre temos um bom turno e contamos com um turno de x pessoas e calha-nos o dobro das pessoas. (...) E depois é as horas de saída, que temos sempre uma hora de entrada mas nunca temos uma hora de saída. Enquanto tivermos doentes para atender, temos que estar a atender aqueles doentes. Portanto, a nível pessoal, familiar e tudo acaba por penar um bocado essa parte. (Amy)*

Pelo contrário, outra colaboradora considera que a gestão do serviço na sala de enfermagem consegue ser bem realizada e que o piso mais crítico em termos de imprevisibilidade é o internamento, pois as condições clínicas do doente podem alterar-se muito rapidamente e os enfermeiros têm de estar prontos para atuar em quaisquer circunstâncias. A colaboradora afirmou o seguinte:

*Aqui, por exemplo, na sala [de enfermagem] nós vamos gerindo à nossa maneira, ou seja, mediante a necessidade do doente nós vamos gerindo o tempo. (...) No internamento, é completamente diferente, porque se temos um doente que vai agudizar ou se temos um doente que prevemos prever que vai acontecer alguma coisa, a gestão tem que ser completamente diferente. (Stephanie)*

#### **5.1.8. Stressors associados ao serviço de cirurgia**

O bloco operatório é destacado pelos entrevistados como um dos serviços mais stressantes no hospital. Um dos enfermeiros sente que tem uma maior responsabilidade neste serviço: “O bloco costuma ser stressante, uma pessoa tem que controlar muitos parâmetros, [há] mais responsabilidade. Na anestesia o stresse é mais acrescido ” (Michael). Por outro lado, alguns colaboradores afirmaram que neste serviço a gestão dos doentes nem sempre é bem realizada. Deste modo, as tarefas associadas às admissões e altas de pacientes também acabam por ser consideradas stressantes, pelo facto de os enfermeiros terem muito trabalho pendente e pouco tempo para o concluir nos momentos que decorrem entre a alta de um doente e a entrada de outro no piso. Esta opinião pode ser ilustrada pela seguinte declaração:

*Algum stresse também, se calhar, a nível de altas e entradas. Mais neste piso que acontece [cirúrgico], muitas vezes, estamos com altas no próprio dia em que temos muitas entradas para cirurgia. (Sarah)*

Assim, no que diz respeito a fatores causadores de stresse, o serviço cirúrgico foi o serviço mais frequentemente mencionado pelos colaboradores como o mais stressante. Tal como é descrito pelos entrevistados, um dos principais *stressors* associados a este piso consiste na elevada carga de trabalho, uma perspetiva que também é defendida pelos autores Foxall *et al.* (1990) e que foi mencionada anteriormente no tópico referente ao grande volume de trabalho.

#### **5.1.9. Funções associadas ao serviço de atendimento permanente (urgências)**

Apesar de a maior parte dos entrevistados destacar o piso cirúrgico como um dos serviços mais stressantes na instituição de saúde em questão, um dos enfermeiros avalia o serviço de atendimento permanente como o que implica maiores níveis de stresse, pelo facto de incluir o tratamento de doentes em condições agudas que necessitam de cuidados urgentes.

Os enfermeiros que prestam cuidados em situações de emergência foram largamente estudados na literatura, tendo sido destacados por autores como Pisanti *et al.* (2011), Kowalenko *et al.*

(2013) e Trousselard *et al.* (2016) como os profissionais de saúde mais propensos à experiência de eventos traumáticos, tal como sublinhado na revisão de literatura.

#### 5.1.10. Trabalho com bebés e crianças

Uma entrevistada a exercer funções no serviço de neonatologia afirmou que o mais stressante no seu trabalho consiste no facto de ter de lidar com crianças como pacientes. Além disso, a enfermeira acrescenta que a nível emocional se torna difícil distanciar-se das situações que os pais das crianças se encontram a vivenciar. A afirmação utilizada para demonstrar este ponto de vista foi a seguinte:

*O mais stressante é, por exemplo, alguns procedimentos que nós temos que fazer com as crianças, que é difícil de elas perceberem (...) numa área tão específica como a minha, que trabalho em bebés e crianças, é um bocadinho difícil deixar de lado o que a gente tem lá em casa, ou seja, o facto de termos também crianças em casa. Acabamos sempre por nos pôr no lugar dos outros pais (...) e é um bocadinho stressante. (Casey)*

Na literatura, Vicente *et al.* (2016) apoiam o ponto de vista da entrevistada anterior, defendendo que o trabalho dos enfermeiros que exercem funções em serviços pediátricos é precisamente mais stressante do que o encontrado em outras especialidades pelo facto de lidarem com crianças.

Os *stressors* mencionados pelos enfermeiros revelaram-se bastante diversos, tendo em conta o indivíduo em questão ou o serviço no qual este exerce as suas funções. Isto pode dever-se ao facto de diferentes indivíduos poderem experienciar o stresse de diferentes formas devido a vários fatores, como a sua personalidade ou os seus mecanismos de apoio, tal como é defendido por Narayanan *et al.* (1999). Os autores Koinis *et al.* (2015) e Michie (2002) consideram também que o nível e as causas do stresse experienciado pelos enfermeiros variam. Os resultados deste estudo permitem, assim, corroborar ideias.

## 5.2. Segurança do paciente

Neste subcapítulo pretende-se apresentar as dimensões que, na perceção dos entrevistados, fazem parte do conceito de segurança do paciente. Além disso, o subcapítulo tem como objetivo caracterizar a segurança do paciente na instituição, tendo em conta a perceção dos enfermeiros que nela trabalham. A recolha destas perceções permite contextualizar o conceito de segurança do paciente neste estudo para, posteriormente, melhor compreender as opiniões dos entrevistados quanto à sua relação com o stresse, que será discutida no próximo subcapítulo. A informação recolhida encontra-se resumida na Tabela 3.

**Tabela 3** Segurança do paciente

<b>Categoria temática</b>	<b>Dimensões de análise</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Segurança do paciente</b>	<b>Dimensões da segurança do paciente</b>	Administração e manipulação dos fármacos	Josh, Anne, Rose, Amy, Theresa, Michael, Casey, Katherine, Nathalie
		Segurança física do paciente	Alexa, Sarah, Josh, Stephanie, Theresa, Michael, Casey, Katherine
		Prevenção	Danielle, Josh, Marie, Rose, Michael, Louis
		Empatia com o doente	Alexa
	<b>Aspetos positivos da segurança do paciente na instituição</b>	Globalmente boa	Sarah, Danielle, Josh, Anne, Theresa, Paul, Michael, Louis, Casey, Nathalie
		Realização da revisão da medicação antes da administração	Theresa, Casey, Katherine
		Existência e utilização de escalas de avaliação do estado do doente	Stephanie, Paul
		Equipas com proporções de elementos adequados em número e experiência	Paul, Theresa, Alexa
	<b>Aspetos negativos da segurança do paciente</b>	Falta de controlo de entradas e saídas de visitantes nos pisos de internamento	Alexa, Rose, Katherine
		Falta de comunicação entre os médicos	Alexa

### 5.2.1. Dimensões da segurança do paciente

Seguidamente, encontram-se as dimensões relativas ao conceito de segurança do paciente mencionadas pelos entrevistados.

- Administração e manipulação dos fármacos

Grande parte dos entrevistados considera que a segurança do paciente se encontra garantida através de uma correta administração e manipulação dos fármacos por parte do profissional de saúde. Ou seja, para a maioria dos profissionais, a administração de uma medicação errada a um doente, de um fármaco a que o paciente seja alérgico ou de uma dose que não corresponde à necessária são os fatores que interferem na sua segurança. Estes aspetos podem ser comprovados através das seguintes afirmações:

*Trabalhamos com fármacos que se não forem bem diluídos, se não forem bem preparados, podemos provocar danos graves ao doente. (Theresa)*

*Principalmente no que toca a medicação, é preciso ter muita atenção. A dose certa, o medicamento certo, a via de administração certa (...) se não é alérgico a nada... Tudo isso são coisas que acabam por interferir na segurança do doente. (Nathalie)*

O estudo de Mayo e Duncan (2004) corrobora esta perspetiva, pois os autores sugerem que os erros de medicação consistem no principal tipo de erros associados à segurança do paciente. No presente estudo, a falta de atenção é frequentemente citada pelos enfermeiros entrevistados como a principal causa destes erros, um dos fatores também focados por Mayo e Duncan (2004). A falta de atenção como consequência do stresse ocupacional e a sua influência na segurança do paciente serão discutidas no próximo subcapítulo.

- Segurança física do paciente

A segunda dimensão mais evidenciada nas definições de segurança do paciente corresponde à sua segurança em termos físicos, nomeadamente os riscos de queda e de fuga e a segurança de certos procedimentos realizados pelos enfermeiros, como posicionamentos e imobilizações dos doentes. Em relação a estes últimos pontos, um dos entrevistados afirma:

*Quando há períodos de desorientação e temos que utilizar outros recursos como imobilizações com autorização médica (...), o perigo de fuga, o perigo de se auto lesionarem ou arrancarem dispositivos médicos, para mim isso também é segurança. (Sarah)*

O número de quedas de camas foi um dos indicadores da segurança do paciente utilizado no estudo de Magalhães *et al.* (2013). Este indicador permite avaliar a segurança física dos pacientes, pelo que os autores apresentam uma perspetiva similar à dos enfermeiros inquiridos quanto à inclusão desta dimensão no conceito de segurança do paciente.

Uma entrevistada defende que a segurança do paciente apresenta duas vertentes – a vertente farmacológica e a vertente física – agregando assim os dois pontos-chave abordados até aqui referentes à segurança do paciente. A entrevistada afirmou o seguinte:

*Os conceitos de segurança física, por exemplo, poderem cair da cama abaixo, o facto de eles próprios se poderem magoar nas grades, e depois há a segurança da parte farmacológica, dos nossos procedimentos do dia a dia, da medicação que temos que dar, acho que a segurança do paciente tem essas duas vertentes. (Casey)*

- Prevenção

Alguns entrevistados focam a importância da prevenção de complicações associadas ao estado de saúde do paciente como uma das principais dimensões da sua segurança, como se comprova pelo comentário de Michael: “Tudo o que pudermos evitar para que não aconteça nenhum desastre (...). Prevenir sempre tudo, desde quedas, a própria medicação (...)”.

Na sua definição de segurança do paciente, Vincent (2010) destaca que esta é assegurada quando se evitam, previnem ou melhoram os eventos adversos. Portanto, tal como os enfermeiros entrevistados no estudo, o autor evidencia a importância da prevenção da ocorrência de erros para que a segurança do paciente se verifique.

Nas definições fornecidas pelos restantes entrevistados é reforçada a ideia de que cuidados de saúde seguros são cuidados isentos de erros. Deste modo, os profissionais devem empenhar-se ativamente na redução dos erros associados à sua prática. Um dos enfermeiros afirma o seguinte:

*A meu ver, é prestar os cuidados ao doente (...) com o mínimo de risco possível, sendo que o risco é estar exposto a erros, a más práticas, a uma série de situações que possam conduzir a um deficiente tratamento/cuidado do utente (Louis)*

Esta definição de segurança do paciente associada à prevenção da prática de erros revela-se importante no contexto deste estudo, uma vez que, como será discutido no subcapítulo seguinte, grande parte dos enfermeiros afirmam que a experiência de stresse conduz a uma maior probabilidade da ocorrência de erros e conseqüente diminuição da segurança do paciente.

Tal como apresentado na revisão de literatura, os erros associados à prestação de cuidados de saúde são considerados pelo Institute of Medicine (2000) como uma das cinco principais causas de morte nos Estados Unidos da América. Assim, estes representam uma séria ameaça à segurança do paciente, perspectiva também defendida por Brennan *et al.* (2004).

Uma colaboradora salienta que o profissional de saúde consegue garantir a segurança do paciente quando as suas complicações derivam do seu próprio estado de saúde e não de procedimentos realizados pelo profissional, como se comprova pela seguinte citação:

*Antes e acima de tudo ter a certeza que todas as medidas por parte de todos os profissionais foram impostas de forma a que aquela pessoa não corra nenhum risco que esteja associado à nossa profissão. Ou seja, se realmente tiver que acontecer algum fator, que seja intrínseco à própria pessoa e não algo que nós tenhamos causado. (Marie)*

Esta é precisamente a visão apresentada por Vincent (2010), autor que considera que a segurança do paciente apenas se encontra ameaçada quando ocorrem eventos adversos que poderiam ter sido prevenidos pelo profissional de saúde.

A administração e manipulação dos fármacos, a segurança física do paciente e a prevenção foram as três dimensões focadas pelos entrevistados como as principais vertentes associadas ao conceito de segurança do paciente. Contudo, uma entrevistada salientou que a empatia que o profissional de saúde cria com o doente é um fator importante no nível de segurança que estes percecionam ao receber cuidados no hospital, afirmando o seguinte:

*Eu acho que a empatia é muito importante para que eles [os doentes] se sintam seguros (...) É importante que os doentes (...) sintam que os profissionais de saúde têm conhecimentos acerca do seu estado de saúde e dos seus problemas. (Alexa)*

No estudo de Yuwanich *et al.* (2016), este aspeto foi também focado pelos respetivos participantes, os quais indicaram que a falta de empatia se encontra relacionada com a diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, as definições de segurança do paciente apresentadas pelos enfermeiros entrevistados encontram-se de acordo com os dados presentes na literatura e contribuíram para ilustrar a diversidade de perspectivas relativas a este conceito.

### 5.2.2. Caracterização da segurança do paciente na instituição

No geral, a segurança do paciente na instituição foi descrita como sendo favorável. O enfermeiro diretor considera que a segurança do paciente na organização em estudo é superior à de outras instituições de saúde, devido aos métodos e ferramentas que têm vindo a ser postos em prática. Estes métodos consistem na avaliação regular de diversos indicadores do estado de saúde do paciente, que permitem que este seja continuamente monitorizado. De forma a defender este ponto de vista, o enfermeiro diretor afirmou o seguinte:

*Ao nível da segurança nesses aspetos muito concretos, considero que nós trabalhamos um bocadinho acima da média, porque foram-se desenvolvendo ao longo dos anos ferramentas que salvaguardam essa monitorização, a monitorização da segurança do doente. (Paul)*

Os pontos positivos realçados pelos inquiridos relativamente à caracterização da segurança do paciente na instituição são apresentados de seguida:

- Realização da revisão da medicação antes da administração

Foi considerado de elevada importância o facto de os procedimentos relativos à administração da medicação estarem solidamente implementados na instituição e serem cumpridos por todos. Os procedimentos referidos dizem respeito à existência contínua de um enfermeiro que revê a diluição da medicação feita pelo colega que, posteriormente, a administrará ao paciente. Visto que um dos aspetos mais focados pelos enfermeiros relativamente à segurança do paciente diz respeito à administração e manipulação dos fármacos, pode verificar-se que, na percepção dos profissionais, estes procedimentos estão controlados na instituição e que lhes é dada a devida importância. Tal é indicado por Casey: “Em relação à medicação, esses procedimentos funcionam bem, porque somos vários, os colegas tiram a medicação, depois outros vão validá-la e outros vão dá-la”.

Os erros de medicação consistem no tipo de erros mais frequentemente associados à segurança do paciente por autores como Mayo e Duncan (2004). Assim, o facto de os enfermeiros

considerarem que os procedimentos implementados na instituição contribuem para a diminuição da sua ocorrência revela-se um fator positivo relevante na caracterização da segurança do paciente na instituição de saúde em causa.

- Existência e utilização de escalas de avaliação do estado do doente

Além da medicação, outro aspeto considerado importante pelos enfermeiros para garantir a segurança dos pacientes diz respeito à avaliação de determinados parâmetros, o que permite uma monitorização constante do doente. Os inquiridos afirmaram o seguinte:

*Quando temos um doente com uma certa idade e com certas dificuldades motoras, aí acaba por haver um levantamento do risco de queda e essa escala é preenchida. (Stephanie)*

*Na avaliação do risco de quedas, na avaliação do estado nutricional do doente, que é contínuo, na avaliação da dor, na avaliação do estado de consciência do doente... Existe uma série de ferramentas que nós temos implementadas que são avaliadas diariamente, que estão a contribuir para a segurança do doente diretamente. (Paul)*

- Equipas com proporções de elementos adequados em número e experiência

Em relação à composição das equipas em termos de número de elementos e, conseqüentemente, dos rácios enfermeiro/paciente praticados no hospital, os enfermeiros consideram que estes são favoráveis, o que contribui para garantir a segurança dos pacientes dado os profissionais de saúde disporem do tempo necessário para prestar a devida atenção aos doentes. A seguinte citação comprova esta visão: “Felizmente, em termos de rácios, ou seja, em termos de profissionais que temos a monitorizar os doentes, estamos acima da média. Ou seja, os profissionais têm tempo para estarem atentos” (Paul).

A falta de profissionais é focada no estudo de Tomazoni *et al.* (2017) como um dos fatores que, na ótica dos colaboradores, é prejudicial para a segurança do paciente. Tal como apresentado anteriormente na revisão de literatura, os rácios enfermeiro/paciente são largamente discutidos pelos autores, estando presentes, por exemplo, nos estudos de Aiken *et al.* (2002), Hall *et al.* (2004) e Cho *et al.* (2015). Posto isto, verifica-se que os rácios enfermeiro/paciente são um fator considerado importante pela administração e chefias da instituição em estudo, sendo que o facto de estes serem favoráveis pode ser entendido como uma medida para garantir a segurança do paciente.

Quanto à composição das equipas em termos de experiência, é considerado vantajoso o facto

de serem alocados, pelas chefias, elementos mais novos e mais velhos na mesma equipa. Esta gestão de equipas permite que os enfermeiros mais novos se sintam acompanhados e seguros nos procedimentos, evitando que ponham em risco a segurança do paciente. O seguinte excerto permitiu retirar esta conclusão:

*Os elementos mais novos, quando começam a trabalhar, trabalham sempre com elementos mais velhos, ou seja, alguma dúvida ou insegurança que tenham, o mais novo tem sempre alguém mais velho de referência. (Theresa)*

Além dos fatores positivos apresentados, destacam-se alguns aspetos negativos que, segundo os enfermeiros entrevistados, influenciam a segurança do paciente, nomeadamente:

- Falta de controlo de entradas e saídas de visitantes nos pisos de internamento

A falta de controlo de entradas e saídas de visitantes nos pisos de internamento foi o principal aspeto negativo relativo à segurança do paciente apontado pelos entrevistados. Estes afirmam não haver controlo de visitantes dos doentes internados, com exceção do piso de neonatologia. Apesar de este fator não estar diretamente relacionado com a qualidade da prestação de cuidados por parte dos enfermeiros, trata-se de uma situação que ameaça a segurança física dos pacientes e que os profissionais afirmam com convicção que se trata de um ponto a ser melhorado, o que se depreende pela seguinte citação: “Acho que o mais importante neste momento, para este hospital, é mesmo em relação ao espaço físico (...). Investir realmente na segurança dos doentes, a nível de entradas e saídas de visitantes” (Alexa).

Outra entrevistada acrescenta que a falta de controlo e de portas com restrição de acesso promove situações nas quais doentes internados que estejam desorientados possam sair do hospital sem que ninguém se aperceba. A enfermeira afirma, também, que o facto de a segurança física dos pacientes não se encontrar garantida cria situações geradoras de stresse no próprio profissional. A entrevistada afirmou o seguinte:

*A nível físico para o doente, a única coisa aqui que ainda não está bem definida é um doente que esteja desorientado e pode 'esquivar-se'. Já tivemos situações assim e aí é gerador de muito stresse porque estão à nossa responsabilidade. (Katherine)*

- Falta de comunicação entre os médicos

Este ponto foi salientado por uma entrevistada que alertou para o facto de os médicos nem sempre comunicarem o estado dos seus pacientes aos colegas que entram no turno noturno, podendo estas situações gerar mal-entendidos e, conseqüentemente, pôr em causa a segurança do paciente. A seguinte citação pretende ilustrar esta ideia:

*O que acontece muitas vezes é que, por exemplo, à noite só fica cá um médico, um médico para todos os doentes do internamento e para a urgência. E como os médicos dos doentes não comunicam com eles sobre o estado dos seus pacientes, se precisamos de alguma coisa, eles sentem-se um bocadinho baralhados e não têm conhecimento suficiente das coisas e acho que isso é algo que eles podiam melhorar, a comunicação entre eles. (Alexa)*

Apesar de terem sido focados poucos aspetos negativos e de grande parte dos enfermeiros considerarem que a segurança dos pacientes na instituição em causa se encontra garantida, alguns entrevistados consideram que persiste espaço para melhoria, o que se verifica através de citações como:

*Há sempre aspetos a melhorar, nomeadamente, a meu ver, a nível de transmissão de prescrição, acho que devia ser informatizada, para diminuir o erro. (Louis)*

*Eu acho que em todos os lados há sempre maneira de se fazer melhor, a gente acha que faz sempre o máximo mas há sempre algo que podemos melhorar e são coisas mínimas que podemos ter em atenção. (Amy)*

Conclui-se que foram apresentados pelos profissionais entrevistados fatores que influenciam a segurança do paciente já referidos em estudos anteriores, nomeadamente erros de medicação, destacados por Mayo e Duncan (2004) e rácios enfermeiro/paciente, referidos por Aiken *et al.* (2002) e Cho *et al.* (2015). Todavia, também foram detetados fatores distintos dos encontrados na revisão de literatura realizada, referentes à segurança do paciente, como: (i) existência e utilização de escalas de avaliação do estado do doente; (ii) falta de controlo de entradas e saídas de visitantes nos pisos de internamento; e (iii) falta de comunicação entre os médicos. Posto isto, verifica-se que, além de alguns fatores conhecidos através da revisão de literatura, os inquiridos acrescentaram outros tópicos que podem ser considerados relevantes para um conhecimento mais profundo acerca da segurança do paciente na instituição de saúde em estudo.

### 5.3. Influência do stresse na segurança do paciente

No presente subcapítulo pretende-se expor as percepções dos inquiridos relativamente à influência do stresse na segurança dos seus pacientes. Além disso, são apresentados relatos pessoais dos enfermeiros relativamente a este tópico. A Tabela 4 contém a informação relativa a esta categoria temática.

**Tabela 4** Influência do stresse na segurança do paciente

Categoria temática	Dimensões de análise	Indicadores	Ocorrências
Influência do stresse na segurança do paciente	Percepção da influência do stresse na segurança do paciente e razões dessa relação	Existe uma relação entre o stresse e a segurança do paciente	Sarah, Marie, Rose, Theresa, Paul, Nathalie
		Não existe uma relação entre o stresse e a segurança do paciente	Michael, Louis, Katherine, Josh, Casey, Stephanie
		Impossibilidade de realizar as tarefas com calma e ao seu ritmo normal	Amy, Sarah, Michael
		Dificuldade de atenção e ponderação	Anne, Stephanie, Paul, Katherine
		Equipas heterogéneas em termos de experiência	Amy
		Maior probabilidade de ocorrência de erros	Sarah, Josh, Amy, Stephanie, Paul, Louis, Casey
		Distinção entre <i>eustress</i> e <i>distress</i>	Marie, Paul
		Experiências pessoais dos enfermeiros quanto à influência do stresse na segurança do paciente	Percepção de que já colocaram em causa a segurança de um paciente devido ao stresse
	Percepção de que nunca colocaram em causa a segurança de um paciente devido ao stresse		Alexa, Sarah, Anne, Theresa, Michael, Nathalie

### 5.3.1. Percepção da influência do stresse na segurança do paciente e razões dessa relação

Uma parte considerável dos entrevistados admitiu existir uma relação entre o stresse que experienciam e a segurança dos pacientes aos quais prestam cuidados. Para os enfermeiros, a diminuição da segurança do paciente como resposta ao stresse deve-se aos fatores em seguida apresentados.

- Impossibilidade de realizar as tarefas com calma e ao seu ritmo normal

Segundo os profissionais, o stresse que se verifica em situações que exigem respostas rápidas, e que são caracterizadas por uma grande quantidade de tarefas a realizar num curto espaço de tempo, influencia a segurança do paciente, pois não lhes permite refletir e trabalhar com calma, como expôs Amy: “Se estivermos com calma a fazer aquele trabalho, nós vamos provavelmente aperceber-nos de um possível erro que podia acontecer se fosse feito (...) sob stresse”.

- Dificuldade de atenção e ponderação

Os entrevistados consideram que, em certas situações, o stresse reduz as suas capacidades de atenção e de ponderação. Isto deve-se ao facto de estarem preocupados com outros fatores que não se encontram relacionados com o doente ou com o trabalho que estão a desempenhar, como se verifica pelas declarações seguintes:

*O poder da nossa concentração ‘foi-se’, basicamente. Nós estamos preocupados com outra coisa que nos preocupou antes ou que nos vai preocupar depois e a nossa cabeça acaba por estar fechada, limitada, só vemos aquilo, não conseguimos ver outras coisas. (Stephanie)*

*A situação que gera o stresse pode-nos estar a ocupar mais a cabeça (...) se a gente não estiver 100% atenta ao que está a fazer, pode-se num instante confundir. (Katherine)*

Corroborando esta perspetiva, Mayo e Duncan (2004) concluíram no seu estudo que a distração dos enfermeiros consiste numa das principais causas da prática de erros de medicação por parte destes profissionais.

- Equipas heterogéneas em termos de experiência profissional

Outra razão apresentada pelos profissionais para justificar a influência que o stresse tem na execução das suas tarefas quotidianas e, conseqüentemente, na segurança dos cuidados prestados, diz respeito ao facto de as equipas serem constituídas por elementos mais novos e mais velhos. Uma entrevistada afirma que o facto de ser solicitada constantemente por um elemento menos experiente da equipa acaba por influenciar o seu dia a dia, na medida em que atrasa o trabalho que tem para realizar, enunciando o seguinte:

*Um dia de serviço muito complexo e ter um colega que não dá a mesma capacidade de solução atrasa muito mais, solicita-nos muito mais e nós estamos a fazer o nosso trabalho e vamos ajudá-lo a ele e acaba por ser mais complicado, mais stressante nesse sentido. (Amy)*

De realçar que o facto de as equipas serem heterogéneas em termos de experiência profissional, ou seja, constituídas por elementos mais novos e mais velhos, foi destacado anteriormente por outros entrevistados como um fator positivo para a segurança dos pacientes. Assim, através destas diferentes perspetivas, constata-se uma variedade de pontos de vista existentes na instituição relativamente a este tópico. Os autores Kirkcaldy e Martin (2000) defendem, também, que os enfermeiros mais velhos tendem a experienciar maiores níveis de stresse. Contudo, de acordo com as conclusões de Laranjeira (2011), são os enfermeiros mais novos que estão sujeitos a mais stresse pelo facto de exercerem funções nos serviços mais exigentes, os quais tendem a ser evitados pelos profissionais mais experientes.

- Maior probabilidade de ocorrência de erros

Este facto foi destacado por vários entrevistados, que admitem que a ocorrência de erros tem tendência a aumentar à medida que o stresse também aumenta. As citações ilustrativas desta ideia são apresentadas de seguida:

*Há maior probabilidade de um erro médico, de enfermagem, qualquer coisa. Acho que há maior probabilidade porque há maior insegurança, maior velocidade na realização dos atos para que tudo esteja pronto na hora em que é necessário e acho que com o stresse é mais fácil errarmos. (Sarah)*

*Quando estamos submetidos a pressões, em que temos várias pessoas a pedir várias coisas ao mesmo tempo para vários doentes diferentes, claro que isso potencia a probabilidade de erro. (Josh)*

Além disso, apesar de a prática de erros não ter sido diretamente relacionada com o stresse por alguns enfermeiros, verifica-se que as causas da influência do stresse na segurança do paciente apresentadas nos pontos anteriores (i.e., impossibilidade de realizar as tarefas com calma e ao seu ritmo normal, dificuldade de atenção e ponderação e equipas heterógenas em termos de experiência profissional) podem conduzir à prática de erros por parte destes profissionais.

As perspetivas dos entrevistados permitem corroborar as opiniões de diversos autores, uma vez que, tal como se verificou na revisão de literatura, os erros praticados pelos profissionais de saúde constituem uma componente importante da segurança do paciente (Institute of Medicine, 2000; Brennan *et al.*, 2004).

Contrariamente às perspetivas apresentadas acima, outros entrevistados consideram que o stresse não afeta o seu trabalho diário, denunciando assim opiniões diversas entre os colaboradores da instituição. De seguida, apresentam-se as expressões utilizadas por alguns entrevistados para defender o seu ponto de vista:

*Eu sou um bocado 'workaholic', portanto...não há nada de muito stressante, para além disto ainda faço uma série de coisas, estou a estudar... tenho 'n' de atividades, preciso de me manter ocupado. (Louis)*

*No meu caso, eu sou uma pessoa que controla muito bem as situações stressantes. Tudo também depende de como nós lidamos com as situações. É óbvio que há alturas em que nos sentimos mais cansados, não às vezes só pelo fator de stresse mas também por outras coisas, porque nós somos pessoas. (Stephanie)*

Assim, pode comprovar-se a perspetiva de Johnson *et al.* (2005), autores que defendem que profissionais que desempenham a mesma função podem apresentar diferentes níveis de stresse devido a vários fatores, nomeadamente a sua personalidade.

- Distinção entre *eustress* e *distress*

Dois entrevistados fazem a distinção entre stresse negativo (*distress*) e stresse positivo (*eustress*), afirmando que é necessário algum nível de stresse para que os cuidados prestados sejam os melhores possíveis, uma vez que o profissional estará mais alerta e desperto para agir em determinadas situações. Contudo, níveis elevados de stresse são considerados extremamente prejudiciais e acabam por surtir efeitos negativos no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados. Relativamente a este tópico, segue-se o testemunho do enfermeiro diretor:

*Eu considero que existem dois tipos de stresse muito distintos. Há aquele stresse que é inculido por parte de hierarquias superiores, ou até o stresse intraequipa, que é um stresse prejudicial. Vai desgastar, uma pessoa vai ficar cansada, a sua rentabilidade vai ser muito comprometida. O stresse que é inculido por uma situação de urgência, muitas das vezes, no meu entender, é um stresse positivo, porque estimula (...) é um stresse 100% benéfico, porque vai-te despertar, vai-te pôr muito atento e vai-te ajudar na prestação de cuidados. (Paul)*

A curva de Yerkes–Dodson (Figura 1) consiste numa representação gráfica que remete para as declarações do enfermeiro diretor. Além disso, a distinção entre *eustress* e *distress* foi apresentada na revisão de literatura, tendo-se constatado que autores como Edwards e Cooper (1988), Lazarus (1993), Le Fevre *et al.* (2003) e Kupriyanov e Zhdanov (2014) apresentam definições para estes dois conceitos que vão de encontro às ideias mencionadas pelos entrevistados.

Apesar de se ter verificado que o stresse ocupacional nos enfermeiros influencia diretamente a qualidade do seu trabalho no dia a dia, de acordo com o enfermeiro diretor, os órgãos de administração superiores não se encontram verdadeiramente conscientes do impacto que o stresse poderá ter no desempenho de um profissional de saúde, como se verifica pela sua afirmação:

*Os grandes gestores (...) não têm noção de que o stresse ocupacional interfere diretamente com a prestação de cuidados (...) porque é um fenómeno completamente desestabilizador e eu sei perfeitamente que, se eu estiver sob stresse, o meu rendimento vai ser 50%. (Paul)*

Assim, é sugerida a importância para uma maior consciencialização por parte dos órgãos de administração da organização para os riscos do stresse ocupacional e para a influência que este apresenta no trabalho diário de profissionais de saúde como os enfermeiros.

Em suma, foram apresentadas pelos inquiridos duas perspetivas opostas. Uma parte dos profissionais não se sente afetada pelo stresse no trabalho diário. Outros colaboradores defendem que o stresse influencia a sua prática profissional, tendo fornecido diversas justificações para esta relação. Além disso, verificou-se que quase metade dos entrevistados relaciona diretamente a prática de erros devido ao stresse com a diminuição da segurança do paciente.

### 5.3.2. Experiências pessoais dos enfermeiros quanto à influência do stresse na segurança do paciente

Relativamente a este tópico, quase metade dos enfermeiros admitiram já ter posto em causa a segurança de um paciente em algum ponto da sua carreira devido ao stresse. Contudo, alguns destes entrevistados não foram capazes de relatar a situação em concreto. Estes enfermeiros apenas referiram que, com os níveis de stresse que se recordam de experienciar na instituição atual ou em instituições anteriores, é muito provável que já tenham posto em risco a segurança de um paciente em algum momento da sua prática profissional. Esta ideia pode ser ilustrada pelos seguintes testemunhos:

*É provável que sim. Não lhe sei apontar nenhuma situação em específico. Não pode ter sido nada muito grave, senão de certeza que me teria lembrado. Mas de certeza que sim, no pós-operatório de certeza que devia ter posto uma grade para cima e não coloquei, decerto me falharam coisas por excesso de trabalho, por stresse. (Marie)*

*Não me estou a lembrar [de nenhuma situação em específico], mas, por exemplo, verificação de medicação. Quando a gente está completamente stressada, basta não estar concentrada completamente a ver quem é aquele doente, ver o tipo de medicação que aquele doente está a fazer, se pode ou não fazer, porque muitas das vezes quem prescreve é o médico mas nós somos quem administramos. (Stephanie)*

Alguns entrevistados que relataram situações específicas em que consideraram ter posto em causa a segurança de um doente apontaram o excesso de trabalho como a causa dos seus erros, como se depreende pelas citações apresentadas:

*Se calhar por excesso de trabalho, sim. No caso de acumularmos turnos ou de ser necessário prolongar passam a ser muitas horas e isso pode prejudicar um bocadinho a qualidade dos cuidados. Lembro-me de uma situação em que fazia manhã e noite, saía às 2 da tarde e entrava novamente às 8 da noite, a colega não veio para fazer tarde e eu fiquei a fazer 24 horas. Ao fim de algumas horas não é o mesmo, não é exatamente a mesma prestação que dou no início de um turno. (Danielle)*

*Noutros sítios já passei por isso, por a pressão ser tanta (...) ter dois doentes críticos ao mesmo tempo, ter dois médicos, um de medicina e outro de cirurgia, um estar a pedir-me coisas para um doente e outro estar-me a pedir coisas para outro. (Josh)*

Apesar de considerar que nunca pôs em causa a segurança dos seus pacientes, uma enfermeira admite que questiona algumas das suas ações e decisões após um turno mais atarefado, com receio de ter cometido algum erro ou de dúvida sobre a evolução do doente após determinado

procedimento: “Já tive situações, não tanto no momento, mas depois parar e refletir ‘eu não tenho a certeza se fiz bem ou não’” (Amy).

Por outro lado, houve entrevistados que afirmaram nunca ter posto em causa a segurança do paciente devido ao stresse, como por exemplo a Sarah: “Não, aqui não me lembro de nenhum caso em que sinta que tenha posto em perigo, nem de vida nem de outra coisa qualquer. Não me lembro de ter prejudicado ninguém por stresse”.

No entanto, dois entrevistados que afirmaram nunca ter posto em causa a segurança de um paciente, demonstraram alguma incerteza, não descartando a hipótese de já o terem feito involuntariamente.

#### 5.4. *Coping*

No presente subcapítulo são apresentadas as estratégias de *coping* que os enfermeiros entrevistados utilizam de forma a lidar com o stresse que experienciam no local de trabalho e a reduzir os efeitos associados a eventos negativos (Lowe & Bennett, 2003). As estratégias mencionadas pelos profissionais revelaram-se diversas, sendo apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 *Coping*

Categoria temática	Dimensão de análise	Indicadores	Ocorrências
<i>Coping</i>	Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos enfermeiros	Respirar fundo e manter a calma	Sarah, Josh, Theresa, Rose, Michael, Nathalie
		Aproveitar o tempo fora do local de trabalho	Alexa, Sarah, Rose, Casey
		Afastamento em relação ao problema	Alexa, Katherine
		Realizar intervalos	Danielle, Marie, Rose
		Manter o bom humor entre a equipa	Marie, Rose
		Evitar conflitos	Sarah
		Comunicar com os colegas	Marie, Theresa

Seguidamente, descrevem-se as estratégias mencionadas pelos entrevistados, acompanhadas de citações ilustrativas.

- Respirar fundo e manter a calma

Uma grande parte dos entrevistados mencionou que a estratégia que mais utiliza consiste em tentar acalmar-se e parar para pensar no problema, de modo a que as suas ações não sejam precipitadas. Esta consistiu na estratégia mais frequentemente referida ao longo das entrevistas. Os enfermeiros utilizaram expressões como:

*Respiramos fundo muitas vezes e às vezes passa por parar, pensar, basta 30 segundos a pensarmos o que é que já fizemos, o que é que temos para fazer, planejar bem as coisas e a partir daí, sim, começar a trabalhar com calma.* (Josh)

*A minha estratégia é tentar manter-me calma o máximo possível, porque se o turno está caótico e se eu stresso ainda mais do que o que já estou, a probabilidade de o turno ainda ficar pior é muito maior.* (Nathalie)

Esta estratégia poderá ser entendida como uma resolução planeada dos problemas, na medida em que os profissionais tentam inibir as suas ações e tomar decisões mais ponderadas (Folkman & Lazarus, 1980). Além disso, verifica-se também um esforço por parte dos profissionais para manter o autocontrolo, estratégia referida nos estudos de Chang *et al.* (2006) e de Laranjeira (2011).

- Aproveitar o tempo de lazer fora do local de trabalho

Esta é a segunda estratégia de *coping* mais frequentemente referida pelos entrevistados, que afirmam que fora do hospital tentam não pensar nos problemas que ficaram pendentes, concentrando-se na sua vida pessoal e aproveitando para descansar, como explica Casey: “Quando saímos lá para fora, tentamos não pensar, fazer desporto, caminhar, fazer assim algumas coisas para ‘limpar’”.

Na investigação conduzida por Hasan e Tumah (2019), os enfermeiros participantes indicaram que a possibilidade de terem um(a) parceiro(a) para socializar no final do turno e fazer planos para os seus tempos livres são estratégias de *coping* que refletem a sua vontade de aproveitar o tempo fora do trabalho, tal como detetado no presente estudo. Contudo, estas consistiram nas estratégias de *coping* menos utilizadas pelos participantes no estudo de Hasan e Tumah (2019).

- Afastamento em relação ao problema

Segundo uma das entrevistadas que mencionaram este tópico, a estratégia em causa consiste numa abstração em relação aos problemas que estão a decorrer, colocando-os em segundo plano, para que se possam focar nos cuidados que têm de ser prestados aos pacientes. Uma expressão referente a esta estratégia é apresentada de seguida: “Tento abstrair-me. Tento focar-me naquilo que é realmente importante. (...) Faço o meu trabalho, tento-me dedicar só aos doentes e as coisas vão-se fazendo.” (Alexa)

O afastamento em relação ao problema insere-se no conjunto das estratégias de *coping* focadas na dimensão emocional (Folkman & Lazarus, 1980) e consiste numa das estratégias mais frequentemente mencionadas na literatura, nomeadamente por autores como Bowman e Stern (1995), Parikh *et al.* (2004), Welbourne *et al.* (2007) e Adriaenssens *et al.* (2012). Os mesmos autores consideram que estas estratégias apresentam consequências negativas no trabalho, como o aumento do *distress* e da fadiga dos colaboradores.

- Realizar intervalos

Algumas entrevistadas consideram importante afastar-se por momentos do ambiente de trabalho, realizando pausas ao longo do turno. Marie afirma que o facto de realizar uma pausa no trabalho lhe permite refletir nas situações em curso: “Sempre que posso fazer uma pausa, nem que seja para beber um gole de água (...), fazer um apanhado geral daquilo que está a acontecer”.

Esta estratégia foi reportada no estudo de Yuwanich *et al.* (2016) pelos enfermeiros envolvidos como uma das estratégias de *coping* mais utilizadas.

- Manter o bom humor entre a equipa

Para algumas entrevistadas, manter a boa disposição entre a equipa é uma estratégia de *coping* que permite aliviar a tensão causada pelo stresse. As citações seguintes permitem ilustrar esta ideia:

*Eu tento manter o humor e, sempre que posso, brinco. Brinco muito porque liberta endorfinas e acaba por tirar um bocadinho do stresse de cima de nós.* (Marie)

*Dizer uma parvoíce qualquer aos meus colegas, acho que é importante nós também pausarmos um bocadinho.* (Rose)

Esta estratégia de *coping* focada nas emoções visa reduzir ou gerir o *distress* emocional que os indivíduos experienciam (Folkman & Lazarus, 1980). De acordo com os testemunhos das enfermeiras, o humor no trabalho permite-lhes gerir o seu *distress* porque reduz a tensão causada por certos eventos e permite que haja pausas no trabalho.

- Evitar conflitos

No que diz respeito à gestão das relações interpessoais, uma entrevistada acredita que, como estratégia para evitar o stresse, é importante manter-se afastada dos conflitos interpessoais existentes na instituição: “Há sempre borburinhos, sempre ruídos de fundo. É tentar não entrar muito no conflito, não dar grandes pareceres” (Sarah).

De acordo com Chang *et al.* (2006), esta estratégia pode ser entendida como um distanciamento do problema por parte do indivíduo e, por isso, uma estratégia de *coping* baseada nas emoções, na qual os enfermeiros tentam envolver-se o menos possível nas situações. De realçar que as relações interpessoais foram consideradas um dos principais *stressors* presentes na instituição.

- Comunicar com os colegas

A comunicação com os colegas foi realçada por uma entrevistada como uma estratégia que permite organizar melhor as tarefas e, desta forma, diminuir o stresse: “Conversar com o colega para não duplicarmos os cuidados, não estarmos preocupados os dois com a mesma coisa.” (Marie)

Através desta estratégia, os enfermeiros são capazes de gerir certas situações com potencial para causar stresse. Assim, a estratégia baseia-se numa resolução planeada dos problemas (Folkman & Lazarus, 1980).

Em suma, verifica-se que a maioria dos profissionais entrevistados adota estratégias para lidar com o stresse e que estes se encontram devidamente conscientes da relação desfavorável existente entre o stresse e o seu desempenho no trabalho, sentindo a necessidade de desenvolver métodos para lidar com os efeitos negativos desta relação, tal como defendido por Lazarus (1993) e Rani e Yadapadithaya (2018).

No presente estudo, verificou-se que o número de ocorrências relativo a estratégias de *coping* focadas na dimensão emocional e estratégias de *coping* de resolução de problemas é semelhante. Uma vez que as estratégias de resolução de problemas estão associadas a uma menor fadiga e menor

*distress* psicológico (Adriaenssens *et al.*, 2012), estes resultados sugerem que é necessário alertar os profissionais da instituição em estudo para a importância de adotar mais estratégias de *coping* de resolução de problemas, para que estes possam melhorar o seu desempenho.

### 5.5. Prática de erros e segurança do paciente – papel da administração e chefias

Um dos objetivos do presente subcapítulo consiste em apresentar as percepções dos enfermeiros entrevistados relativamente à abertura da administração, chefia direta e colegas de trabalho para o reconhecimento da prática de erros no exercício das suas funções. Posteriormente, apresentar-se-ão as perspetivas dos inquiridos quanto ao empenho da administração na implementação de medidas de diminuição ou prevenção da ocorrência de erros. A Tabela 6 pretende sintetizar esta informação.

**Tabela 6** Prática de erros e segurança do paciente – papel da administração e chefias

<b>Categoria temática</b>	<b>Dimensões de análise</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Prática de erros e segurança do paciente – papel da administração e chefias</b>	<b>Reconhecimento da prática de erros à administração</b>	Existe abertura por parte da administração para o reconhecimento da prática de erros	Paul, Louis
		Não existe abertura por parte da administração para o reconhecimento da prática de erros	Alexa, Sarah, Danielle, Rose, Casey, Katherine
	<b>Reconhecimento da prática de erros à chefia direta</b>	Existe abertura por parte da chefia direta para o reconhecimento da prática de erros	Alexa, Sarah, Danielle, Josh, Marie, Anne, Rose, Amy, Theresa, Louis, Casey, Katherine, Nathalie
	<b>Reconhecimento da prática de erros aos médicos</b>	Existe abertura por parte dos médicos para o reconhecimento da prática de erros	Alexa
		Não existe abertura por parte dos médicos para o reconhecimento da prática de erros	Josh, Theresa

	<p align="center"><b>Empenho da administração na implementação de medidas de diminuição ou prevenção da ocorrência de erros</b></p>	<p align="center">A administração está empenhada na implementação de medidas de diminuição ou prevenção da ocorrência de erros</p>	<p align="center">Sarah, Danielle, Josh, Marie, Anne, Theresa, Michael, Louis, Casey</p>
		<p align="center">A administração não está empenhada na implementação de medidas de diminuição ou prevenção da ocorrência de erros</p>	<p align="center">Alexa, Amy</p>

De acordo com a grande maioria dos entrevistados, é com a chefia direta, nomeadamente com o enfermeiro diretor, que estes sentem mais proximidade e, por isso, uma maior confiança para admitirem que cometeram algum erro. Os seguintes excertos são ilustrativos deste ponto de vista:

*Da chefia, sem dúvida. Lembro-me que houve um momento em que era recém-chegada à instituição e eu própria cometi o erro, reconheci-o imediatamente e a primeira pessoa com quem me lembro de ter falado foi com o meu chefe e acho que quando uma pessoa tem juízo crítico para reconhecer logo que errou, obviamente que necessita de ouvir um “isto não se pode repetir”, mas também necessita de ouvir um “tem calma, não te recrimines, não é o fim do mundo”. (Marie)*

*Não tenho problema nenhum em assumir ao meu chefe porque tenho esse à vontade, sei que não vou “levar nas orelhas” e ele vai tentar resolver o problema. Chama-me à atenção se for muito grave mas o problema resolve-se de outra forma. (Amy)*

Portanto, tendo em conta as afirmações anteriores, verifica-se que os enfermeiros não revelam dúvidas quanto à abertura do enfermeiro diretor para o reconhecimento da prática de algum erro na sua prestação de cuidados.

Um número bastante menor de entrevistados afirmou que, além da chefia direta, a administração também demonstra interesse em ouvir os enfermeiros, deixando-os à vontade para expor qualquer problema. Por outro lado, um maior número de entrevistados não sente abertura por parte da administração para reconhecer a prática de algum erro no exercício das suas funções. Este facto pode ser explicado pelas declarações de dois enfermeiros, os quais defendem que a razão pela qual o seu chefe direto demonstra mais compreensão do que a administração do hospital em caso de erro se deve ao facto de este último pertencer à mesma classe profissional. Assim, os administradores poderão não estar completamente sensibilizados para as exigências da prestação de cuidados e para

os cenários que podem ocorrer. Em contrapartida, uma vez que o enfermeiro diretor também participa na prestação de cuidados de saúde, tende a demonstrar uma maior sensibilidade e compreensão a este nível.

No que diz respeito às relações dos enfermeiros com os médicos, uma entrevistada afirmou que existe abertura para reconhecer algum tipo de erro perante os colegas da classe médica. Contudo, um maior número de enfermeiros assumiu não se sentir à vontade para partilhar pontos de vista com os médicos, pelo facto de estes serem frequentemente vistos como superiores hierárquicos, o que cria uma barreira de comunicação entre ambas as classes profissionais. A seguinte citação de Josh pretende ilustrar esta ideia: “Da parte médica, alguns clínicos são *old school*, no sentido em que o médico tem de estar acima do enfermeiro, e claro que isso muitas das vezes causa entraves”.

Os resultados relativos a este tópico corroboram as conclusões do estudo de Mayo e Duncan (2004), no qual os participantes afirmaram não reportar os erros devido ao receio de reações negativas por parte de superiores e colegas (sendo, todavia, que este último resultado relativo aos colegas de trabalho não foi verificado no presente estudo).

Relativamente à gestão da prática de erros na instituição, grande parte dos enfermeiros afirmou que a administração se encontra empenhada em desenvolver medidas com o objetivo de evitar a prática de erros no futuro. Uma das medidas implementadas, salientadas pelos entrevistados, diz respeito à existência de circulares, que são redigidas na sequência da prática de algum erro por parte de um profissional, servindo de alerta e fornecendo informações úteis, de modo a que o erro não se repita, como se verifica pela expressão exemplificativa seguinte:

*Sim, sim, acho que sempre que há um erro ele é analisado e depois saem as circulares para a gente tentar não voltar a fazer o mesmo. Porque eu acho que os erros, nós também temos que aprender com eles e o objetivo é ir melhorando sempre. (Casey)*

Além disso, são também lançados alertas informáticos relativos a informações importantes e de leitura obrigatória, uma medida referida por Sarah através da citação seguinte:

*Para os [erros] mais graves, normalmente temos comunicações internas a alertar, tanto do nosso chefe como dos chefes superiores, alertas informáticos, em que quando abrimos a nossa sessão são-nos impulsionados no ecrã e não podemos fazer nada enquanto não lermos as comunicações.*

Apesar de terem sido apresentadas estas medidas de gestão e prevenção de erros na instituição, foi realçado que, apesar de a administração desenvolver medidas de melhoria, o *timing* da sua implementação nem sempre é o ideal, havendo uma demora superior à esperada. Assim, a

implementação das medidas acaba por não ser considerada eficaz.

Contrariamente às perspetivas apresentadas anteriormente, uma pequena parte dos entrevistados considera que a administração não se empenha na diminuição e prevenção da ocorrência de erros. Assim, os enfermeiros afirmam que têm de resolver os problemas por sua iniciativa e juízo, sem o apoio dos seus superiores. A seguinte declaração é representativa deste facto:

*Acho que é muito cada um por si, “fizeste mal e tudo, a ver se não fazes para a próxima”. Mas não há uma estratégia, não te dizem “então o que falhou aqui, tiveste muita gente? Porquê? É preciso outro colega para te ajudar?”. Isso não, o problema não se resolve, mas resolve-o tu à tua maneira, foste tu que erraste, a gente aceita que tenhas cometido um erro mas não há forma de te ajudar a não fazê-lo outra vez. (Amy)*

Através dos resultados obtidos, verifica-se que os enfermeiros apenas mencionaram receio em reportar erros aos médicos ou à administração, não tendo demonstrado desconforto em assumir que praticaram erros perante os seus colegas ou a sua chefia direta.

Relativamente à existência de medidas implementadas com o objetivo de diminuir ou prevenir a ocorrência de erros por parte dos enfermeiros, as opiniões dos entrevistados dividem-se. Por um lado, foram apresentados exemplos de medidas concretas de diminuição e prevenção da prática de erros e grande parte dos inquiridos considera existir uma preocupação por parte da administração nesse sentido. Por outro lado, ainda que em menor número, outros entrevistados não foram capazes de mencionar nenhuma medida com esse propósito.

O apoio na organização é frequentemente citado na literatura como um fator que influencia a qualidade da prestação de cuidados, a segurança dos pacientes e o stresse dos profissionais (Aiken *et al.*, 2002; Michie, 2002; Leka *et al.*, 2003). Desta forma, o apoio que a administração da instituição em estudo demonstra para com os seus enfermeiros, aquando do reconhecimento dos seus erros, poderá ser um aspeto a melhorar no processo de diminuição dos níveis de stresse dos colaboradores e de aumento da segurança dos pacientes.

## **5.6. Diminuição/prevenção do stresse na organização**

Neste subcapítulo pretende-se apresentar as diferentes perspetivas dos entrevistados quanto aos profissionais responsáveis pela gestão do stresse na organização. Além disso, serão apresentadas as medidas implementadas na instituição que, na ótica dos enfermeiros, contribuem para a redução ou prevenção do stresse ocupacional. Posteriormente, será analisada a eficácia das medidas referidas e

apresentadas recomendações de melhoria por parte dos profissionais. A informação referente a este tópico encontra-se sumariada na Tabela 7.

**Tabela 7** Diminuição/prevenção do stresse na organização

<b>Categoria temática</b>	<b>Dimensões de análise</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Diminuição/prevenção do stresse na organização</b>	<b>Responsáveis pela diminuição/prevenção do stresse na organização</b>	As chefias devem ser responsáveis pela diminuição/prevenção do stresse na organização	Anne, Stephanie, Theresa
		Tanto os colaboradores como as chefias devem ser responsáveis pela diminuição/prevenção do stresse na organização	Alexa, Sarah, Danielle, Josh, Amy, Paul, Casey, Nathalie
	<b>Medidas de diminuição/prevenção do stresse ocupacional implementadas na organização</b>	Não existem medidas implementadas	Sarah, Danielle, Anne, Rose, Stephanie, Theresa, Nathalie
		Gestão da carga horária dos colaboradores	Alexa, Danielle, Anne, Amy, Michael
		Evitar conflitos	Stephanie, Anne
		Melhor composição das equipas	Anne
		Aulas de pilates e caminhadas em grupo	Casey, Alexa, Louis
		Formações sobre stresse	Katherine
		Implementação de protocolos para redução do stresse associado à administração de medicação	Marie
		<b>Eficácia das medidas implementadas</b>	As medidas são eficazes
	As medidas não são eficazes		Paul, Michael, Louis, Katherine
	<b>Recomendações</b>	Investir na formação dos profissionais	Nathalie
		Realizar formações sobre stresse mais frequentemente	Katherine
		Implementar uma avaliação de desempenho dos profissionais	Paul

### 5.6.1. Responsáveis pela diminuição/prevenção do stresse na organização

No que diz respeito à gestão do stresse dos colaboradores na instituição, grande parte dos entrevistados considera que tanto a administração como os próprios profissionais são responsáveis pela diminuição ou prevenção do stresse ocupacional. Defendendo este ponto de vista, os entrevistados realizaram as seguintes declarações ilustrativas:

*Acho que nós próprios temos de arranjar estratégias, porque só nós é que nos conhecemos, mas acho que tem que ser em conjunto com os superiores, senão não vamos a lado nenhum. (Alexa)*

*É uma equipa, isto tem que ser mesmo trabalho de equipa nesse sentido. A administração não fará ideia do que se passa porque eles não estão no local a trabalhar e não sabem qual é a necessidade daquele serviço, tem que chegar de alguma forma a eles. (Amy)*

Esta perspetiva é defendida na literatura por autores como McHugh e Brennan (1992) e Li *et al.* (2017). Segundo Li *et al.* (2017), os próprios enfermeiros deverão ser capazes de adotar estratégias de *coping* positivas de forma a reduzir o stresse ocupacional, ao mesmo tempo que os gestores implementam medidas com o mesmo objetivo. No estudo de McHugh e Brennan (1992) torna-se evidente que no modelo apresentado pelos autores – *Total Stress Management* – os próprios colaboradores devem estar envolvidos no processo de identificação das causas do stresse na instituição e empenhados no treino que lhes permite identificar a origem do problema, participando ativamente no processo de melhoria dos níveis de stresse na organização, em conjunto com a administração e a gestão.

Uma entrevistada afirma ser importante que os profissionais colaborem uns com os outros de modo a reduzir a carga de trabalho e, conseqüentemente, o stresse, afirmando o seguinte:

*No nosso caso, quando um enfermeiro está stressado, se a auxiliar puder antecipar alguma coisa, tudo bem. Quando a auxiliar está stressada, nós podemos ajudar porque as cargas de trabalho não são sempre as mesmas ao longo do dia. (Katherine)*

Outro entrevistado, Louis, defende uma ideia mais individualista, no sentido em que cada classe profissional deverá encontrar forma de gerir o seu próprio stresse, afirmando o seguinte: “Eu penso que deve ser, primeiro de tudo, uma preocupação de classe, ou seja, enfermeiros devem-se preocupar com enfermeiros, médicos devem-se preocupar com médicos”. Esta opinião contradiz as

perspetivas apresentadas, dominantes na literatura, que defendem um trabalho em conjunto no que diz respeito à gestão do stresse na instituição (e.g. McHugh & Brennan, 1992; Li *et al.*, 2017).

Outros entrevistados defendem uma perspetiva distinta, considerando que os responsáveis pela diminuição e prevenção do stresse ocupacional no hospital são apenas a administração e as chefias diretas. Os entrevistados justificam esta opinião pelo facto de considerarem que, na gestão do stresse ocupacional, devem ser respeitadas as hierarquias, de modo a que o enfermeiro reporte os seus problemas à sua chefia direta que, conseqüentemente, informará a administração. As declarações seguintes pretendem ilustrar esta perspetiva:

*Eu entendo sempre que se há hierarquias, essas hierarquias têm que ser cumpridas e, portanto, eu se tenho algo gerador de stresse é com a minha chefia direta que eu devo falar. E depois, a minha chefia, se lhe transcender, terá outro chefe, e esse chefe terá outro chefe. (Anne)*

*Alguma coisa que nós tenhamos aqui, o nosso elo de ligação é sempre o coordenador de enfermagem e, portanto, acaba por ser ele o veículo entre o resto e esta gestão de stresse que acontece mesmo entre equipa de enfermagem, entre colegas, tem de se resolver muitas vezes por ele. (Theresa)*

Ainda relativamente aos elementos responsáveis pela gestão do stresse no hospital, a percepção do enfermeiro diretor, Paul, como um profissional de saúde que possui um cargo de chefia, é a de que o stresse e a responsabilidade associada à sua gestão aumentam à medida que a posição hierárquica do individuo também aumenta. Isto deve-se ao facto de os superiores terem de lidar com o stresse de todos os profissionais que se encontram nos níveis inferiores da pirâmide hierárquica, como se verifica pela declaração deste entrevistado:

*Acho que a responsabilidade do stresse sobe conforme sobe a hierarquia. Se eu tenho um profissional com stresse porque algo está a correr mal no serviço, eu também estou diretamente implícito nessa gestão do stresse. Então, a responsabilidade que eu tenho é maior do que a do profissional. Porque eu é que sou responsável por eliminar esse fator de stresse. E se subirmos na cadeia, a responsabilidade aumenta. (Paul)*

A partir destes resultados, pode concluir-se que, apesar de terem sido mencionadas opiniões diferentes, grande parte dos profissionais entrevistados considera que a diminuição e prevenção do stresse ocupacional é um processo que deve ser levado a cabo em conjunto pelos colaboradores e chefias.

## 5.6.2. Medidas de diminuição/prevenção do stresse ocupacional implementadas na organização

Relativamente a este tópico, os enfermeiros demonstraram alguma dificuldade em enunciar medidas existentes na organização que tivessem como objetivo a diminuição do stresse experienciado. Uma parte considerável dos entrevistados afirmou não conhecer qualquer medida da instituição que permita diminuir ou evitar a ocorrência de stresse. Contudo, grande parte dos entrevistados foi capaz de apresentar alguma medida após a introdução de perguntas na entrevista que permitiram a sua elucidação relativamente ao tipo de medidas que podem ter sido implementadas na instituição e passado despercebidas ou não terem sido interpretadas pelos profissionais como iniciativas de diminuição ou prevenção do stresse. As ideias apresentadas neste contexto consistiram em:

- Gestão da carga horária dos colaboradores

Relativamente a este ponto, os entrevistados afirmaram que o enfermeiro diretor tenta gerir a carga horária dos profissionais, de modo a que a quantidade de tarefas não seja exagerada e o seu ritmo de trabalho seja aceitável, como se depreende pelas seguintes citações:

*A carga horária, eu acho que a nossa chefia tenta atender a isso, porque as pessoas têm abertura para chegar à beira dele e dizer “eu não aguento este ritmo” e ele tenta dar a resposta. (Anne)*

*A chefia facilita em alguns casos, colegas que já têm dois ou três filhos, que têm problemas de horários a entregá-los na escola. (Amy)*

Os autores Florea e Florea (2016) afirmam que, de modo a reduzir o stresse dos colaboradores na instituição, as chefias deverão elaborar horários que correspondam às necessidades individuais dos profissionais. Deste modo, verifica-se que esta medida referida pelos enfermeiros entrevistados é também defendida na literatura como uma das iniciativas que devem ser adotadas pelas chefias de modo a gerir o stresse dos seus colaboradores.

- Evitar conflitos

As relações interpessoais foram destacadas anteriormente pelos entrevistados como *stressors* no trabalho. Contudo, através da declaração de Anne, verifica-se que as chefias tentam evitar conflitos e, conseqüentemente, melhorar as relações entre os colaboradores na organização: “Nós temos aqui

um caso de duas colegas que não se entendem e o cuidado que o nosso chefe tem é nunca as pôr juntas a trabalhar, portanto isso é uma medida para minimizar o stresse”.

Florea e Florea (2016) afirmam que as organizações deverão gerir o stresse dos seus colaboradores analisando os seus *stressors* individuais. Tendo em conta as declarações dos entrevistados, pode concluir-se que a chefia revela algum empenho na criação de um bom ambiente de trabalho para os enfermeiros, evitando especificamente colocar colaboradores em conflito no mesmo turno, uma vez que conhece a causa do stresse das duas enfermeiras em questão. Além disso, a criação de um bom ambiente de trabalho, no qual os colaboradores se sintam seguros, é uma estratégia de combate ao stresse apoiada por autores como Li *et al.* (2017).

- Melhor composição das equipas

Uma colaboradora salienta, como medida de redução do stresse, o zelo do enfermeiro diretor em definir as equipas de trabalho de modo a que estas sejam heterogéneas, ou seja, constituídas por enfermeiros mais novos e mais velhos, para que estas sejam mais equilibradas.

É importante realçar, todavia, que a heterogeneidade das equipas de enfermeiros gera opiniões contraditórias entre os profissionais, como se verificou em pontos anteriores da apresentação e discussão dos resultados. Uma parte dos entrevistados considera que esta medida reduz o stresse dos profissionais e o risco dos pacientes, ao passo que outra percentagem dos enfermeiros considera que a heterogeneidade nos grupos origina um maior stresse nos profissionais mais experientes, que estão constantemente a ser solicitados pelos mais novos.

As duas medidas apresentadas de seguida foram referidas espontaneamente, ou seja, não foram mencionadas na sequência de uma questão específica, introduzida na entrevista:

- Aulas de pilates e caminhadas em grupo

Alguns entrevistados realçaram a realização regular de aulas de pilates na instituição e de caminhadas em grupo como estratégias que, na sua perceção, contribuem para a redução do stresse ocupacional. Florea e Florea (2016) mencionam também no seu estudo a criação de espaços de relaxamento para os profissionais como uma abordagem para combater o stresse ocupacional em organizações. Apesar de estas medidas terem sido espontaneamente referidas pelos enfermeiros, o conhecimento que manifestaram a seu respeito foi vago, o que sugere que lhes atribuem reduzida relevância.

- Formações sobre stresse

Uma entrevistada referiu-se às formações sobre stresse realizadas na instituição como uma medida que, caso fosse mais aprofundada, poderia ser considerada uma iniciativa de diminuição do stresse por parte da instituição. Esta medida encontra-se relacionada com o modelo *Total Stress Management*, defendido por McHugh e Brennan (1992), no qual uma das fases, o treino, consiste em expor os colaboradores a técnicas de aprendizagem que lhes permitem identificar os fatores organizacionais e pessoais que contribuem para o stresse na organização.

- Implementação de protocolos para redução do stresse associado à administração de medicação

Uma inquirida, Marie, referiu uma medida que afirma ter sido implementada na instituição por iniciativa do diretor clínico. Esta medida consiste em protocolar as medicações que podem ser administradas ao doente em diferentes condições. Desta forma, a entrevistada considera que a gestão da medicação a administrar ao doente se torna mais fácil, reduzindo o stresse associado a essa função. De realçar que a administração e manipulação dos fármacos foi um dos principais pontos destacados pelos profissionais como fatores que influenciam a segurança dos pacientes.

Como estratégia de diminuição e prevenção do stresse, a literatura é consensual ao defender que os administradores e gestores devem atuar na raiz do problema, ou seja, nas suas causas (Florea & Florea, 2016; Forastieri, 2016). Na instituição em estudo, este facto nem sempre se verifica. Apesar de terem sido apresentadas medidas que atuam ao nível da diminuição dos *stressors*, foram ainda mencionadas medidas como a realização de aulas de pilates e de caminhadas em grupo, que pretendem melhorar as consequências associadas ao stresse e que, por isso, segundo Florea e Florea (2016) e Forastieri (2016) não se revelam tão vantajosas. Além disso, uma parte considerável dos inquiridos não foi capaz de mencionar nenhuma estratégia de diminuição ou prevenção do stresse implementada na instituição. Deste modo, a administração e chefias deverão atuar no sentido de implementar mais medidas cujo objetivo seja atuar na origem do stresse ocupacional.

O enfermeiro diretor acrescenta que se o stresse ocupacional fosse melhor gerido no hospital a prática de erros diminuiria em grande escala, tendo elaborado a seguinte declaração: “Se houvesse uma gestão do stresse ocupacional na instituição diminuía drasticamente a margem de erro”. Assim, este profissional defende que a gestão do stresse ocupacional é uma das principais lacunas que devem ser tidas em consideração na instituição.

### 5.6.3. Avaliação da eficácia das medidas implementadas e recomendações

Quanto à eficácia das medidas implementadas, as opiniões dos entrevistados foram bastante vagas e demonstraram pontos de vista distintos. Por um lado, os enfermeiros consideraram que nem sempre as medidas adotadas pela organização são as mais corretas ou as que surtem os melhores efeitos, utilizando expressões como:

*Se são suficientes, não. Se serão as mais corretas, umas sim, outras se calhar não são as mais corretas. Há muita margem para melhoria.* (Paul)

*Ajuda e não ajuda, [a flexibilidade de horários] também tem o reverso da medalha porque eu a trabalhar no bloco sei que às duas vou entrar e não sei a que horas saio.* (Michael)

Além disso, as medidas relativas às aulas de pilates e caminhadas em grupo apresentadas anteriormente consistem em estratégias que não parecem surtir os efeitos pretendidos, como comentou Alexa: “Tentaram fazer uma caminhada com os profissionais todos (...) mas acho que ninguém participou”.

Por outro lado, alguns enfermeiros afirmam que, no que diz respeito à medida referente à flexibilidade de horários, esta permite que o colaborador possa gerir o stresse relativo ao equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, o que se pode comprovar pela seguinte citação: “Eu no meu caso não tenho filhos, mas noto que as minhas colegas com essa facilidade [de troca de horários] é um alívio para elas. É muito fácil fazer uma troca, aceitam facilmente” (Amy).

Tal como mencionado anteriormente, foram enunciadas poucas medidas implementadas na organização que os enfermeiros consideram contribuir para a diminuição ou prevenção do stresse ocupacional. Contudo, alguns profissionais entrevistados foram capazes de emitir recomendações de forma a melhorar este aspeto. Uma entrevistada propõe que a instituição invista em mais formação para os enfermeiros, defendendo que dessa forma os colaboradores se sentirão mais motivados no trabalho e menos stressados, pelo facto de a formação profissional contribuir para a diminuição da sua insegurança na realização de determinados procedimentos. Relativamente a esta medida, a enfermeira Nathalie afirmou o seguinte: “Dar formação aos enfermeiros, eu acho muito importante. Para além de nos dar mais motivação para querer fazer mais e melhor, também pode ajudar na gestão do stresse, porque uma pessoa se sente mais segura”.

Por outro lado, Katherine, a enfermeira que referiu a existência de formações sobre stresse na instituição sugere que estas sejam mais aprofundadas e realizadas com mais frequência, de forma a que possam tornar-se medidas eficazes de diminuição/prevenção do stresse ocupacional.

Como sugestão de melhoria, o enfermeiro diretor defende que deveria ser implementada uma medida que permita gerar nos profissionais um stresse com efeitos positivos, que pode ser entendido como um estado de *eustress*. Assim, este entrevistado considera que seria positivo para o colaborador o delineamento de objetivos anuais que lhe permitissem melhorar as suas capacidades enquanto profissional. Após o decorrer do ano, o seu desempenho seria avaliado e, caso este fosse positivo, o colaborador seria recompensado. Pelo contrário, se a avaliação não fosse favorável, não haveria qualquer tipo de recompensa o que, segundo o enfermeiro diretor, geraria uma maior motivação nos profissionais para alcançarem os seus objetivos, melhorando o seu desempenho através de um stresse com efeitos positivos. O enfermeiro afirmou o seguinte:

*Os profissionais teriam que fazer um relatório crítico de atividades no início do ano, em que eles já se propunham a desenvolver algumas coisas pessoais no intuito de melhorar os serviços (...) é um stresse que eu considero positivo. (Paul)*

Em suma, quanto à eficácia das medidas de diminuição/prevenção do stresse ocupacional implementadas na organização, pode concluir-se que existe espaço para melhoria. De acordo com as perceções dos profissionais, as melhorias podem ocorrer através de um aprofundamento das medidas já existentes como, por exemplo, das formações sobre stresse, ou através da implementação de medidas inovadoras.

## 6. Síntese conclusiva, contribuições e limitações

São apresentadas, de seguida, as principais conclusões do estudo, as limitações associadas, bem como as contribuições que decorreram da sua realização.

### 6.1. Síntese conclusiva

O tema da investigação realizada diz respeito ao stresse ocupacional na classe profissional dos enfermeiros e as suas implicações na segurança dos pacientes, tendo sido definidos para o estudo os seguintes objetivos:

- Identificar e descrever os fatores que contribuem para o stresse em enfermeiros, segundo a perceção destes profissionais;
- Descrever e compreender as estratégias de *coping* adotadas por enfermeiros;
- Analisar a perceção dos enfermeiros a respeito do impacto do stresse na qualidade dos cuidados de saúde por eles prestados, nomeadamente no que diz respeito à prática de erros e à segurança dos pacientes;
- Identificar as medidas implementadas na organização com o objetivo de diminuição ou prevenção do stresse ocupacional e avaliar a sua eficácia, na perceção dos enfermeiros;
- Identificar medidas recomendadas pelos entrevistados através das quais a organização poderá melhorar a prevenção do stresse ocupacional nos enfermeiros.

Relativamente aos resultados recolhidos pode constatar-se que, na maior parte dos casos, se verifica uma concordância com os dados presentes na literatura. Contudo, existem exceções, nas quais se detetou a apresentação de novos tópicos e ideias pelos entrevistados, que sugerem avenidas por explorar ao nível desta temática.

No que diz respeito aos *stressors* apresentados, estes podem ser entendidos como pontos a ter em consideração pela gestão e administração do hospital, de modo a diminuir os níveis de stresse experienciado pelos enfermeiros. A apresentação dos fatores causadores de stresse mencionados pelos enfermeiros da instituição revela-se útil, pois permite desvendar os *stressors* específicos experienciados

pela amostra do estudo, que, tal como Narayanan *et al.* (1999) defendem, variam de acordo com o nível hierárquico a que o indivíduo pertence na organização e o tipo de tarefas que desenvolve. A interação com os superiores hierárquicos destacou-se como o principal *stressor* mencionado que, em parte, se deve ao facto de a organização em estudo ser considerada de pequena dimensão, o que implica uma relação constante entre os colaboradores e administradores. Verifica-se também na literatura que este fator é frequentemente mencionado (e.g. Cooper & Marshall, 1976; Michie, 2002; Leka *et al.*, 2003). O serviço identificado como sendo o mais problemático na instituição em termos da ocorrência de situações stressantes consistiu no serviço de cirurgia, sendo que, por isso, deverá ser considerada especial intervenção ao nível dos seus procedimentos. O relacionamento com os médicos e restantes colegas de trabalho, o grande volume de trabalho, as exigências dos doentes e familiares e os fatores inerentes à profissão consistiram também em fatores stressantes mencionados por grande parte dos enfermeiros entrevistados.

As dimensões apresentadas pelos entrevistados relativas ao conceito de segurança do paciente revelaram-se concordantes com as perspetivas dos autores mencionados na revisão de literatura, nomeadamente no que diz respeito à administração e manipulação dos fármacos (Mayo & Duncan, 2004), segurança física do paciente (Magalhães *et al.*, 2013) e prevenção da prática de erros na prestação de cuidados de saúde (Vincent, 2010). Estas consistiram nas três principais dimensões da segurança do paciente apresentadas pelos enfermeiros entrevistados. A caracterização da segurança do paciente na instituição revelou-se favorável, tendo sido apresentados essencialmente aspetos positivos relativos a este tópico, devidamente fundamentados pelos entrevistados. Destacam-se os bons rácios enfermeiro/paciente praticados no hospital realçados pelos enfermeiros, que são também um tema largamente discutido na literatura como um fator preponderante na caracterização da segurança do paciente e da qualidade dos cuidados de saúde prestados (e.g. Aiken *et al.*, 2002; Hall *et al.*, 2004; Cho *et al.*, 2015). O processo de realização da revisão da medicação antes da administração, realçado pelos entrevistados, representa noutro aspeto considerado pertinente no estudo em questão, uma vez que a administração e manipulação dos fármacos consistiu numa das dimensões mencionadas pelos enfermeiros caracterizadoras da segurança do paciente.

Apesar de a segurança do paciente ter sido maioritariamente descrita como favorável na organização, uma parte considerável dos enfermeiros entrevistados admitiu existir uma relação entre o stresse que experienciam na instituição e a segurança dos pacientes aos quais prestam cuidados. Esta relação consistiu no facto de os enfermeiros terem admitido que, quando se encontram sujeitos a situações de maior stresse, a probabilidade de praticarem algum erro aquando da prestação de

cuidados de saúde lhes parece significativamente superior, o que, por sua vez, contribui para colocar em risco a segurança dos pacientes. Contudo, surgiu também um número considerável de respostas de entrevistados que não estabelecem uma ligação direta entre o stresse que experienciam e a segurança dos pacientes, considerando que as situações stressantes que descrevem não ocorrem diariamente nem têm impacto suficiente para influenciar o seu trabalho e, conseqüentemente, a segurança dos seus pacientes. Assim, verifica-se que neste ponto houve alguma discordância entre os vários inquiridos. Destaca-se, ainda, a distinção realizada pelos entrevistados entre *eustress* e *distress*, o que permite corroborar as perspetivas de autores como Edwards e Cooper (1988), Lazarus (1993), Le Fevre *et al.* (2003) e Kupriyanov e Zhdanov (2014), assim como verificar que os profissionais se encontram conscientes de que a experiência de algum nível de stresse é necessária para um melhor desempenho profissional.

No que diz respeito às estratégias de *coping* adotadas pelos enfermeiros para lidar com o stresse ocupacional, verifica-se uma necessidade de incentivar os profissionais a utilizar cada vez mais estratégias de *coping* de resolução de problemas, como: (i) procura de informação; (ii) obtenção de ajuda por parte de outrem; (iii) inibição das ações; e (iv) ação direta sobre o problema (Folkman & Lazarus, 1980), uma vez que estas estratégias estão associadas a menor fadiga e menor *distress* psicológico (Adriaenssens *et al.*, 2012). Assim, deverá consciencializar-se os profissionais para os efeitos positivos destas estratégias, para que sejam utilizadas em detrimento das estratégias de *coping* baseadas nas emoções, referidas por uma parte considerável dos entrevistados.

Em relação ao papel das chefias e da administração do hospital na gestão dos erros na instituição, os dados sugerem um empenho destes órgãos superiores nesse sentido. Contudo, no que diz respeito ao reconhecimento dos erros, grande parte dos entrevistados apenas se demonstrou disposta a reportar a prática de erros ao enfermeiro diretor. Assim, além de uma maior compreensão por parte dos superiores, verifica-se também a necessidade de implementação de mais medidas concretas para diminuir ou evitar os erros.

Quanto à diminuição/prevenção do stresse na organização, foi claro que uma parte considerável dos inquiridos considera que este processo deve ser realizado em conjunto entre os administradores e chefias e os próprios colaboradores, corroborando o modelo apresentado na revisão de literatura *Total Stress Management* (McHugh & Brennan, 1992). Contudo, revelaram-se limitações na organização quanto à implementação de medidas com o objetivo de diminuição/prevenção do stresse ocupacional. Destacaram-se algumas medidas já implementadas com esse propósito, ao mesmo tempo que foi realçado o *timing* inadequado da sua implementação e discutidos os resultados

de cada uma delas, sendo que a medida considerada mais eficaz pelos enfermeiros participantes diz respeito à flexibilidade de horários. Por sua vez, as caminhadas em grupo e aulas de pilates são medidas que não parecem surtir os efeitos desejados. Como sugestões de melhoria, foram mencionadas o investimento na formação dos enfermeiros, a realização de mais formações sobre stresse na instituição e a implementação de uma avaliação de desempenho dos profissionais.

Além disso, verifica-se uma necessidade de clarificar os objetivos das diferentes medidas de diminuição/prevenção de stresse ocupacional implementadas na instituição, uma vez que a maior parte dos entrevistados demonstrou dificuldades em referir medidas e em elencar os respetivos objetivos, quando na realidade aquelas já se encontravam implementadas.

## 6.2. Contributos do estudo

O presente estudo pretendeu investigar a perceção de enfermeiros relativamente à influência que o stresse ocupacional exerce na segurança dos pacientes. Com os seus resultados, espera-se ter contribuído para a consciencialização dos administradores e gestores de unidades de saúde para a importância do estudo do stresse ocupacional nos seus profissionais. Além disso, apesar de o tema ter sido abordado tendo em conta a perceção de uma parte dos enfermeiros pertencentes a uma unidade de saúde, a presente investigação permitiu contribuir para a discussão relativa à barreira de comunicação existente entre os profissionais de saúde e os administradores e gestores de unidade de saúde no que diz respeito à prática de erros e à consequente ameaça da segurança do paciente.

Relativamente às contribuições para a prática da gestão em organizações de saúde, o presente estudo aponta para a importância de intervenção em diversas áreas, de modo a melhorar os níveis de stresse ocupacional. Sugere-se uma melhoria dos procedimentos associados ao serviço de cirurgia, nomeadamente no que diz respeito à sincronização deste serviço com o de internamento e a uma melhor distribuição do volume de trabalho. Apesar de se compreender que a profissão dos enfermeiros se encontra constantemente sujeita a imprevisibilidades, considera-se pertinente um esforço por parte dos administradores e gestores das unidades de saúde de redução do volume de trabalho destes colaboradores, tendo sido este um *stressor* enfatizado no presente estudo, bem como ao longo da literatura analisada (e.g. Cooper & Marshall, 1976; Michie, 2002; Leka *et al.*, 2003). Considera-se também importante o desenvolvimento de medidas que permitam melhorar as relações interpessoais na organização, uma vez que os conflitos entre colaboradores foram identificados como um *stressor*

significativo, sendo também um tópico discutido por Cooper e Marshall (1976), Leka *et al.* (2003) e Quick e Henderson (2016).

Tendo em conta os resultados obtidos, considera-se também importante a criação de um clima de confiança na organização, para que os enfermeiros possam reconhecer a prática de erros junto de todos os superiores hierárquicos, permitindo o desenvolvimento de soluções no sentido da sua diminuição. Por sua vez, estas iniciativas contribuirão para uma melhoria ao nível do stresse ocupacional dos enfermeiros e da segurança dos pacientes aos quais estes profissionais prestam cuidados de saúde.

Além disso, os resultados do estudo conduzido apontam para a necessidade de implementação de mais iniciativas associadas à diminuição/prevenção do stresse ocupacional, bem como de melhorar as que já se encontram implementadas. O processo de diminuição/prevenção do stresse ocupacional deverá realizar-se a partir de um trabalho em conjunto entre as chefias e os colaboradores da instituição de saúde, sendo que cada uma das partes terá perspectivas e contribuições complementares.

### **6.3. Limitações do estudo e sugestões para investigação futura**

Uma limitação desta investigação prende-se com o facto de ter sido realizada numa amostra de pequena dimensão, pertencente a apenas uma instituição de saúde, o que não permite uma análise comparativa do tema em várias unidades de saúde, que poderia enriquecer as conclusões do estudo. Sendo assim, é sugerida a aplicação de estudos similares noutras instituições de saúde, a nível nacional e internacional. Considera-se também relevante que em estudos futuros sejam exploradas as perspectivas de outros profissionais de saúde relativamente ao tema.

Outra limitação do estudo diz respeito à técnica de amostragem utilizada. Esta consistiu numa amostragem não aleatória não intencional, pelo que o investigador não teve liberdade para escolher os elementos mais pertinentes a incluir na sua amostra. Na realização de futuros estudos qualitativos referentes ao tema em questão, recomenda-se a sua aplicação em populações de maior dimensão, com participantes escolhidos pelo investigador que permitam recolher dados mais ricos.

No estudo realizado sobressaíram alguns *stressors* mais frequentes, nomeadamente: (i) interação com os superiores hierárquicos; (ii) relacionamento com os médicos e restantes colegas de trabalho; (iii) grande volume de trabalho; (iv) exigências dos doentes e familiares; (v) fatores inerentes à profissão; e (vi) *stressors* associados ao serviço de cirurgia. Sendo assim, a análise mais aprofundada

destes *stressors* em estudos posteriores revela-se pertinente. Seria interessante analisar a sua frequência em diferentes unidades de saúde, a sua origem, as suas consequências, bem como as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com cada um deles.

Além disso, sugere-se a realização de investigações mais focadas na análise de medidas de diminuição/prevenção do stresse ocupacional em unidades de saúde, tendo em conta as perspetivas tanto dos superiores hierárquicos como dos colaboradores. Esta análise poderia consistir numa comparação entre as medidas apresentadas pelos superiores e pelos colaboradores e numa avaliação da eficácia de cada uma delas.

Recomenda-se ainda a realização de estudos quantitativos relativos ao tema que permitam complementar e validar as conclusões retiradas.

## Apêndice 1

### Guião da entrevista

Informação demográfica (idade, sexo, estado civil, com ou sem filhos, antiguidade na instituição, regime de trabalho a tempo integral ou tempo parcial, especialidade em que exerce).

- 1- Quais os principais fatores que considera stressantes no seu local de trabalho? Porquê?
- 2- O que entende por “segurança do paciente”?
- 3- Como caracteriza a segurança do paciente na sua instituição?
- 4- De que forma considera que o stresse no trabalho pode influenciar a qualidade dos cuidados de saúde que presta, nomeadamente no que diz respeito à prática de erros e à segurança do paciente?
- 5- Sente que já pôs em causa a segurança de um paciente pelo facto de se encontrar stressado/a? Se sim, descreva, por favor, a situação.
- 6- Quais as estratégias que utiliza para lidar com momentos stressantes no trabalho? Por que razão opta pelas estratégias referidas?
- 7- Sente que existe abertura por parte dos seus superiores para que possa reconhecer e reportar que cometeu algum erro no exercício das suas funções? [Em caso afirmativo] Após o reconhecimento do erro, a gestão da organização incentiva a implementação de medidas no sentido de evitar futuras ocorrências semelhantes?
- 8- Quem considera que deve ser responsável pela diminuição/prevenção do stresse na organização? [Se o entrevistado não responder satisfatoriamente à pergunta] Na sua opinião, deverá ser a administração a implementar medidas ou os profissionais devem ser responsáveis pela adoção das suas próprias estratégias que lhes permitam lidar com o stresse? Porquê?
- 9- Conhece alguma medida da organização em que trabalha que tenha como objetivo diminuir/prevenir o stresse ocupacional dos colaboradores? Se sim, qual?
- 10- Caso existam medidas implementadas, considera-as eficazes? Porquê?
- 11- Gostaria de acrescentar algo que considere oportuno sobre o tema em questão?

## Referências bibliográficas

- Adriaenssens, J., de Gucht, V. & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1411-1422.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P. & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.
- Beehr, T. A. (1998). Research on occupational stress: an unfinished enterprise. *Personnel Psychology*, 51(4), 835-844.
- Beehr, T. A. & Newman, J. E. (1978). Job stress, employee health, and organizational effectiveness: a facet analysis, model, and literature review. *Personnel Psychology*, 31(4), 665-699.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: investigating health and health services* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bowman, G. D. & Stern, M. (1995). Adjustment to occupational stress: the relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 294-303.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J.P., Weiler, P. C. & Hiatt, H. H. (2004). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Quality and Safety in Health Care*, 13(2), 145-151.
- Butler, G. (1993). Definitions of stress. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(occasional paper), 1-5.
- Caine, R. M. & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse*, 23(1), 59-65.
- Chang, E. M., Daly, J., Hancock, K. M., Bidewell, J. W., Johnson, A., Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 30-38.
- Chang, W. P. (2018). How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Applied Nursing Research*, 44, 25-32.
- Cho, E., Sloane, D. M., Kim, E. Y., Kim, S., Choi, M., Too, I. Y., Lee, H. S. & Aiken, L. H. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 535-542.
- Cooper, C. L. & Cartwright, S. (1994). Healthy mind; healthy organization: a proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47(4), 455-471.
- Cooper, C. L. & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, 49(1), 11-28.
- Cummings, T. G. & Cooper, C. L. (1998). A cybernetic theory of organizational stress. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 101-121). New York: Oxford University Press.

- De Boer, J. C., Lok, A., Van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., Bakker, A. B. & Smit, B. J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2), 316-326.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D. & Bongers, P. M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stress*, 18(2), 149-166.
- Edwards, J. R. (1992). A cybernetic theory of stress, coping, and well-being in organizations. *Academy of Management Review*, 17(2), 238-274.
- Edwards, J. R. & Cooper, C. L. (1988). The impacts of positive psychological states on physical health: a review and theoretical framework. *Social Science & Medicine*, 27(12), 1447-1459.
- Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P. & Craftman, Å. G. (2017). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), Consultado em Novembro 6, 2018, em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14143>
- Florea, R. & Florea, R. (2016). Individual and organizational implications of work-related stress. *Economy Transdisciplinary Cognition*, 19(1), 28-33.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21(3), 219-239.
- Forastieri, V. (2016). Prevention of psychosocial risks and work-related stress. *International Journal of Labour Research*, 8(1-2), 11-33.
- Foxall, M. J., Zimmerman, L., Standley, R. & Bené, B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 577-584.
- Geiger-Brown, J., Rogers, V. E., Trinkoff, A. M., Kane, R. L., Bausell, R. B. & Scharf, S. M. (2012). Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour shift nurses. *Chronobiology International*, 29(2), 211-219.
- Gellis, Z. D. (2002). Coping with occupational stress in healthcare. *Administration in Social Work*, 26(3), 37-52.
- Gelsema, T. I., Van Der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S. & Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 289-299.
- Gibbons, C., Dempster, M. & Moutray, M. (2011). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 621-632.
- Gibbons, C., Dempster, M. & Moutray, M. (2008). Stress and eustress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 282-290.

- Glickman, S. W., Baggett, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D. & Schulman, K. A. (2007). Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 341-348.
- Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., Schoonhoven, L., Tishelman, C. & Aiken, L. H. (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Medical Care*, 52(11), 975-981.
- Hall, L. M., Doran, D. & Pink, G. H. (2004). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.
- Hasan, A. A. & Tumah, H. (2019). The correlation between occupational stress, coping strategies, and the levels of psychological distress among nurses working in mental health hospital in Jordan. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 153-160.
- Hasheesh, M. O. A., AboZeid, S. A., El-Said, S. G. & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4), 384-394.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- Isikhan, V., Comez, T. & Danis, M. Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 234-244.
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P. & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2), 178-187.
- Josten, E. J. C., Ng-A-Tham, J. E. E. & Thierry, H. (2003). The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 643-652.
- Jung, H. S. & Yoon, H. H. (2016). Why is employees' emotional intelligence important? The effects of EI on stress-coping styles and job satisfaction in the hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 28(8), 1649-1675.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Kirkcaldy, B. D. & Martin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: individual differences. *Stress Medicine*, 16(2), 77-89.

- Kirwan, M., Matthews, A. & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253-263.
- Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E. & Saridi, M. (2015). The impact of healthcare workers job environment on their mental-emotional health. Coping strategies: the case of a local general hospital. *Health Psychology Research*, 3(1), 12-17.
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., Meerlo, P., Murison, R., Olivier, B., Palanza, P., Richter-Levin, G., Sgoifo, A., Steimer, T., Stiedl, O., van Dijk, G., Wöhr, M. & Fuchs, E. (2011). Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1291-1301.
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: methods and techniques* (2nd ed.). New Delhi: New Age International.
- Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, G. L., Succop, P. & Mentzel, T. K. (2013). Prospective study of violence against ED workers. *American Journal of Emergency Medicine*, 31(1), 197-205.
- Kupriyanov, R. & Zhdanov, R. (2014). The eustress concept: problems and outlooks. *World Journal of Medical Sciences*, 11(2), 179-185.
- Lake, E. T., Hallowell, S. G., Kutney-Lee, A., Hatfield, L. A., Guidice, M. D., Boxer, B. A., Ellis, L. N., Verica, L. & Aiken, L. H. (2016). Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 24-32.
- Laranjeira, C. A. (2011). The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1755-1762.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
- Le Fevre, M., Matheny, J. & Kolt, G. S. (2003). Eustress, distress and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 726-744.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 272(23), 1851-1857.
- Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2003). *Work organisation & stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneva: World Health Organization.
- Li, L., Ai, H., Gao, L., Zhou, H., Liu, X., Zhang, Z., Sun, T. & Fan, L. (2017). Moderating effects of coping on work stress and job performance for nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in China. *BMC Health Services Research*, 17(1), Consultado em Outubro 31, 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5469137/>
- Lowe, R. & Bennett, P. (2003). Exploring coping reactions to work-stress: application of an appraisal theory. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 393-400.

- Lukose, S. & Azeez, A. (2015). Occupational stress, mental health and attitude towards mental illness of nursing staff working in general and psychiatric hospital: a comparative study. *Journal of Organisation & Human Behaviour*, 4(4), 23-31.
- Magalhães, A. M. M., Dall'Agnol, C. M. & Marck, P. B. (2013). Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(special number), 146-154.
- Magilvy, J. K. & Thomas, E. (2009). A first qualitative project: qualitative descriptive design for novice researchers. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4), 298-300.
- Magnavita, N. & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, Consultado em Novembro 1, 2018, em <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-108>
- Mayo, A. M. & Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 209-217.
- McFadden, K. L., Stock, G. N. & Gowen, C. R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*, 40(1), 24-34.
- McHugh, M. & Brennan, S. (1993). Managing work stress: a key issue for all organization members. *Employee Counselling Today*, 5(1), 16-21.
- McHugh, M. & Brennan, S. (1992). Organization development and total stress management. *Leadership & Organization Development Journal*, 13(1), 27-32.
- Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(1), 67-72.
- Moon, T. W. & Hur, W. M. (2011). Emotional intelligence, emotional exhaustion, and job performance. *Social Behaviour and Personality*, 39(8), 1087-1096.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77-89.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-219.
- Narayanan, L., Menon, S. & Spector, P. E. (1999). Stress in the workplace: a comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behaviour*, 20(1), 63-73.
- Nikolaou, I. & Tsaousis, I. (2002). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10(4), 327-342.
- Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (2001). A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 419-426.

- Ogińska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 167-175.
- Olds, D. M., Aiken, L. H., Cimmiotti, J. P. & Lake, E. T. (2017). Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 155-161.
- Ongori, H. & Agolla, J. E. (2008). Occupational stress in organizations and its effects on organizational performance. *Journal of Management Research*, 8(3), 123-135.
- Palmer, S., Cooper, C. & Thomas, K. (2001). Model of organisational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme – a short communication. *Health Education Journal*, 60(4), 378-380.
- Parikh, P., Taukari, A. & Bhattacharya, T. (2004). Occupational stress and coping among nurses. *Journal of Health Management*, 6(2), 115-127.
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D. & Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Students*, 48(7), 829-837.
- Pope, C. & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*, 311(6996), 42-45.
- Quick, J. C. & Henderson D. F. (2016). Occupational stress: preventing suffering, enhancing wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 459-470.
- Raleigh, E. D. (1980). The stress response. *Occupational Health Nursing*, 28(12), 11-14.
- Rani, P. B. & Yadapadithaya, P. S. (2018). Conquering workplace stress through emotional intelligence: strategies and possibilities. *Indian Journal of Commerce & Management Studies*, 9(1), 7-12.
- Rizzo, J. R., House, R. J. & Lirtzam, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150-163.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology*, 6(2), 117-230.
- Shiao, J. S. C., Tseng, Y., Hsieh, Y. T., Hou, J. Y., Cheng, Y. & Guo, Y. L. (2010). Assaults against nurses of general and psychiatric hospitals in Taiwan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(7), 823-832.
- Shortell, S. M. (1999). The emergence of qualitative methods in health services research. *Health Services Research*, 34(5), 1083-1090.

- Shortell, S. M., Bennett, C. L. & Byck, G. R. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 593-624.
- Singh, R. (2016). Managing organizational stress. *AAYAM-AKGIM Journal of Management*, 6(1), 19-25.
- Sofaer, S. (1999). Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Services Research*, 34(5), 1101-1118.
- Subramanian, S. & Kumar, M. V. (2012). Burn-out and coping strategies among nurses treating HIV/AIDS, cancer and general patients. *Journal of Organisation & Human Behaviour*, 1(3), 54-61.
- Suri, H. (2011). Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63-75.
- Sutton, J. & Austin, Z. (2015). Qualitative research: data collection, analysis, and management. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 68(3), 226-231.
- Tomazoni, A., Rocha, P. K., Ribeiro, M. B., Serapião, L. S., Souza, S. & Manzo, B. F. (2017). Perception of nursing and medical professionals on patient safety in neonatal intensive care units. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), Consultado em Outubro 25, 2018, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100409&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100409&lng=pt&tlng=pt)
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Gurses, A. P., Liang, Y. & Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research*, 60(1), 1-8.
- Trousselard, M., Dutheil, F., Naughton, G., Cosserant, S., Amadon, S., Dualé, C. & Schoeffler, P. (2016). Stress among nurses working in emergency, anesthesiology and intensive care units depends on qualification: a job demand-control survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(2), 221-229.
- Tucker, A. L. (2004). The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. *Journals of Operations Management*, 22(2), 151-169.
- Van Vianen, A. E. M. (2018). Person-environment fit: a review of its basic tenets. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behaviour*, 5(1), 75-101.
- Vicente, A., Shadvar, S., Lepage, S. & Rennick, J. E. (2016). Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 216-224.
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Wakefield, J. G. & Jorm, C. M. (2009). Patient safety – a balanced measurement framework. *Australian Health Review*, 33(3), 382-389.

- Welbourne, J. L., Eggerth, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E. & Sanchez, F. (2007). Coping strategies in the workplace: relationships with attributional style and job satisfaction. *Journal of Vocational Behaviour*, 70(2), 312-325.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M. & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Medical Association*, 296(9), 1071-1078.
- Yuwanich, N., Sandmark, H. & Akhavan, S. (2016). Emergency department nurses' experiences of occupational stress: a qualitative study from a public hospital in Bangkok, Thailand. *Work*, 53(4), 885-897.