

**SÓNIA MARIA LUÍS JACINTO**

**PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA EM ENFERMEIROS  
NO CONTEXTO HOSPITALAR:  
ASSOCIAÇÃO COM *JOB ENGAGEMENT* E PERCEÇÃO  
DE AUTOEFICÁCIA**

**Orientador: Professor Doutor Vasco Reis**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2014**

**SÓNIA MARIA LUÍS JACINTO**

**PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA EM ENFERMEIROS  
NO CONTEXTO HOSPITALAR:  
ASSOCIAÇÃO COM *JOB ENGAGEMENT* E PERCEÇÃO  
DE AUTOEFICÁCIA**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde no curso de Gestão de Unidades de Saúde conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Professor Doutor Vasco Reis

Coorientador: Mestre Osvaldo Santos

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

**Lisboa**

**2014**

*O progresso é impossível sem mudança. Aqueles que não conseguem mudar as suas mentes não conseguem mudar nada.*

(Bernard Shaw)

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o resultado de muitas horas de reflexão, de leituras e de trabalho, mas também surge como fruto da colaboração de muitas pessoas que de forma direta ou indireta permitiram que esta caminhada se tornasse possível.

Gostaria de agradecer:

Ao Professor Doutor Vasco Reis, orientador da dissertação, pelas observações pertinentes e pela orientação construtiva dada nos momentos cruciais.

Ao Mestre Osvaldo Santos, coorientador da dissertação, que abraçou esta ideia desde o primeiro momento. A sua inspiração, motivação, apoio e disponibilidade em tempo e *know-how* foram uma constante ao longo deste estudo.

Aos meus pais, Edna e José, por serem o pilar mais importante na minha vida académica, profissional e pessoal e onde consigo encontrar força e coragem nos bons e maus momentos.

Ao meu namorado, Edgar, pelo apoio dado, compreensão e presença ao longo deste percurso.

Aos meus amigos, restantes familiares, colegas e professores pelas conversas construtivas e pelo incentivo dado.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. – Hospital Santa Maria e Enfermeiros Chefes que gentilmente autorizaram a recolha de dados e a todos os enfermeiros que com a sua participação permitiram a concretização deste meu sonho.

## RESUMO

Os enfermeiros enfrentam diariamente diretivas que alteram os métodos de trabalho, nomeadamente no âmbito da qualidade e segurança do doente. Como tal, é importante que o gestor identifique se os profissionais estão prontos e comprometidos com as novas medidas, e de que forma fenómenos como o *Job Engagement (JE)* e a Perceção de Autoeficácia (PAE) influenciam este processo, de forma a prever comportamentos e a adequar estratégias na implementação da mudança.

Esta investigação teve por objetivo caracterizar a prontidão e o compromisso com a mudança de enfermeiros em contexto hospitalar, no âmbito de mudanças organizacionais promotoras da segurança do doente (SD), e analisar a associação entre JE e PAE na adoção de novas medidas de prevenção de infeção (lavagem de mãos) e de identificação do doente (uso de pulseira).

O estudo baseia-se numa abordagem quantitativa, do tipo descritivo, observacional e transversal. A recolha de dados foi efetuada através de questionários autoadministrados a enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. – Hospital Santa Maria (CHLN-HSM). Trata-se de um censo de enfermeiros integrados em serviços dos departamentos de cirurgia e medicina. Os questionários foram distribuídos com apoio da enfermeira-chefe de cada serviço, sendo a resposta anónima e confidencial (questionários entregues em envelope fechado e depositados em caixa de recolha apenas acessível pelo investigador). O questionário incluía um conjunto de escalas previamente estudadas: a adaptação do *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)*, o *Commitment to Organizational Change*, o *General Self-Efficacy (GSE)* e a *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)*.

No total, participaram 265 enfermeiros (o que corresponde a uma taxa de resposta de 57,1%). Os resultados obtidos demonstram que há uma correlação significativa entre JE, PAE, compromisso com a mudança (CM) e prontidão para a mudança (PM). Verifica-se que os enfermeiros “engajados” e com elevada perceção de autoeficácia estão mais comprometidos com a mudança (em especial, com compromisso afetivo com a mudança). A perceção de autoeficácia é variável mediadora da relação JE e CM afetivo.

Conclui-se ser fundamental que os gestores adotem estratégias que mantenham os funcionários motivados, promovendo a perceção de autoeficácia quanto às suas capacidades enquanto profissionais e promovendo o *job engagement* continuado no tempo. Desta forma será expectável maior adesão e envolvimento por parte dos enfermeiros a novas medidas a implementar.

**Palavra-Chave:** Segurança do doente; *Job engagement*; Perceção de autoeficácia; Compromisso com a mudança organizacional; Prontidão para a mudança organizacional.

## ABSTRACT

Nurses face daily guidelines that change their working methods, mainly in the context of quality and patient safety. As such, it is important to the manager to identify professional's readiness and commitment to new measures, and understand how phenomena such as Job Engagement (JE) and Self-efficacy Perception (PAE) influence this process, in order to predict behaviours and adjust strategies throughout change implementation.

This research aims to characterize the readiness and commitment to change of nurses in a hospital during organizational changes that aspire patient safety (SD), and to analyse the association between JE and PAE in the course of the acceptance of new measures of infection prevention (washing hands) and patient identification (use of bracelet).

The study is based on a quantitative, descriptive, observational, cross-sectional approach. Data collection was conducted through self-administered questionnaires to nurses working at Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. – Hospital Santa Maria (CHLN-HSM). This is a census of nurses integrated in units of the department of surgery and medicine. The questionnaires were distributed with the support of the head chief nurse of each unit, and the response was anonymous and confidential (questionnaires were delivered in a sealed envelope and deposited in the collection box, accessible only by the investigator). The questionnaire included a set of scales previously studied: the adaptation of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA), the Commitment to Organizational Change, the General Self-Efficacy (GSE) and the Utrecht Work Engagement Scale (UWES).

In total, 265 nurses participated (which corresponds to a response rate of 57.1%). The results show that there is a significant correlation between JE, PAE, commitment to change (CM) and readiness to change (PM). It indicates that engaged nurses with high self-efficacy perception are more committed to change (especially with affective commitment to change). The perception of self-efficacy mediates the relationship between JE and CM affective.

Therefore it is essential that managers adopt strategies that keep employees motivated, promoting the perception of self-efficacy regarding their abilities as professionals and promoting continued job engagement in time. This could lead to greater support and involvement by nurses to new measures.

**Keywords:** Patient safety, Job engagement, Self-efficacy perception, Commitment to organizational change; Readiness to organizational change.

## ABREVIATURAS

<b>AA</b>	Acontecimento Adverso
<b>CCP</b>	Controlo Comportamento Percebido
<b>CHLN-HSM</b>	Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. – Hospital Santa Maria
<b>CM</b>	Compromisso com a Mudança
<b>CMA</b>	Compromisso com a Mudança Afetivo
<b>CMC</b>	Compromisso com a Mudança de Continuidade
<b>CMN</b>	Compromisso com a Mudança Normativo
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GSE</b>	<i>General Self Efficacy</i>
<b>ID</b>	Identificação do Doente
<b>II</b>	Implementação de Intenção
<b>IOM</b>	<i>Institute of Medicine</i>
<b>JCAHO</b>	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
<b>JE</b>	<i>Job Engagement</i>
<b>MO</b>	Mudança Organizacional
<b>MTM</b>	Modelo Transteórico da Mudança
<b>NHS</b>	<i>National Health Service</i>
<b>PAE</b>	Perceção de Autoeficácia
<b>PI</b>	Prevenção de Infeção
<b>QS</b>	Qualidade em Saúde
<b>RM</b>	Resistência à Mudança
<b>SD</b>	Segurança do Doente
<b>UCIDI</b>	Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas
<b>URICA</b>	<i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i>
<b>UWES</b>	<i>Utrecht Work Engagement Scale</i>
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	2
RESUMO .....	3
ABSTRACT.....	4
ABREVIATURAS.....	5
ÍNDICE .....	6
ÍNDICE DE TABELAS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
1. INTRODUÇÃO .....	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
2.1. Mudança em Saúde: a segurança do doente em busca da qualidade .....	12
2.1.1. Qualidade em Saúde: o objetivo da mudança .....	12
2.1.2. Segurança do Doente: o pilar fundamental da Qualidade em Saúde .....	15
2.1.2.1. A realidade dos profissionais de saúde na Segurança do Doente .....	19
2.1.3. Mudança em saúde: o papel do <i>job engagement</i> .....	20
2.2. Mudança Organizacional.....	24
2.2.1. Mudança: conceitos e realidade .....	24
2.2.2. Resistência à mudança .....	28
2.2.3. Estratégias para lidar com a Resistência à Mudança .....	32
2.2.4. Compromisso com a mudança organizacional .....	36
2.3. Determinantes da mudança comportamental a nível individual .....	38
2.3.1. Modelos Motivacionais .....	39
2.3.2. Modelos de ativação comportamental .....	44
2.3.3. Modelos desenvolvimentais ou multi-fases.....	46
2.4. Finalidade e mapa conceptual do estudo .....	50
3. OBJETIVOS .....	53
3.1. Objetivos gerais .....	53
3.2. Objetivos específicos.....	53
4. MÉTODOS.....	55
4.1. Desenho do estudo e método de recolha de dados .....	55

4.2. População, Amostragem e Amostra.....	55
4.2.1. Processo de recolha de dados .....	55
4.3. Instrumento de recolha de dados .....	56
4.4. Análise estatística .....	59
4.5. Aspetos éticos .....	60
5. RESULTADOS.....	61
5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra .....	61
5.2. Consistência interna dos instrumentos utilizados no estudo .....	64
5.3. Prontidão para a mudança.....	66
5.4. Compromisso com a Mudança .....	67
5.5. Job Engagement.....	67
5.6. Perceção de Autoeficácia .....	68
5.7. Associação entre compromisso com a mudança, prontidão para a mudança, <i>job engagement</i> e perceção de autoeficácia .....	68
5.8. Análise de mediação entre compromisso com a mudança, <i>job engagement</i> e perceção de autoeficácia.....	72
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	74
7. CONCLUSÃO.....	82
Bibliografia .....	85
APÊNDICES .....	i
Apêndice I .....	ii
Apêndice II .....	iii
Apêndice III .....	iv
Apêndice III .....	iv
Apêndice IV.....	xi
ANEXOS .....	xii
Anexo I .....	xiii

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra .....	62
Tabela 2 - Caracterização profissional da amostra.....	63
Tabela 3 – Consistência interna do questionário de prontidão para a mudança, do questionário de compromisso para a mudança, do questionário UWES e do questionário GSE .....	65
Tabela 4 – Prontidão para a mudança por dimensão (resistência e mudança) e por tipo de procedimento (prevenção de infeção e identificação do doente): estatísticas descritivas .....	66
Tabela 5 – Compromisso com a mudança por dimensão (afetivo, continuidade e normativo) e por tipo de procedimento (prevenção de infeção e identificação do doente): estatísticas descritivas .....	67
Tabela 6 – <i>Job engagement</i> : estatísticas descritivas .....	68
Tabela 7 – Perceção de autoeficácia: estatísticas descritivas.....	68
Tabela 8 – Matriz de correlações relativamente a procedimentos de prevenção de infeção	69
Tabela 9 - Matriz de correlações relativamente a procedimentos de identificação do doente .....	71

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa conceptual do estudo .....	51
Figura 2 - Distribuição dos participantes no estudo, por serviço do CHLN-HSM.....	61
Figura 3 - Associação entre variáveis, relativamente a procedimentos de prevenção de infeções.....	70
Figura 4 - Associação entre variáveis, relativamente a procedimento de prevenção de infeções.....	71
Figura 5 – Associação entre <i>job engagement</i> e compromisso para a mudança afetiva, com e sem mediação da variável perceção de autoeficácia, relativamente ao procedimento de prevenção de infeções.....	72
Figura 6 - Associação entre <i>job engagement</i> e compromisso para a mudança afetiva, com e sem mediação da variável perceção de autoeficácia, relativamente ao procedimento de identificação do doente .....	73

## 1. INTRODUÇÃO

A última década, em Portugal e na Europa, tem sido caracterizada por mudanças profundas em diferentes contextos, orientadas por pressões económico-financeiras, sociais e políticas, implicando uma constante adaptação das organizações a diferentes níveis. As organizações envolvidas em cuidados de saúde a nível nacional não são exceção. De facto, as instituições de saúde portuguesas enfrentam atualmente mudanças organizacionais decorrentes de processos de acreditação e de reformas na política da saúde. Nos hospitais portugueses, estas mudanças pautam-se essencialmente pela busca da qualidade de cuidados prestados, nomeadamente naqueles que se focam na segurança do doente, considerada pela World Health Organization (WHO) (2008) como um pilar fundamental dos cuidados em saúde.

Assim sendo, os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros que prestam cuidados a nível hospitalar, deparam-se diariamente com a introdução de medidas e diretivas que visam a segurança do doente (SD). Estes novos protocolos têm a missão de enquadrar, nas rotinas diárias, procedimentos relacionados com a identificação do doente, a prevenção de infeções, o preenchimento da *checklist* e a efetivação e monitorização do registo de quedas e de incidentes críticos. Estes procedimentos acarretam alterações de rotinas de trabalho já enraizadas nos cuidados prestados pelos enfermeiros, e que se concretizam em mais trabalho, com um maior nível de complexidade.

Assim, a gestão da mudança constitui uma das preocupações fundamentais do responsável pela introdução destas mudanças (Cunha & Rego, 2002). Este terá que estar consciente do que é na realidade a mudança organizacional, qual a sua abrangência e de que forma essa é encarada pelos funcionários, uma vez que as pessoas são o elo de ligação entre a implementação de uma nova estratégia e os resultados obtidos (António, 2012). Desta forma, é fundamental que o gestor identifique até que ponto as pessoas estão prontas para a mudança e em que grau se encontram comprometidas com as novas medidas, para desta maneira adequar a estratégia utilizada e minimizar a resistência.

Para além de ter presente os vários modelos explicativos dos processos de mudança, o gestor deverá perceber que a mudança comportamental é influenciada por processos sociocognitivos e psicológicos (Bahls & Navolar, 2004), como por exemplo o fenómeno *Job Engagement* (JE) e a perceção de autoeficácia (PAE) pelos profissionais de saúde relativamente à sua capacidade de adaptação a novas formas de trabalho.

O JE, caracterizado por uma constelação de afetos e cognições persistentes, relacionados com o contexto laboral (Angst, Benevides-Pereira & Porto-Martins, 2009) e a PAE, enquanto determinante sociocognitivo major de comportamentos, pensamentos e

emoções (Souza & Souza, 2004) são dois constructos inerentes a qualquer contexto de mudanças organizacionais.

Apesar da diversidade de estudos realizados com estes constructos (JE e PAE), não foram encontrados trabalhos que descrevessem a relação destas duas variáveis com a prontidão para a mudança e com o compromisso com a mudança organizacional, por parte dos enfermeiros em contexto hospitalar.

Importa explicitar que esta área de investigação se tornou prioritária para a investigadora por ser enfermeira e prestar cuidados de saúde em contexto hospitalar, no qual testemunhou (e sentiu) por diversas vezes dificuldades na implementação de novas medidas. Não descurando outras alterações de rotinas de trabalho que vêm surgindo no contexto de promoção de qualidade dos cuidados de saúde, a autora optou pela análise da adoção de medidas que visam a SD, por considerar que estas são peças fundamentais na busca pela qualidade em saúde, com benefícios imediatos para o doente, família e instituição no seu todo.

Assim, a investigadora considerou importante aplicar os fenómenos sociocognitivos de JE e PAE à realidade atual do sistema de saúde português, nomeadamente numa instituição hospitalar, e junto de enfermeiros, por estes constituírem um grupo profissional que enfrenta atualmente grandes alterações na linha orientadora da prestação de cuidados. Por outras palavras, é importante perceber de que forma dimensões sociocognitivas como o JE e a PAE influenciam a implementação de mudanças organizacionais na perspetiva dos enfermeiros em contexto hospitalar, e até que ponto existe compromisso destes profissionais para as mudanças em curso, em associação com as dimensões acima referidas.

Neste sentido, este trabalho de investigação surge como contributo de conhecimento, no sentido de dotar líderes e gestores hospitalares de informação que importa aplicar na prática de administração da mudança organizacional, promovendo a redução de resistência por parte dos profissionais (quanto aos comportamentos que importa alterar) e, desta forma, melhorando o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados.

O presente trabalho está dividido em seis partes fundamentais. O primeiro capítulo é dedicado ao enquadramento teórico, com apresentação de conceitos relevantes para a qualidade em saúde e descrição de teorias relacionadas com os processos de mudança e fatores motivacionais, culminando no mapa conceptual do estudo. O segundo capítulo apresenta os objetivos do presente trabalho. O terceiro capítulo descreve os métodos, ou seja, o desenho do estudo, a população e amostra estudadas, a estratégia e instrumento de recolha de dados, análise estatística e aspetos éticos. O quarto capítulo corresponde à apresentação de resultados. No quinto capítulo é apresentada a discussão dos resultados

apresentados e as limitações dos métodos. Por fim, é apresentada a conclusão desta investigação e são abordadas sugestões futuras em relação à análise desta temática.

A redação do presente trabalho foi efetuada de acordo com o novo acordo ortográfico e, nas citações e referenciação bibliográfica, foram usadas as normas da *American Psychological Association*.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Mudança em Saúde: a segurança do doente em busca da qualidade

As mudanças em saúde estiveram sempre presentes ao longo da história e ocorrem em diferentes setores das instituições de saúde, nomeadamente a nível cultural, tecnológico, estrutural, político e estratégico. Independentemente do tipo de mudança organizacional que se pretenda instituir, o objetivo final implica adoção, por parte dos profissionais, de novos procedimentos e estratégias que, em última instância e numa lógica de melhoria continuada, devem visar a qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

#### 2.1.1. Qualidade em Saúde: o objetivo da mudança

A qualidade tem sido uma preocupação permanente em todas as organizações de diversos setores. Na área da saúde, e desde os tempos de Florence Nightingale (com o início dos registos e organização dos cuidados prestados durante a Guerra da Crimeia), tem sido dada uma especial atenção à qualidade (Costa, Padilha, Amante, Costa & Bock, 2009).

Donabedian (1988) considerou desde cedo que definir qualidade em saúde (QS) era uma missão complicada porque, apesar de ser real e ser um conceito que desperta interesse, não era mensurável. Para o mesmo autor é essencial ter uma definição de QS e dos fatores que a constituem para que desta forma esta seja passível de medição. Assim, houve a perceção de que seria possível reunir diferentes definições de (QS) dependendo da posição que se tem no sistema de saúde. De facto, como Nunes & Rego (2002, p. 113) destacam, a QS pode ser entendida de múltiplas formas *“consoante se trate de profissionais envolvidos na prestação de cuidados, dos utentes dos serviços, dos responsáveis pela gestão a nível local ou regional, ou mesmo da administração central”*.

Assim, a definição apresentada por Donabedian (1988) tem em conta os aspetos técnico e interpessoal. O primeiro aspeto relacionado com o conhecimento e avaliação que deve ser feito para implementar e prestar cuidados de saúde é o aspeto interpessoal. Este corresponde ao veículo necessário para colocar em prática a parte técnica. Por outras palavras, este aspeto engloba a comunicação entre doente e cuidador, que permite veicular informação essencial para o diagnóstico. Desta forma, para entender a QS é necessário envolver o cuidado, a comunidade, o doente e o técnico que cuida. Para tal, Donabedian (1988), considerado o pai da avaliação da qualidade, desenvolveu um modelo em tríade que

se foca na estrutura, no processo e nos resultados. A **estrutura** refere-se aos recursos materiais e humanos e à organização; o **processo** engloba as atividades realizadas pelos diferentes grupos profissionais e que podem ser analisados do ponto de vista técnico e de gestão; e os **resultados** correspondem ao produto final dos cuidados prestados (de acordo com o que está padronizado), nomeadamente os ganhos em saúde para o doente, e a sua satisfação. Neste sentido, a QS foi definida como sendo um prolongamento da missão da organização, que passa por ir ao encontro das necessidades e expectativas dos doentes e família, e obter maiores benefícios com baixos riscos de acordo com os recursos disponíveis e valores definidos (Donabedian, 1988).

A QS também pode ser perspectivada como um processo dinâmico, contínuo e de intensa atividade na identificação de falhas que devem ser revistas, atualizadas e divulgadas por todos os intervenientes da organização, tendo como objetivo o defeito zero (filosofia pela qual se pauta a indústria moderna).

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (1993), uma das entidades internacionais responsáveis pela avaliação da qualidade em saúde, define a mesma como sendo a forma de os serviços de saúde aumentarem os resultados esperados e de reduzirem a possibilidade de obter resultados indesejados, com base nos conhecimentos atuais. Esta noção foi reforçada no ano 2000 pelo *Institute of Medicine* (IOM) nos EUA, que perspetiva a QS como o grau em que os serviços e os cuidados prestados ao indivíduo e populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados de saúde (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Apesar da crescente importância dada à QS, é de realçar que até à década de 80 (século passado) a qualidade era considerada como algo intrínseco ao sistema e que dependia apenas das aptidões dos profissionais. No entanto, com a introdução progressiva de estratégias de gestão nas instituições de saúde que abrangiam os profissionais de saúde na tomada de decisões, e apesar dos sucessivos cortes financeiros, a qualidade foi ganhando protagonismo no seio das organizações (Donaldson & Gray, 1998). Numa abordagem mais generalista, os mesmos autores, baseando-se no que foi proposto pelo *National Health Service (NHS)*, referem que a QS pode ser definida como o ato de fazer as coisas certas, nas pessoas certas, no tempo certo e fazendo-as bem logo na primeira vez, realçando desta forma o processo dos cuidados e os conceitos de efetividade e adequação.

Pisco (2001) caracteriza a qualidade como um valor não absoluto, multidimensional, influenciado por diferentes fatores e que varia ao longo do tempo de acordo com o crescimento organizacional e com o progresso científico. Pisco & Biscaia (2001) defendem que apesar de vários conceitos terem origem no setor da indústria, existem características inerentes à QS que a distinguem das diferentes áreas nomeadamente:

- Pressupõe diminuir e satisfazer as necessidades, e não responder à procura oferecendo mais;
- Não procura novos nichos no mercado, é pró-ativa dando uma resposta preventiva;
- Reúne de forma integrada atributos como a acessibilidade, eficiência, efetividade e equidade.

Desta forma, e para uma melhor compreensão relativamente à QS é necessário, numa primeira fase, identificar as respetivas dimensões que podem variar de acordo com as entidades responsáveis que as definem. Whittaker (2007), com base no que a JCAHO define, aponta como dimensões da QS a adequação, a disponibilidade, a competência, a continuidade, a eficiência, a eficácia, a efetividade, a prevenção/deteção precoce, o respeito pelo doente, a segurança e a pontualidade. Para a IOM, estas dimensões são o foco da melhoria da qualidade nas instituições, para além das vertentes técnicas, ambientais, relacionais e organizacionais, sendo por isso necessário definir estratégias, mapear processos, definir indicadores e padrões passíveis de serem monitorizados e avaliados (Moreno, 2007).

De forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade, urge a necessidade de adotar um processo que permita a identificação dos problemas na qualidade em saúde, correção de erros e redução de variabilidade indesejada com base num sistema de responsabilidade coletiva (Pisco & Biscaia, 2001). No âmbito da monitorização da QS em Portugal, o decreto de lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro conferiu à Direção Geral de Saúde (DGS) o poder de “*promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional*”. Assim, esta organização promove junto das instituições de saúde a missão da Estratégia Nacional para a QS, atendendo às seguintes prioridades estratégicas previamente selecionadas:

- Qualidade clínica e organizacional;
- Informação transparente ao cidadão;
- Segurança do doente;
- Qualificação e acreditação nacional das unidades de saúde;
- Gestão integrada da doença e inovação;
- Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos.

Ao longo dos anos foram desenvolvidos vários ciclos a seguir para a melhoria contínua da qualidade, entre os quais o *Total Quality Management* (que pressupõe planear,

formular um plano de ação, verificar se o plano foi bem implementado e monitorizar, reajustando o plano se necessário) e, mais recentemente, recorrendo a programas de acreditação das unidades de saúde (Donaldson & Gray, 1998). Esta acreditação visa apontar para um caminho positivo na prestação de cuidados aos doentes e também estabelecer padrões com níveis crescentes no que concerne à melhoria da qualidade nas instituições de saúde (Feldman, Gatto & Cunha, 2005). A promoção da cultura de QS dentro das organizações tem sido uma preocupação cada vez maior para os vários responsáveis a nível nacional e internacional, tendo para esse efeito sido aplicadas diversas reformas no seio das unidades de saúde. No entanto, é expectável que toda a transformação necessária para que se assegure um ambiente de qualidade, e com melhorias contínuas, leve tempo a ser implementada. Al-Mandhari (2007) justifica que esta demora se deve ao facto de estas alterações, para além de se focarem nos aspetos técnicos, necessitarem de margem temporal para mudar as atitudes dos profissionais e a cultura enraizada na instituição.

### **2.1.2. Segurança do Doente: o pilar fundamental da Qualidade em Saúde**

A segurança do doente (SD) está intimamente ligada à qualidade porque “*na verdade não existirá qualidade sem segurança*” (Fragata, 2010, p.568). Embora o conceito de SD já fosse indissociável da qualidade, foi consagrado como direito humano essencial, reconhecido e valorizado pela União Europeia em 2005, e adicionado ao modelo triangular de Donabedian que caracterizava a qualidade (Fragata, 2010).

A SD esteve sempre presente no quotidiano diário das instituições de saúde. No entanto, ganhou mais relevo após o relatório lançado pela Academia Nacional das Ciências nos EUA em 1999, onde deu a conhecer ao mundo o número elevado de mortes anuais resultantes de erros médicos (Sousa et al., 2009). Desde então, e por ser considerada um sério problema de saúde pública, esta temática tem tido uma especial atenção por parte de todos os profissionais de saúde, gestores e responsáveis pelas políticas de saúde nos diferentes países (Sousa, 2006). Vincent (2010) define SD recorrendo à definição apresentada pela *National Patient Safety Foundation* em 2000, que indica que a SD deve ser percebida como o evitamento, a prevenção e a melhoria dos resultados adversos ou lesões resultantes dos cuidados de saúde.

De forma a promover a SD, importa perceber o que são acontecimentos adversos. O acontecimento adverso (AA) corresponde à lesão provocada de forma não intencional e derivada de tratamento médico (e não do processo de doença), que leva a um maior tempo de hospitalização ou a algum prejuízo (Brennan et al., 1991). Face a esta realidade, é importante identificar as causas destes acontecimentos adversos, de forma a resolvê-los ou

minimizá-los. Esta tarefa torna-se árdua pelo facto de as instituições de saúde serem meios complexos, dotados de tecnologia em constante atualização e onde ocorre interação contínua entre diferentes classes profissionais, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Sousa, 2006). Para obter uma melhor compreensão das causas subjacentes dos AA, Fragata & Martins (2005) fazem a distinção entre **falhas latentes** (resultantes da interação do homem e objeto de manipulação com consequências imediatas) e **falhas ativas** (existentes nos sistema de forma oculta e invisível, como por exemplo o envolvimento físico ou a gestão, que por si só ou em conjunto podem resultar em acontecimentos adversos, mesmo não tendo um impacto imediato). Serranheira, Uva, Sousa, & Leite (2009) apontam outros aspetos para explicar a causalidade dos AA:

- **Características individuais dos intervenientes no processo de cuidados** - especificidades dos doentes (idade ou sexo) e a experiência dos profissionais que podem condicionar de certa forma a prática de cuidados.
- **Acontecimento onde está presente o erro humano** - este ponto está relacionado com efeitos adversos decorrentes do desempenho clínico, que podem ser motivados pelo não cumprimento das normas implementadas, pela sobrecarga de trabalho, pela rotinização ou, em oposição, pelo aparecimento de situações novas e inesperadas.
- **Interfaces desadequadas entre o Homem e a tecnologia existente** - situação muito frequente no manuseamento de dispositivos médicos avançados e de aplicações de *software* desenvolvidas.
- **Não funcionamento organizacional e estrutural da organização** – decorre de aspetos funcionais, como por exemplo equipas de trabalho escassas, horários de trabalho por turnos e com sobrecarga horária, falta de motivação dos profissionais de saúde e inadequados espaços de trabalho e meio envolvente.

Desta forma, quando se fala em erro ou AA em saúde, estes devem ser analisados de acordo com duas perspetivas: a vertente individual e a vertente do sistema. Em relação à **perspetiva individual** deve-se ter em conta que os erros podem ser qualquer situação falhada devido a uma execução planeada e intencionada (Carneiro, 2011). Os erros, considerados inerentes à natureza humana, podem estar relacionados com a destreza e com a aplicação de regras, ou serem resultantes do conhecimento (ou falta do mesmo) (Fragata & Martins, 2005). No entanto, é essencial identificar os fatores da estrutura organizacional que vão afetar o desempenho dos diferentes grupos profissionais, isto porque os erros e o comportamento humano não podem ser analisados de forma isolada. De facto, deve-se ter em conta a **perspetiva do sistema**, ou seja, toda a dinâmica

organizacional que está na base da ação praticada pelo profissional, nomeadamente o contexto em que se trabalha, a natureza da tarefa e as especificidades dos instrumentos usados. Assim, o erro e o AA podem deixar de ser vistos unicamente como resultado da ação humana mas também como uma consequência de uma cadeia de falhas do próprio ambiente em que se está inserido (Vincent, 2010b).

Neste sentido, e desviando a culpabilidade apenas do indivíduo, devem-se promover sistemas mais seguros que facilitem o desempenho dos diversos grupos profissionais. Amalberti, Auroy, Berwick, & Barach (2005), partindo dos sistemas usados na indústria, apontam cinco barreiras que importa ultrapassar para se conseguir um ambiente ultra-seguro:

- **Aceitação de limites à performance do sistema:** perante altos níveis de desempenho o risco é secundário e o ambiente é inevitavelmente inseguro, sendo por isso necessário definir os riscos permitidos.
- **Diminuição da autonomia profissional:** promover o treino dos profissionais relativamente ao trabalho em equipa, ao respeito pelas regras e na aceitação dos regulamentos, para que haja um pensamento em relação à segurança igual nos diferentes setores da instituição.
- **Transição da mentalidade de artesão para o de ator equivalente:** através da normalização e standardização da atividade entre os diferentes profissionais da mesma área para que não existam flutuações na qualidade.
- **Necessidade de arbitragem a nível do sistema para otimização de estratégias de segurança:** recorrendo a uma entidade externa respeitada que promova um ambiente de colaboração, evitando o receio de perseguição aos profissionais.
- **Necessidade de simplificação de regras e procedimentos:** tornar os sistemas menos rígidos eliminando regras desaconselhadas.

Estas estratégias são um exemplo do que é necessário instituir nas organizações de forma a construir uma cultura de SD. Noutras palavras, através do processo de interação dinâmica entre valores, práticas coletivas e estrutura de organização que pode variar ao longo do tempo, será possível promover a SD no seio das organizações (Hudson, 2007).

Sousa (2006) alerta que se as instituições não se comprometerem com as medidas que visam a SD, adotando de forma progressiva uma cultura de SD que se torne intrínseca ao sistema, existem repercussões sobre a organização, sobre os profissionais e, principalmente, sobre os doentes, que se evidenciam de três formas:

- Perda de confiança nas unidades de saúde e nos profissionais;

- Aumento dos custos socioeconómicos, sendo o seu valor diretamente dependente do grau de dano e da causa subjacente;
- Redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados, afetando inevitavelmente a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

De forma a evitar estes impactos negativos, preconiza-se que tendo subjacente uma cultura de SD sejam reduzidos os erros decorrentes dos cuidados de saúde prestados nas diferentes áreas e especialidades. Para tal é necessário que a SD se torne prioritária para todos os membros das instituições de saúde, encorajando *brainstormings* sobre os AA de forma a contribuir com estratégias para evitar falhas futuras e estimular a comunicação voluntária e confidencial de AA ou défices na SD (Huang, Kim & Berry, 2013). Lage (2011, p.12) defende que este é o caminho a seguir e necessário para “*umentar a sensibilidade aos erros e riscos inerentes ao tipo e local de trabalho*”, e através da análise destes aspetos conseguir gerar informação útil para corrigir as lacunas detetadas.

De facto, e como já referido, os erros e os AA podem ocorrer a diferentes níveis no mundo da saúde tornando a SD um tema complexo. Assim, e para que haja uma linha orientadora das soluções e medidas que promovam procedimentos e processos que reduzam e previnam erros humanos e tornem o sistema de saúde mais seguro, a *World Health Organization (WHO)* delineou nove soluções que promovem maior SD. As soluções disseminadas a nível internacional pela WHO (2007), resultantes de extensa investigação por parte das diferentes agências responsáveis pela SD, são:

- Medicamento com nome e som do nome semelhantes;
- Identificação do doente;
- Comunicação durante a passagem de turno e transferência do doente;
- Realização de procedimentos corretos nos locais corretos;
- Controlo de soluções concentradas de eletrólitos;
- Segurança na medicação nas transições de cuidados;
- Conexões corretas entre cateteres e sondas;
- Uso único de dispositivos injetáveis;
- Higiene das mãos para prevenir a infeção associada aos cuidados de saúde.

Estas soluções foram previamente priorizadas tendo em conta o seu potencial impacto, a força da sua evidência, o contexto cultural e económico e a viabilidade na adaptação e adoção das mesmas nos diferentes países (WHO, 2007a).

Tal como outras mudanças em saúde, as reformas que visam a SD que têm vindo a ser implementadas provocam, de forma inevitável, alterações nas rotinas dos profissionais

com acrescida complexidade e intensidade de trabalho (Burke & Greenglass, 2001). No entanto, são condições necessárias na busca pela qualidade.

### 2.1.2.1. A realidade dos profissionais de saúde na Segurança do Doente

Quando se abordam as questões de SD, é prioritário pensar no que deve ser corrigido e evitado de forma a não provocar dano temporário ou permanente para o doente (o alvo principal dos cuidados de saúde). No entanto, como alertam Scott et al. (2009), quando ocorre um erro também o profissional de saúde que acompanha o doente não pode ser esquecido. Este é o profissional que vivencia de perto a situação e que se encontra inserido num meio clínico complexo, pautado por deficientes condições de trabalho do sistema e dos procedimentos, e com exigências rígidas da parte da organização. Para os mesmos autores, todos os prestadores de cuidados de saúde envolvidos em AA ou em erros clínicos com conseqüente prejuízo para o doente, são consideradas as segundas vítimas neste processo, pelo impacto traumático que daí pode advir.

Scott et al. (2009), como resultado de um estudo qualitativo exploratório, explanaram o caminho percorrido por estas “segundas vítimas” na busca pela recuperação. Para este autor a trajetória dá-se em seis etapas:

- **Caos e resposta ao acidente:** corresponde ao momento imediato à ocorrência do erro, em que o profissional é submetido a um processo de autorreflexão e de descrição dos cenários no qual ocorreu o erro, e simultaneamente tem que prestar cuidados de forma a estabilizar o doente.
- **Reflexão intrusiva:** em que o indivíduo se isola reavaliando a situação constantemente.
- **Restauração da integridade pessoal:** fase em que o profissional busca apoio junto de pessoas com as quais tem uma relação de entreaajuda e confiança.
- **Resistir à inquisição:** no modo em que irão ter que ser esclarecidos, pela instituição, os aspetos que motivaram o erro e que levarão o profissional a questionar o impacto que o evento irá ter na sua dimensão profissional.
- **Procura de apoio emocional:** este apoio é muitas vezes procurado junto dos familiares, mas também em colegas de trabalho que os compreendem.
- **Prosseguir:** a maioria das segundas vítimas considera que irá manter o evento sempre presente na sua carreira profissional, sendo possível adotar três atitudes nesta fase. Podem assim desistir (sendo transferidos para outras

unidades), sobreviver (adquirindo estratégias de  *coping* ) ou progredir (o erro serve de aprendizagem para o futuro).

Assim, e face ao processo exposto, torna-se imperativo o desenvolvimento de entidades que apoiem de forma eficaz estes profissionais, para contribuir desta forma para a SD.

De um ponto de vista mais abrangente, ou seja, perspetivando a QS, há um crescente reconhecimento de que esta só pode ser obtida se se tiver em conta o bem-estar do profissional (Yassi & Hancock, 2005). De facto, muitos profissionais de saúde sentem-se cansados, stressados e sobrecarregados, com os seus próprios problemas de saúde (física – nomeadamente dor crónica – e psicológica) o que, aliado a um sistema (estrutura e processo) não funcional, não contribui para a QS desejada e preconizada (Nicklin & McVeety, 2002).

Neste sentido, e como apontado por Serranheira et al. (2009), há uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, verificando-se na generalidade uma inadequação do espaço físico e existindo um  *gap*  entre o que é exigido física e mentalmente e as capacidades dos profissionais de saúde e utentes. Teixeira, Silva, & Medeiros (2010) corroboram esta ideia, afirmando que, decorrente do contacto direto e constante com situações que envolvem a vida e a morte, o trabalho excessivo aliado à precariedade das estruturas e à pressão do tempo podem culminar em situações de  *stress*  e de desgaste emocional. Face a esta realidade, Serranheira et al. (2009) defendem que é necessária a adoção de estratégias de  *coping*  e de gestão dos problemas, nomeadamente, a promoção da reestruturação física e organizacional com a aplicação de estudo de  *design*  e ergonomia, com o envolvimento dos profissionais nas decisões tomadas (por exemplo escolha de  *software*  ou equipamento médico) e desenvolvimento de programas no âmbito de saúde ocupacional para prevenção e resolução de lesões físicas e psicológicas.

Atualmente há uma crescente tomada de consciência das situações vivenciadas pelos profissionais. Estas situações necessitam de ser alteradas no seio das organizações de saúde para que haja menor probabilidade de ocorrência de erros, de consequências para o doente e para o profissional e, conseqüentemente, melhor prestação de cuidados que visam a QS.

### **2.1.3. Mudança em saúde: o papel do *job engagement***

Na área da saúde, os profissionais sofrem desgaste crónico devido ao seu trabalho, caracterizado essencialmente por contacto direto e constante com os diferentes atores

organizacionais (chefias, colegas de trabalho, pacientes, familiares e amigos), todos com níveis diferentes de exigências/solicitações, acrescido a fatores intrínsecos e extrínsecos do local laboral (Teixeira et al., 2010). Este desgaste pode chegar a um nível de perturbação psicossocial que tem sido designado por síndrome de *Burnout*, definido por Maslach, Schaufeli, & Leiter (2001) como uma resposta prolongada, emocional, crónica e interpessoal a fatores de *stress* no trabalho, e que é caracterizada pelo cinismo, exaustão e ineficácia. Os mesmos autores destacam que a síndrome de *Burnout* vivenciado pelos profissionais influencia negativamente o desempenho e a saúde dos profissionais de saúde. O desempenho é afetado por diminuição da produtividade e da efetividade, aliada à insatisfação no trabalho. A saúde ressent-se porque ao vivenciar este síndrome por um período prologando, surgem quadros clínicos de ansiedade e/ou depressão.

Esta visão negativista em relação ao estado mental dos funcionários foi criticada no âmbito da psicologia organizacional, sendo apontada (numa perspetiva mais alinhada com o movimento da psicologia positiva) a necessidade de abandonar a perspetiva de doença e adotar uma conceção de bem-estar mental (Bakker, Schaufeli, Leiter & Taris, 2008). Neste sentido, Maslach (2011) defendeu uma relação entre *burnout* e *engagement* em que, embora se encontrem em polos opostos, seriam um *continuum* um do outro. Esta autora destaca que, nesta relação, o *engagement* pode ser encarado como uma forma preventiva do *burnout*, na medida em que o *engagement* irá ser o objetivo desejado por quem se encontra a vivenciar a síndrome de *burnout*.

Bakker, Schaufeli, Demerouti, & Euwema (2002) contrapõe a lógica defendida por Maslach, argumentando que, em vez de considerar estes dois estados de saúde mental como complementares, o *burnout* e o *engagement* deveriam ser analisados de forma independente devido à sua natureza antagónica. Para os autores, estes conceitos correlacionam-se de forma negativa mas independente; o facto de um indivíduo se sentir cheio de energia uma vez por semana não pressupõe de imediato que o mesmo irá estar exausto emocionalmente na mesma frequência nessa semana.

Em contexto organizacional, o conceito de *engagement* tornou-se fundamental, principalmente quando se depara com mudanças contínuas, em que o objetivo principal é maximizar o desempenho das organizações (Heuvel, Demerouti & Schaufeli, 2010). Simpson (2009) considera que a importância deste conceito no seio da gestão das organizações tem sido crescente, nomeadamente nas instituições de saúde em que a qualidade dos serviços prestados depende essencialmente do desempenho dos profissionais de saúde. Desta forma, é necessário entender este conceito de forma mais abrangente para o colocar em prática nas organizações.

O indivíduo “engajado” caracteriza-se por ter elevados níveis de energia e eficácia (relativamente às tarefas laborais) e por se envolver intensamente (Simpson, 2009), expressando-se e dedicando-se a nível físico, cognitivo e emocional à função desempenhada (Kahn, 1990). Em contexto institucional, este conceito é comumente denominado por *job engagement* (JE). É possível definir JE como um estado de mente positivo e realizador relacionado com o trabalho, que não é focado num objeto/comportamento único e delimitado (Schaufeli & Bakker, 2004). Segundo estes autores, este estado afetivo, cognitivo, persuasivo e persistente no tempo é caracterizado por três dimensões:

- **Vigor:** traduz-se em elevados níveis de energia mental e no desejo e capacidade de investir empenho no trabalho, mantendo-se persistente perante dificuldades.
- **Dedicação:** pauta-se pelo forte envolvimento no trabalho, experienciando-o como significativo, inspirador e desafiador, revelando entusiasmo, orgulho e estímulo face a situações complicadas.
- **Absorção:** corresponde a um estado decorrente, perseverante em que o indivíduo está feliz e se concentra totalmente no trabalho, estando de tal forma envolvido na sua função que perde noção do tempo a passar.

Face ao descrito, Bakker (2009) considera que pessoas “engajadas” têm elevados níveis de energia e estarão entusiasmadas com o seu trabalho, o que permite resolver, com mais facilidade, situações importantes para a sua vida. Isto só é possível porque estes indivíduos promovem a sua autoavaliação no que concerne à apreciação, reconhecimento e sucesso, tendo subjacente uma perspetiva positivista. Os mesmos autores realçam o facto de que as pessoas “engajadas” no trabalho tendem a sê-lo também em atividades extralaborais e de lazer, não sendo “viciadas em trabalho” (sem *workaholism*).

O estado de JE pode ser influenciado pelos recursos pessoais e do trabalho (Bakker & Demerouti, 2008). Os **recursos relacionados com o trabalho** são aspetos que viabilizam (de forma mais funcional) a concretização dos objetivos no trabalho. Estes recursos são os que reduzem as demandas no trabalho (associando os custos fisiológicos e psicológicos), estimulando o crescimento, o conhecimento e o desenvolvimento pessoal (Demerouti & Bakker, 2011). Apoio social (de colegas e supervisores), *feedback* do desempenho, capacidades, variedades, controlo e *coaching* no trabalho são exemplos deste tipo de recursos, dados por Salanova, Bakker, & Llorens (2006). Assim, estes recursos relacionados com o trabalho são a base motivacional intrínseca e extrínseca, visto que, se bem aplicados, permitirão satisfazer necessidades como autonomia e competência percebida (Bakker & Demerouti, 2008).

**Os recursos pessoais** são encarados como autoavaliações positivas relacionadas com a resiliência, a capacidade e a habilidade do indivíduo controlar e influenciar o ambiente com sucesso (Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003). Luthans, Norman, Avolio, & Avey (2008) consideram o otimismo, a perceção de autoeficácia, a autoestima, a resiliência e o estilo ativo de *coping* como exemplos de recursos pessoais. Tendo em conta que uma pessoa com fortes recursos pessoais tenderá a concordar com os objetivos a atingir, depreende-se que estará intrinsecamente motivada, o que despoleta maior satisfação e capacidade de desempenho (Luthans & Youssef, 2007).

Resumindo, os recursos pessoais e os relacionados com o trabalho influenciam de forma positiva o desempenho, contribuindo para elevados níveis de “engajamento” (Bakker & Demerouti, 2008). No entanto, há que reconhecer que as exigências no trabalho (aspetos que requerem maior esforço por parte do trabalhador), apesar de poderem ter aspetos positivos, podem conduzir a prejuízos a nível físico e psicológico, levando à exaustão e, conseqüentemente, diminuindo o desempenho do trabalhador (Demerouti & Cropanzano, 2010).

Para maior aplicabilidade do JE no seio das organizações é essencial perceber a razão pela qual um profissional “engajado” tem melhor desempenho. Esta relação é explicada principalmente por quatro aspetos que estão subjacentes a indivíduos “engajados” (Bakker & Demerouti, 2008):

- **Emoções positivas:** indivíduos engajados desenvolvem emoções positivas com frequência, o que pode explicar maior produtividade. E como Cropanzano & Wright (2001) relatam, pessoas felizes são mais sensíveis em relação às oportunidades de trabalho, mais confiantes, otimistas e extrovertidas, e com maior tendência a ajudar os outros.
- **Boa saúde:** profissionais “engajados” tendem a ter melhor saúde, e como tal estão aptos a executar as suas funções. De facto, Demerouti, Bakker, Jonge, Janssen, & Schaufeli (2001) concluíram que existe uma correlação negativa entre indivíduos “engajados” e queixas psicossomáticas (por exemplo cefaleias ou dor no peito).
- **Habilidade para mobilizar recursos:** indivíduos “engajados” têm maior capacidade para criar os seus próprios recursos, aumentando o seu desempenho, tendo em conta os recursos pessoais e de trabalho mencionados anteriormente.
- **Cruzamento de *engagement*:** o desempenho das instituições é refletido pelo desempenho combinado dos funcionários. Como tal, é possível que indivíduos “engajados” influenciem outros colegas ao comunicar o seu

otimismo e demonstrando o seu comportamento proactivo, e obtendo assim uma equipa com atitude positiva.

Para além dos aspetos mencionados, e que podem influenciar o “engajamento” dos indivíduos no trabalho, Bakker, Demerouti, & Brummelhuis (2012) apontam que a personalidade e as suas dimensões podem também condicionar ou promover o JE.

Perante ambientes em mudança, nomeadamente no setor da saúde, é necessário introduzir medidas (como por exemplo, indicar qual o papel de cada um e quais os objetivos a atingir) que potenciem o “engajamento” de todos os participantes. Como Leiter & Bakker (2010) defendem, a elevada energia sentida por profissionais “engajados” aumenta o seu potencial no trabalho, refletindo-se positivamente na qualidade.

## **2.2. MUDANÇA ORGANIZACIONAL**

A mudança é muitas vezes perspetivada como um acontecimento esporádico e isolado no tempo, quando de facto é um processo que ocorre de forma contínua e que altera o quotidiano individual e organizacional.

### **2.2.1. Mudança: conceitos e realidade**

Apesar de a mudança organizacional ser um processo presente ao longo da história, este é um assunto complexo, que engloba um leque diversificado de noções e conceitos, sendo considerado uma área de conhecimento em que a evidência científica é ainda reduzida (Neiva & Torres, 2007).

Na década de 80 (século XX), a mudança organizacional era percecionada por Hedberg (1981) como um simples comportamento de ajustamento defensivo a um estímulo, nomeadamente a uma alteração no ambiente interno ou externo da instituição. Porras (1992) definia a mudança organizacional como um conjunto de teorias, valores, estratégias e técnicas que visam a mudança planeada do trabalho com o objetivo de aumentar o desenvolvimento individual e o desempenho organizacional. Mais recentemente, a mudança organizacional foi caracterizada como qualquer modificação, planeada ou não, ocorrida na organização com impacto nos resultados e/ou nas relações entre as pessoas no trabalho (Bressan, 2004). A convergência é notória nas várias definições, havendo atualmente um especial destaque para o ritmo intenso com que as alterações do ambiente têm sido impostas às organizações, consequência da constante atualização das tecnologias da

informação assim como o surgimento de novos modelos de gestão (Pinto & Couto-de-Souza, 2009).

Bilhim (2008) considera que as pressões que determinam o início de um processo de mudança podem ser exógenas ou endógenas. Do **contexto exógeno** fazem parte os clientes (fator cada vez mais valorizado e reconhecido), os concorrentes (realçando a capacidade competitiva), os fornecedores e a tecnologia. Como **fatores endógenos**, o mesmo autor aponta três elementos distintos com origem no sistema técnico (estruturas e procedimentos), no sistema social (clima organizacional) e no desempenho (indicadores sobre o sistema organizacional). O clima socioeconómico, a concorrência, a tecnologia, as forças e natureza do mercado e a consequente busca por maior qualidade são algumas das causas destacadas por Bressan (2004). Estas causas podem desencadear diferentes tipos de mudanças. A mudança organizacional pode então ser percebida como:

- **Intencional ou não intencional** – se o processo foi ou não iniciado de forma consciente.
- **Dirigida, programada ou espontânea** – tendo em conta a forma como o processo foi planeado.
- **Macro ou micro** – dependendo se a mudança afeta o ambiente interno ou externo da organização.
- **Normal ou radical** – de acordo com a profundidade das alterações que são provocadas.
- **Contínua ou episódica** - tendo em conta a duração do processo de mudança.

Embora existam mais classificações, as destacadas são um exemplo da diversidade de abordagens a ter em conta num processo de mudança, e que o gestor responsável deve identificar (Pinto & Couto-de-Souza, 2009).

Meyer, Brooks, Goes (1990) demonstram, no seu estudo, a evolução das mudanças organizacionais do ponto de vista endógeno e exógeno de 1960 até 1980, em instituições hospitalares. Estes autores evidenciam que em 1960 as mudanças que ocorriam nos hospitais mostravam um ambiente externo estável, em que o seu crescimento era atribuído apenas ao aumento do número de serviços que lhes eram atribuídos. Passado cerca de dez anos, os hospitais começaram a distinguir-se entre si de forma estratégica e estrutural, justificando a sua existência com elevados custos, devido à pressão competitiva que estavam a ser submetidos. Nestas condições houve a necessidade de reorganizar as unidades de saúde, nomeadamente com a introdução de regulamentos e planos de saúde, com o objetivo de controlo de custos e mudança de procedimentos em busca de qualidade.

Em processos de mudança, há que estar desperto para o conteúdo da mudança, que pode incidir em diferentes elementos de uma organização, nomeadamente no que se refere aos procedimentos, à tecnologia, à estrutura, aos comportamentos, aos produtos e aos serviços prestados e à cultura (Bilhim, 2008).

Alvesson (2007) constata que a maioria das mudanças organizacionais envolve de alguma forma alterações na cultura organizacional da instituição. Schein (2006) define cultura organizacional como sendo um padrão de pressupostos base que os membros que pertencem à organização desenvolveram para lidar com problemas internos e externos e que, por funcionarem bem, são transmitidos como válidos a novos elementos. Assim, quando se pretende alterar ou introduzir novas medidas que vão afetar a cultura, este processo tende a ser lento e difícil, porque envolve a substituição de pressupostos básicos que enformam os princípios, os valores e as crenças organizacionais e, conseqüentemente, atinge formas de pensar, sentir e agir dos colaboradores (Bilhim, 2008). Neste sentido, e tendo subjacente que a cultura organizacional influencia a produtividade, constata-se que aquela (a cultura) condiciona de forma subtil a ação do gestor.

Para aumentar o potencial de intervenção, o gestor, para além de identificar o conteúdo e reconhecer o tipo de mudança, deve determinar qual o seu estilo de gestão e qual o método de implementação a usar.

### **Estilos de gestão e métodos de implementação**

No processo de mudança organizacional é importante ter em conta o estilo de gestão adotado pelo responsável pela implementação de novas medidas. O estilo de gestão está intimamente ligado à capacidade humana de cada gestor e deve ser percecionado como um padrão de comportamento adotado (Stoner, Freeman, Gilbert, 1995). De acordo com o mesmo autor, podem ser apontados dois estilos opostos: um orientado para o trabalho, que permite enfatizar a supervisão e o controlo dos colaboradores, e outro direcionado para as pessoas em que é dado relevo às relações de confiança e se pede a participação dos colaboradores.

Para Johnson, Scholes, Whittington (2008) os estilos de gestão são cinco:

- **Educação e Comunicação:** o gestor explica com frequência as razões, objetivos, meios, processos e erros da mudança.
- **Colaboração:** em que há o envolvimento direto de um elevado número de colaboradores no processo de mudança (formulação de estratégia).
- **Intervenção:** o gestor coordena e delega alguns aspetos do processo de mudança.

- **Direção:** há o uso da autoridade para estabelecer um caminho de mudanças sem ambiguidades.
- **Coerção:** o gestor faz o uso explícito do poder para impor a mudança, recorrendo a decretos e editais.

A opção do estilo não depende somente da preferência de cada gestor. De facto, a escolha de estilo de gestão sofre a influência de outras variáveis como o tipo de mudança, a cultura da organização, a existência ou não de crise, a etapa do processo, o nível hierárquico e a personalidade do gestor (António, 2012). Desta forma, muitas vezes o gestor acaba por adotar dois estilos de gestão, embora um se torne sempre predominante.

Associado ao estilo de gestão, importa considerar métodos de implementação da mudança, também adotados pelo gestor, por vezes de forma inconsciente, e que têm por base a noção de que uma mudança pode ser gerida e orientada apesar das dificuldades. Neste sentido, Ansoff & McDonell (1990) sugerem uma tipologia de quatro métodos de implementação de mudança estratégica:

- **Método coercivo:** este método é considerado útil quando há urgência em introduzir uma mudança profunda na organização em que o poder do gestor é inquestionável, isto porque provoca perturbação social interna e consequentemente muita resistência.
- **Método adaptativo:** este método poderá ser usado quando não há urgência em implementar a mudança, visto ser um processo lento com base na tentativa-erro. Provoca fraca resistência pois a mudança é compreendida por todos.
- **Método gestão de crise:** é usado quando a organização passa por uma situação grave de fragilidade que afeta a performance, envolve uma mudança profunda, no entanto as pessoas não resistem por perceberem os motivos e necessidade em mudar.
- **Método de gestão de mudança e da resistência:** método usado para mudanças significativas e frequentes e que procura desenvolver condições que reduzam a resistência à mudança.

De acordo com Cole (1997), os gestores especializados são adeptos do método adaptativo e de gestão de mudança recorrendo à comunicação, enquanto os gestores seniores se aproximam dos métodos coercivo e de gestão de crise, liderando as decisões e as ações.

### 2.2.2. Resistência à mudança

Embora existam inúmeros conceitos explicativos da mudança organizacional, o facto é que, e como Kotter (2001) realça, os modelos explicativos de processos de mudança não têm sido completos fracassos, mas também poucos têm sido sucessos marcantes. Santos (2005) aponta a resistência humana como a principal barreira para a transformação organizacional bem-sucedida.

A introdução de novas medidas no seio de uma organização pauta-se por mudanças por vezes profundas e significativas, o que gera de forma inevitável incertezas, ansiedades e medos nos gestores e nos colaboradores. Neste sentido, a mudança é muitas vezes percebida como uma ameaça, resultando nesses casos em resistência à mudança (RM). Esta resistência é considerada por Johnson et al. (2008) o maior obstáculo na fase de implementação de uma nova estratégia, havendo a necessidade de contorná-la para obter o sucesso pretendido.

Apesar de a RM ser cada vez mais analisada no seio da gestão, não há consenso relativamente ao conceito. O termo resistência surgiu pela primeira vez por Kurt Lewin que, utilizando uma metáfora das ciências físicas, salientou que o ser humano vive num sistema de equilíbrio. Dentro das organizações, o sistema é quase estacionário e mantido por forças opostas, onde a mudança ocorre quando uma das forças se sobrepõe. A resistência surge assim como resultado de o indivíduo ou grupo se contraporem às forças que visam conduzir o sistema para uma nova posição de equilíbrio (Lewin, 1947). A RM em contexto organizacional é definida por Ansoff & McDonell (1990) como sendo a oposição ativa ou passiva, exercida por indivíduos ou grupos da organização, geralmente traduzida em custos acrescidos, distorções e atrasos.

Bringselius (2010) considera que para melhor entender a resistência humana é necessário considerar numa primeira fase duas variáveis (inconstância e emotividade) e, a partir da sua combinação, analisar a resistência humana à luz de quatro interpretações (resistência como opinião, reação psicológica, convicção e tipo de personalidade).

A **inconstância** é assimilada como a possibilidade de influenciar ou mudar o nível de resistência das pessoas e a **emotividade** está relacionada com o grau de emoção que está subjacente à resistência vivenciada. Consoante o grau de inconstância e emotividade presentes, surgem então as quatro possíveis interpretações que têm diferentes influências teóricas e estratégias de gestão da resistência (Bringselius, 2010):

- **Resistência como opinião:** nesta interpretação são tidos como foco central os comentários e a influência do colaborador, sendo necessário recorrer à democracia no local de trabalho. Isto porque muitas vezes os objetivos do

trabalhador diferem dos da organização, sendo necessário reencaminhá-lo através de diálogo e negociação. Nesta valência de resistência há um elevado grau de inconstância e um baixo grau de emotividade.

- **Resistência como reação psicológica:** é explicada através de estereótipos e categorizações sociais em que estão presentes elevados graus de inconstância e emotividade. Perante esta resistência é importante motivar os colaboradores para que estes abracem as mudanças introduzidas.
- **Resistência como convicção:** está relacionada com a ética e ideais, que não estão relacionados com a emoção mas sim com as prioridades, que dificilmente se alteram. O diálogo é a ferramenta aconselhada para obter congruência entre gestores e colaboradores. Nesta interpretação de resistência tanto o grau de inconstância como o de emotividade são baixos.
- **Resistência como tipo de personalidade:** neste tipo de resistência a predisposição psicológica e genética tem um papel preponderante. Pauta-se por elevados níveis de emotividade e de baixa inconstância. Por vezes, o gestor substitui (ou atribui novas funções aos) os colaboradores que reajam à mudança de forma irracional, aumentando assim o sucesso das novas medidas.

Para Gravenhorst (2003), dentro de uma organização todos são participantes da mudança e abrangidos pelas consequências das novas medidas, tendo por isso uma função própria na resistência à mudança. O mesmo autor abre uma exceção (embora muito discutível) aos gestores de topo, considerando que estes não são afetados pela mudança por serem os decisores principais da mudança. Estes (os gestores) lidam diretamente com a resistência, respondendo perante a oposição criada pelos gestores intermédios e restantes colaboradores. Os colaboradores são considerados um dos grupos mais oponentes à mudança e, no ponto de vista de Gravenhorst (2003), embora reajam na maioria das vezes de forma passiva, têm um papel crucial na aceitação e no sucesso da mudança.

Para que um gestor possa lidar com a RM, é importante identificar os fatores que a motivam. Dent & Goldberg (1999), após revisão sistemática deste tema, apontam como causas da RM a surpresa, inércia, falta de confiança, receio de falhar, conflito de personalidades, falta de formação, medo de perder o *status quo* na organização, incerteza do futuro e incompreensão.

António (2012) aponta também variadas fontes de RM, dividindo-as em individuais e de grupo/organizacionais. Os **fatores individuais** que surgem muitas vezes por conformismo e habituação são o conflito entre os objetivos pessoais e organizacionais, o receio de perda das relações sociais existentes, a falta de identificação com a mudança, o

temor de perder estatuto e benefícios, a incapacidade de perceber a necessidade da mudança e o medo do desconhecido. Como **fatores de grupo**, são apontados a rigidez estrutural, a forte ligação às tradições, a má escolha do método de introdução de mudanças, os recursos limitados, as experiências atuais, o reforço do *status quo*, o baixo nível de confiança e a rivalidade.

Kotter & Schlesinger (2008) realçam que, para prever as formas de resistência e a melhor forma de contorná-la, é necessário estar consciente das quatro razões mais comuns que podem provocar esta resistência à mudança. Para estes autores, a resistência pode dever-se ao **autointeresse** (quando as pessoas estão focadas nos seus próprios interesses em oposição aos da organização), à **incompreensão e falta de confiança** (quando não entendem as implicações e as consequências e não confiam no responsável pela mudança), às **avaliações díspares dos gestores** (quando acreditam que há maior prejuízo para a instituição e consequentemente para si próprio) e à **baixa tolerância para a mudança** (quando está presente o receio de não ser capaz de desenvolver novas capacidades). Para além destes quatro fatores, é também destacado o facto de as pessoas terem a percepção de pertença a um grupo em que se vivencia a pressão de grupo de pares.

Apesar de identificados os fatores que podem induzir a resistência dos colaboradores, a mudança organizacional ainda é vista, frequentemente, como um *“instrumento para mudar coisas, mas não para mudar pessoas”* (Pinto & Couto-de-Souza, 2009, p.613). As pessoas costumam ser pressionadas para se adaptarem às mudanças realizadas no cerne da organização, sendo que as perspetivas do mundo, da natureza, do local de trabalho e do futuro se mantêm inalteráveis. É importante ter esta noção porque os recursos humanos são a área funcional das instituições e à qual se deverá dar mais atenção (Carvalho, 2010). Neste sentido, e tendo por base uma abordagem individual, Hernandez & Caldas (2001) consideram que é necessário que os agentes de mudança, antes de iniciarem a implementação de novas medidas, avaliem meticulosamente quem poderia resistir e os motivos dessa resistência. Desta forma, maximizar-se-ia a probabilidade de o processo de mudança ter um resultado positivo e de se evitarem manifestações da resistência, que podem levar ao completo insucesso de toda a estratégia.

As manifestações da resistência podem expressar-se por queixas, baixa eficiência, baixo/limitado desempenho e resultados e agressão contra a gestão (Coch & French, 1948). Para Watson (1969), as manifestações são diferentes consoante a fase do processo de mudança: se o processo se encontra numa fase inicial, as pessoas têm tendência para criticar livremente a mudança; se se encontra numa segunda fase, são identificados os gestores responsáveis pela implementação e os opositores à mudança; a terceira fase é marcada por conflito e confrontação; na fase seguinte, os gestores demonstram o seu poder

e os opositores tornam-se em resistência latente; por fim, na última fase os opositores tendem a alienar-se da organização.

Perante o que foi descrito, é notória a visão negativa que está presente quando se aborda o assunto de RM. Bringselius (2010) contrapõe que a RM devia ser perspetivada como uma importante fonte de *feedback* dos colaboradores e, desta forma, contribuir para maior definição dos objetivos e aumento da qualidade das alterações a implementar. Assim, Ford, Ford & D'Amelio (2008) consideram necessário aprofundar o conhecimento relativamente à RM com o objetivo de aumentar a eficiência e eficácia da gestão em mudança. Neste sentido, será necessário quebrar ideias pré-estabelecidas como a de que os agentes de mudança estão sempre corretos na forma como implementam as novas medidas e a de que os funcionários não colaboram com o processo de mudança, apresentando obstáculos irracionais (Dent & Goldberg, 1999).

Com base nesta imagem centrada no gestor vitimizado pela resposta disfuncional do colaborador, não se consegue assumir que a RM é a interpretação atribuída pelos gestores ao conjunto de comportamentos dos recetores, por vezes induzidos pela sua própria conduta (Ford et al., 2008). Desta forma, o mesmo autor considera essencial analisar a RM como um aspeto positivo para o processo de mudança, visto ser possível identificar ações menos corretas dos gestores e interpretar as reações dos colaboradores como uma oportunidade de estabelecer uma nova relação de confiança. De facto, Ford et al. (2008) salientam que a resistência é benéfica porque mantém como temática principal no seio da organização as mudanças introduzidas, o que vai promover a circulação de informação e o diálogo entre os vários participantes. Sem dúvida que a comunicação e o envolvimento de todos no processo de mudança é vantajoso, porque irão permitir que os indivíduos simultaneamente resistentes e comprometidos com a organização se expressem e contribuam para a transformação vivenciada.

Embora atualmente seja ainda apontada a RM como o maior obstáculo na implementação de novas medidas, Ford et al. (2008) e Dent & Goldberg (1999) refletem na necessidade de reconstruir uma nova interpretação desta resistência, baseada numa tríade dinâmica que engloba o recetor-ativo, agente-sensato e relação agente-recetor. Nesta relação é incentivada a comunicação em detrimento do silêncio, por este ser um sinal da aceitação da mudança sem reflexão e que pode ser perigoso para a implementação da estratégia. É por isso importante analisar as reações dos recetores e dos gestores como uma resposta mútua da relação estabelecida no processo de mudança, baseada na expressão das suas preocupações e planos de ação.

### 2.2.3. Estratégias para lidar com a Resistência à Mudança

Muitos gestores responsáveis pela introdução de novas medidas desvalorizam, para além das múltiplas reações provocadas pela mudança organizacional nos colaboradores, a forma como podem influenciar de forma positiva o indivíduo e os grupos durante a mudança.

Como já foi referido, num processo de mudança ocorre sempre resistência e, como tal, é pedido aos gestores que lidem com este (ainda considerado) obstáculo através da aplicação das estratégias que melhor se adequam à situação em concreto.

Lewin (1947), com base na Teoria de Campo, defende que os indivíduos e o grupo estão em permanente mudança, norteadas por um estado de equilíbrio praticamente estacionário. Este equilíbrio gera um comportamento padrão que se mantém estável devido à existência de um campo de forças sociais. As forças, que podem ser ambições, necessidades, medos, hábitos, costumes, privilégios ou normas, geram-se dentro do grupo, estando subjacente o seu contexto social e físico. Para o autor desta teoria, por forma a evitar a resistência ou contorná-la, deverá ser aplicada uma nova força ou uma força de intensidade diferente das atuais de forma a alterar os comportamentos padrões. Este processo é realizado em três etapas:

- **Descongelar** – é o momento em que se introduz uma nova força para provocar o despertar nos indivíduos a noção de que os atuais comportamentos são inadequados e de que a persistência neste estado irá trazer consequências negativas. Desta forma, é possível consciencializar as pessoas de que a mudança é necessária, afastando preconceitos.
- **Mudança** – nesta etapa as novas forças deverão provocar a alteração desejada, ou seja, é a passagem a um novo comportamento padrão. Há assim o aparecimento de novas respostas com base na nova informação dada. Para mudar, e como já foi referido, é necessário envolver os colaboradores de forma a diminuir a resistência e gerar aceitação e empenho na mudança.
- **Recongelamento** – consiste no estabilizar da mudança em que há o congelamento de um novo comportamento padrão. Por outras palavras, nesta fase os indivíduos não devem voltar aos hábitos anteriores e os novos comportamentos ficam completamente enraizados.

Lewin (1947) considera que para se obter uma mudança bem-sucedida e com um grau de resistência baixo, o gestor deve partir da análise das forças opostas e favoráveis ao

processo, deve saber quais as forças antigas mais difíceis de anular e deve implementar medidas que fortaleçam as forças favoráveis e que enfraqueçam as forças desfavoráveis.

A teoria apresentada por Kurt Lewin serviu de base para o desenvolvimento de vários métodos dinâmicos de gestão da resistência como o de Schein, o de Ansoff e McDonell e o de Johnson e Scholes, que acabam por se complementar, e que se diferenciam no número de etapas a seguir.

Desde cedo que os investigadores nesta área apontaram formas de lidar com a RM à luz de diferentes perspetivas. Partindo da premissa de que a resistência nasce devido a dimensões técnicas e sociais da mudança, nomeadamente das atitudes dos gestores, Lawrence (1970) defende que os responsáveis pelas novas medidas devem:

- **Ampliar o interesse dos colaboradores** – por vezes o gestor está tão concentrado nas medidas que tem que implementar, que assume as mesmas como possibilidade única, evitando as sugestões dos seus colaboradores. Assim, de forma a evitar a resistência, o gestor deve modificar a sua visão da mudança, permitindo e respeitando as propostas dos colaboradores.
- **Usar termos compreensíveis** – o gestor especializado tem tendência a explicar o processo de mudança com o auxílio de um discurso complicado que se torna impercetível pelos colaboradores. Se o gestor não explicar as novas medidas de forma simples, a satisfação e performance dos colaboradores não será a desejada, o que se irá traduzir numa fraca produtividade e maior resistência.
- **Nova visão da resistência** – os gestores iniciam o processo de mudança tendo subjacente que todos os participantes neste processo irão resistir. É então necessário desistir desta noção e perceber que a resistência é um sinal de que algo no processo não está correto, e surge como uma oportunidade de resolver depois de detetar a falha.
- **Redefinir o papel de gestor** – muitas vezes os gestores consideram que se os colaboradores participarem na mudança todos a irão aceitar. No entanto, é necessário que o gestor tenha verdadeira consciência de que não tem todo o poder e controlo sobre este processo e que de facto necessita da contribuição de todos.

Desta forma, é pedido ao gestor que se foque em aspetos técnicos e também sociais, que podem ser a fonte da resistência. Assim, e segundo Lawrence (1970), o responsável deve coordenar os colaboradores, promovendo a comunicação e o entendimento entre todos, o que irá resultar em menor ansiedade e maior aceitação da mudança.

Kotter & Schlesinger (2008) consideram que o responsável pela implementação da mudança pode apoiar-se em diferentes métodos, tendo por base o poder que tem na organização, a previsão do grau de resistência a ser sentida, o conhecimento de toda a informação relativa à estratégia e do risco do insucesso da mudança para a organização. Para estes autores os métodos a usar para lidar com a resistência à mudança são:

- **Educação e comunicação** – um dos métodos mais usados para contornar a resistência à mudança é educar os colaboradores sobre as novas medidas. Para pôr em prática este modelo é necessário tempo e esforço, principalmente se envolver um elevado número de pessoas. Este processo de educação pode ser feito de forma individual com cada colaborador, em apresentações em grupo ou recorrendo a memorando, e é facilitado se houver uma boa relação para que a informação seja aceite como verdadeira. Este modo é útil quando a resistência sentida teve origem em informação imprecisa e o gestor necessita da ajuda dos colaboradores na implementação.
- **Participação e envolvimento** – este método não é consensual entre os gestores dado que uns o consideram benéfico enquanto outros o consideram um erro crasso. É usado com o objetivo de, ao envolver os colaboradores e conhecer a sua visão, conseguir o seu comprometimento com a mudança, nomeadamente quando os gestores não têm a informação completa relativa ao processo. No entanto, os autores destacam que a participação e consequente comprometimento à mudança, essencial para o sucesso, pode ter aspetos negativos nomeadamente quanto ao tempo consumido e ao risco de se tornar uma solução pouco eficiente, se não for bem gerida.
- **Apoio e facilitação** – para colocar esta estratégia em curso é necessário, por vezes, capacitar os gestores de novas competências, prestar apoio emocional aos colaboradores escutando-os e providenciando tempo livre após um período de tempo exigente. Apoiar os colaboradores na mudança é útil quando este processo é pautado por ansiedade, medo e incertezas que geram resistência. No entanto, para aplicar este método é necessário ter tempo e recursos materiais, e mesmo assim há o risco de insucesso.
- **Negociação** – estabelecer acordos através de negociação é o outro método possível de utilizar para lidar com a resistência. Os gestores, quando confrontados com a possibilidade de um elevado grau de resistência gerada por processos de mudança que levem a perdas de benefícios para os colaboradores, devem negociar algum proveito para os mesmos

colaboradores. O estabelecimento de acordos entre gestor e colaborador é fácil de ser colocado em prática, havendo ainda assim o risco de o gestor neste processo ser vítima de chantagem.

- **Manipulação e Cooptação** – muitas vezes os gestores tendem a influenciar os colaboradores, selecionando a informação e estruturando os acontecimentos. Neste método a forma mais usada é a cooptação, em que o gestor dá ao colaborador resistente um papel no processo de mudança, não sendo relevante a sua opinião mas apenas o seu apoio. Quando esta pessoa é líder informal do grupo resistente, este método tem maior probabilidade de sucesso, porque será um indivíduo respeitado pelo grupo e que estará envolvido no processo de mudança. Este método é considerado barato e rápido de se colocar em prática, mas se o colaborador se aperceber que está a ser manipulado poderá gerar maior resistência. Neste caso, o gestor irá ficar com essa reputação e existe o risco de o colaborador encaminhar o processo de mudança para benefícios próprios e opostos aos da organização. Neste sentido, esta estratégia deve ser usada quando não há tempo e as outras formas de lidar com a resistência não podem ser utilizadas, recorrendo-se à manipulação da informação para que seja credível a noção de que só com a mudança é que é possível ultrapassar o momento de crise.
- **Coerção implícita e explícita** – Com este método os gestores forçam os colaboradores a aceitarem as mudanças através de ameaças implícitas ou explícitas, nomeadamente evocando a possibilidade de perda de postos de trabalho ou promoções, podendo efetivamente ocorrer transferência de funcionários e despedimentos. Nestes casos, os colaboradores irão guardar rancor de todo o processo de mudança, mas é considerado necessário o uso desta estratégia quando há urgência ou as medidas a implementar são pouco populares.

Neste sentido, o sucesso da implementação de novas medidas numa organização vai depender da aplicação destes métodos associados entre si e não de forma individual. O gestor deve ter em conta a situação real vivenciada na organização e escolher os métodos a utilizar de acordo com o seu poder e limitações sentidas. Kotter & Schlesinger (2008) consideram que existem gestores que ainda aplicam os métodos independentemente da situação vivida na organização, e sem ter em conta a estratégia adotada no processo de mudança.

#### 2.2.4. Compromisso com a mudança organizacional

Mantendo presente a noção de que a resistência é uma forte possibilidade face à mudança organizacional, é necessário focar com especial atenção o compromisso com a mudança (CM) como uma fonte de apoio às alterações implementadas (Herscovitch & Meyer, 2002).

Para entender o CM é essencial perceber que o conceito de compromisso tem sido analisado de acordo com diferentes perspetivas, nomeadamente de trabalho, de objetivos, de carreira, de estratégia e, em especial, na perspetiva organizacional (Meyer & Herscovitch, 2001).

O compromisso organizacional, presente em estudos de comportamento organizacional, é perspetivado como o laço psicológico que caracteriza a ligação do indivíduo à organização e reduz a probabilidade de ele a abandonar (Allen & Meyer, 2000). A natureza deste tipo de compromisso desenvolve-se através de duas abordagens distintas: atitudinal e comportamental. O compromisso numa **vertente atitudinal** resulta de uma resposta afetiva do colaborador que apresenta valores e objetivos congruentes com os da organização. A **vertente comportamental** corresponde aos processos através dos quais o indivíduo se compromete com a organização e a forma como lida com a situação (Meyer & Allen, 1991).

Neste sentido, ao abordar o conceito de CM, pretende-se analisar a mudança à luz de uma vertente positiva que se debruce essencialmente na pessoa. Tendo em conta que a prontidão para a mudança resulta do pensamento e avaliações que os indivíduos fazem da mudança (cognição) e dos sentimentos que têm em relação às alterações, o CM será um conceito importante a trabalhar (Visagie & Steyn, 2011). De facto, o CM é considerado por Conner (1992) como um dos mais importantes fatores de apoio à mudança relacionados com os funcionários. O compromisso é considerado a última fase da aceitação da mudança, que resulta do conhecimento, da informação, *empowerment*, reconhecimento e partilha de valores e objetivos (Coetsee, 1999). Neves (2011) reforça esta ideia defendendo que o CM é o promotor responsável pela ligação entre a pessoa e os resultados esperados pela mudança. Assim, o compromisso é perspetivado como uma força (ou estado psicológico) que liga o indivíduo a um determinado curso de ação relevante em relação a um ou mais objetivos (Meyer & Herscovitch, 2001). Desta forma, o compromisso permitirá caracterizar a relação do funcionário com a organização e terá implicações na ligação estabelecida com a instituição (Meyer & Allen, 1991). Em contexto organizacional, e face à mudança, o compromisso é definido como a força que liga o profissional à ação considerada necessária para que a implementação de novas medidas seja um sucesso (Herscovitch & Meyer, 2002).

Existem vários modelos que adotaram o compromisso organizacional, e mais recentemente o CM, como conceito prioritário para explicar e entender a mudança no seio das organizações (Herscovitch & Meyer, 2002). O conceito de compromisso organizacional desenvolvido por Meyer & Allen (1991) desenvolve-se de acordo com um modelo geral de três componentes, no qual consideram que o compromisso resulta de três variáveis psicológicas: desejo, obrigação e percepção de custos. De acordo com Herscovitch & Meyer (2002), este modelo, quando adaptado à mudança organizacional, defende que o estado psicológico que liga o profissional à ação pode ser refletido através de:

- **Compromisso Afetivo:** é o grau em que o colaborador se sente emocionalmente ligado, identificado e envolvido com a mudança. Noutras palavras, há desejo em apoiar a mudança tendo subjacentes os benefícios que daí advirão.
- **Compromisso de Continuidade:** é o grau em que o colaborador apoia a mudança com base no reconhecimento da existência de custos, caso resista. Neste tipo de compromisso, os indivíduos apoiam a mudança por reconhecerem que o insucesso das alterações a implementarem resulta em prejuízos.
- **Compromisso Normativo:** é o grau em que o colaborador possui um sentido de dever moral em colaborar e apoiar a mudança. Corresponde ao sentido de responsabilidade que o indivíduo sente para com a mudança, relacionado com obrigação moral.

Para Meyer & Allen (1991) a combinação destas três componentes influencia o comportamento e, como tal, de forma a predizer a relação compromisso-comportamento seria vantajoso identificar a identidade do indivíduo no que concerne ao compromisso. Meyer & Herscovitch (2001) corroboram esta ideia destacando que o comportamento varia de acordo com o tipo de compromisso e defendem que qualquer uma das três componentes por si só será suficiente para modificar o comportamento. Os mesmos autores constataram que a probabilidade de o indivíduo se comprometer com um comportamento focal ou discricionário depende do tipo de compromisso. Por outras palavras, e apontando um exemplo prático, a probabilidade de um indivíduo se comprometer com um comportamento discricionário é baixa quando o compromisso de continuidade é forte, e será alta quando o compromisso afetivo é forte. Nesta situação, o papel do compromisso normativo será semelhante ao do compromisso afetivo, mas não tão intensivo porque pressupõe a noção de restrição.

Meyer & Allen (1997) realçam que o compromisso pode ter como desvantagem o facto de o indivíduo não se preocupar com a aquisição de novos conhecimentos, tornando-o inapto em situações de mudança. No entanto, e face às três componentes descritas e às relações estabelecidas entre elas, o CM é essencial para predizer comportamentos (Herscovitch & Meyer, 2002).

Tendo por base o compromisso com a mudança organizacional e o modelo de três componentes por eles desenvolvido, estes autores concluíram que:

- Os psicológicos relacionados com o CM são distintos, embora relacionáveis;
- O CM contribui para a predição de comportamentos auto-relatados que visam apoiar a mudança;
- As três componentes correlacionam-se positivamente com o comportamento focal (caracterizado por critérios de mudança);
- A predição de comportamentos pode ser otimizada se se der relevância aos efeitos (em termos aditivos e interativos) das três componentes.

Neves (2009) constata que, ao contrário do compromisso organizacional, o constructo de CM é recente. O mesmo autor considera que a análise efetuada tem tido como alvo principal os resultados que advêm do CM (como por exemplo o comportamento de *coping* e o bem estar do funcionário), em detrimento dos escassos estudos desenvolvidos sobre os seus precedentes (exemplo o papel dos supervisores).

Neste sentido o CM torna-se um instrumento precioso para os gestores responsáveis, sendo possível através dele perceber como os indivíduos encaram a mudança, e podendo antecipar comportamentos (resultados), adequar estratégias (precedentes) e, em última instância, minimizar a resistência.

### **2.3. DETERMINANTES DA MUDANÇA COMPORTAMENTAL A NÍVEL INDIVIDUAL**

Embora existam inúmeras teorias desenvolvidas para lidar com a RM e para implementar estratégias, o facto é que a mudança é um processo sociocognitivo, afetivo e comportamental, que não se realiza caso não haja motivação e interesse por parte de cada indivíduo (Caetano, 2001).

Para melhor entender a mudança comportamental a nível individual, será necessário atender às variações de aspetos sociodemográficos, como por exemplo o género, o *status* económico-financeiro e a cultura. No entanto, muitos destes elementos não podem (ou são difíceis de) ser mudados, sendo necessário focar a atenção para variáveis

psicológicas, nomeadamente sociocognitivas, que terão maior predisposição para a mudança (Armitage & Cower, 2000).

Nas últimas décadas, a psicologia sociocognitiva tem investigado de forma intensiva os determinantes da mudança comportamental, tendo surgido diferentes modelos explicativos que, para Armitage & Cower (2000), se podem organizar em três categorias: **modelos motivacionais, modelos de ativação comportamental e modelos desenvolvimentais ou multi-fases**. Embora muitos dos modelos tenham sido criados para dar resposta ao que determina mudanças de comportamentos em saúde, estes podem ser aplicados à mudança de comportamento no geral.

### **2.3.1. Modelos Motivacionais**

Os modelos motivacionais têm em conta fatores motivacionais que podem estar subjacentes a decisões individuais que visam ou não a alteração de comportamento e, como tal, servem para prever comportamentos em determinados momentos.

Num contexto organizacional, a motivação do colaborador deve ser entendida como “a vontade de exercer elevados níveis de esforço para que a organização alcance os seus objetivos, esforço esse que é condicionado pela forma como esta satisfaz algumas das necessidades dos indivíduos” (Bilhim, 2008, p.317). Bergue (2010) defende que, de uma forma geral, a motivação é o interesse de uma pessoa para a ação, que é um impulso constante e de intensidade variável.

Como modelos motivacionais pode-se ter uma abordagem clássica em que se destacam as conhecidas Teoria de Hierarquia das Necessidades de *Maslow*, a teoria de X e Y de *McGregor* e a Teoria de *Herzberg*, e numa vertente contemporânea surgem a teoria sociocognitiva de Bandura e a teoria de ação refletida e comportamento planeado de Ajzen. Para efeitos do estudo aqui apresentado, importa refletir mais pormenorizadamente sobre os últimos modelos, de tradição sociocognitiva.

#### **Teoria Sociocognitiva (Bandura)**

As pessoas tentam, de forma contínua, ter controlo sobre os vários aspetos da sua vida promovendo os que são desejados e evitando os que são percecionados como prejudiciais ou pouco gratificantes a curto prazo. Quando os indivíduos estão impossibilitados de exercer controlo sobre fenómenos que irão afetar a sua vida, acabam por ficar apreensivos, apáticos e desesperados (Bandura, 1995). Para o autor desta teoria, o controlo (e, conseqüentemente as ações desenvolvidas, tal como nível de motivação e

estado afetivo) é mais influenciado pelas crenças desenvolvidas pelas pessoas do que pela avaliação da situação real.

Souza & Souza (2004, p.12) destacam que os indivíduos *“tendem a evitar situações que creem exceder suas capacidades, e a enfrentar aquelas que se julgam capazes de lidar”*. Desta forma, é importante entender quais os processos sociocognitivos que estão subjacentes ao desenvolvimento das crenças em relação às próprias capacidades.

Para Bandura (1995) o comportamento do ser humano é determinado principalmente pela perceção de autoeficácia (PAE) mas também pelas expetativas de resultado e de ação. A expetativa de resultado está relacionada com a perceção de que algumas consequências são resultado das circunstâncias do momento e estão fora do controlo do indivíduo. Por outro lado, a expetativa de ação corresponde à confiança que a pessoa tem de que o seu comportamento é determinante no resultado obtido (Armitage & Cower, 2000). Por sua vez a PAE, sendo a componente que serve de fio condutor da teoria sociocognitiva de Bandura, deve ser entendida como a perceção que *“as pessoas têm sobre as suas próprias capacidades para realizar uma determinada tarefa, de modo a atingir um dado objetivo ou resultado”* (Araújo & Moura, 2011, p.96). Bandura (1995) define assim a PAE como a crença que o indivíduo desenvolve em relação às suas próprias capacidades de organização e execução de ações necessárias para gerir situações potenciais, que podem ser ambíguas, desconhecidas e inesperadas.

A PAE de cada indivíduo é desenvolvida a partir de quatro formas principais de influências:

- **Experiências significativas:** têm por base a vivência do indivíduo, que vai permitir a aquisição de estratégias cognitivas, comportamentais e de autorregulação que modelem a ação em situações de mudança. É considerada uma das formas mais eficazes de influência porque se de facto estas experiências forem de sucesso, a perceção de autoeficácia construída será ampla e forte. No entanto, há que realçar que é benéfico para o indivíduo e para a construção da sua PAE ultrapassar e contornar obstáculos de forma a atingir o sucesso. Há que salientar igualmente que a interpretação das experiências significativas pode ser influenciada por fatores como o esforço empreendido, estados afetivos e físicos transitórios ou ajuda externa recebida.
- **Experiências Vicárias:** correspondem a experiências a partir de modelos sociais. Noutras palavras, se o indivíduo observar pessoas parecidas consigo próprio (ou consideradas como modelos de referência) a serem bem-sucedidos por esforços permanentes, haverá como consequência um

aumento das crenças dos observadores de que também eles próprios possuem as capacidades e habilidades para dominar atividades de forma bem-sucedida. A interpretação destas experiências contribui de forma tanto mais eficaz para o constructo da PAE quanto mais parecidos forem o observador e o observado. É de destacar que o observador irá procurar no modelo social alguém competente com valências por ele desejadas e com capacidade de transmitir as capacidades e atitudes adequadas para determinadas situações, contribuindo assim para uma forte PAE do observador.

- **Persuasão Social:** é o terceiro modo de reforçar as crenças das pessoas nas suas capacidades. Se as pessoas forem persuadidas no sentido de que possuem as habilidades para realizar determinadas atividades, estas são suscetíveis de mobilizar um maior esforço e mantê-lo.
- **Estados Emocionais e Somáticos:** os estados emocionais vão influenciar a perceção que cada indivíduo tem das suas capacidades. Se apresentar sinais de vulnerabilidade, o indivíduo assumirá que não possui capacidades para determinada atividade. No entanto, é de salientar que o tipo ou o grau de intensidade de reações físicas ou emocionais não são importantes, mas sim a interpretação dada por cada indivíduo.

A PAE influencia o nível de motivação e a forma como as pessoas pensam e sentem, e conseqüentemente afeta, por um lado, as escolhas que o indivíduo faz no que concerne ao ambiente, situações ou atividades, e (por outro lado) determina o tempo e o esforço que irá ser despendido na ação (Ribeiro, 1991).

Por outras palavras, a PAE regula o funcionamento humano e, segundo Bandura (1995), esta função é realizada de acordo com quatro processos que operam de forma concertada:

- **Processo cognitivo:** o comportamento humano está orientado pela assunção de objetivos, os quais são determinados com influência da perspetiva que cada um tem das suas capacidades. Desta forma, as ações de qualquer indivíduo têm início no pensamento e como tal, se a PAE for forte, os objetivos a atingir serão desafiadores e o resultado que se antevê será de sucesso. A parte cognitiva tem assim um papel fundamental no processamento de informação por vezes complexa e ambígua.
- **Processo motivacional:** a crença nas próprias capacidades tem uma influência marcada na autorregulação da motivação, tendo por base o pensamento. De facto, a PAE contribui para a motivação, uma vez que

determina os objetivos que as pessoas delineiam e o tempo que estão empenhados em determinadas tarefas difíceis ou mais elaboradas. Assim, se uma pessoa não tiver uma forte PAE face a dificuldades, tende a desistir facilmente.

- **Processo afetivo:** as crenças relativas às capacidades de *coping* afetam o nível de ansiedade e depressão, a motivação que a pessoa sente e a forma como processa situações difíceis. Desta forma, as pessoas com fraca PAE em relação aos aspetos positivos da vida desenvolvem humor depressivo e, conseqüentemente, tendem a ter baixa PAE, iniciando assim um ciclo auto-desmoralizador.
- **Processo seletivo:** as pessoas são o produto final da sua própria envolvimento. A PAE influencia a escolha do tipo de atividades e os caminhos a seguir, moldando os destinos das pessoas e destacando as suas potencialidades. As pessoas com fraca PAE em determinadas áreas, afastam-se de tarefas difíceis que consideram ser incapazes de ultrapassar, têm fracas aspirações e estão pouco comprometidos com os objetivos por eles determinados.

De acordo com Flammer (1995), o controlo das crenças dos indivíduos em relação às suas capacidades é fundamental visto que estas são a base de toda a ação e contribuem para o constructo da própria pessoa, nomeadamente na autoestima e autodefinição.

De facto, a teoria sociocognitiva prevê que os comportamentos desejados são realizados se o indivíduo perceber que tem controlo sobre os resultados, que as barreiras externas são ultrapassáveis e, essencialmente, se tiver confiança nas suas próprias capacidades (Armitage & Cower, 2000).

### **Teoria do comportamento planeado (Ajzen)**

Para entender melhor a teoria do comportamento planeado tem de se partir da teoria da ação refletida, a qual defendia que a intenção era o determinante mais próximo para alteração do comportamento. A intenção é determinada pelas atitudes e normas subjetivas, sendo definida como a motivação necessária para a realização de um comportamento específico. Assim, quanto maior for a intenção para ter determinado comportamento, maior será a probabilidade de este se realizar (Armitage & Cower, 2000). A limitação apontada à teoria de ação refletida é que só podia ser aplicada a comportamentos volitivos (i.e., da vontade própria), e como tal surgiu a teoria do comportamento planeado de forma a dar resposta a esta lacuna (Ajzen, 1991).

Apesar de existirem comportamentos que dependem somente da vontade própria, muitos dependem de outros aspetos não motivacionais, como por exemplo dinheiro, recursos e competências, que são designados, no seu conjunto, como controlo sobre o comportamento. O controlo de comportamento percebido (CCP) pode ser traduzido como a maior ou menor facilidade percebida pelo indivíduo em realizar o comportamento desejado. Assim, para o autor desta teoria, se um indivíduo tiver as oportunidades adequadas e tiver intenção para realizar determinado comportamento, irá conseguir fazê-lo com sucesso.

Ajzen (1991) realça que a importância das atitudes, das normas subjetivas e do controlo sobre o comportamento varia de acordo com o tipo de comportamento e natureza das situações, determinando desta forma a intensidade da relação perceção do controlo do comportamento e intenção. No âmbito da teoria de comportamento planeado, a perceção de controlo de comportamento em conjunto com a intenção pode ser usado para prever a mudança de comportamento. Para tal, parte-se da premissa de que mantendo a intenção constante em duas pessoas distintas, a que vai atingir o comportamento pretendido com maior sucesso é a que apresentar maior confiança nas suas competências e capacidades para desempenhar o comportamento em causa. Por outro lado, o CCP pode ser usado como uma medida do controlo atual e, de facto, o sucesso desta medida é tanto maior quando mais realista for o conhecimento relativo ao comportamento pretendido.

Tendo em conta que o desempenho do comportamento é o resultado da união entre intenções e o CCP, o autor desta teoria defende que inúmeras condições têm de estar presentes para contribuir para esta relação. Ajzen (1991) destaca três aspetos: primeiro, que ambas as determinantes do desempenho do comportamento devem estar sintonizadas relativamente ao comportamento desejado e que o contexto para a realização do comportamento deve ser o mesmo; a segunda condição é que, para prever com precisão o comportamento, é necessário que a intenção e o CCP se devam manter estáveis durante o período de avaliação e observação do comportamento desejado; o terceiro requisito para a validade preditiva está relacionado com a precisão do CCP, na medida em que este melhora de forma mais expressiva, porquanto mais representativo for do controlo real e atual.

As intenções têm um papel importante nesta teoria (Ajzen, 1991) e são determinadas por:

- **Atitude perante o comportamento:** que corresponde ao grau pelo qual o indivíduo avalia de forma favorável ou não o comportamento pretendido.
- **Normas subjetivas:** são um fator social que consiste na pressão social que a pessoa sofre para fazer ou não determinado comportamento.

- **CCP:** como já foi referido, o CCP vai demonstrar a maior ou menor facilidade do comportamento realçando experiências passadas, nomeadamente obstáculos sentidos.

Segundo esta teoria, quanto mais favorável é a atitude e as normas subjetivas, maior será o CCP e, conseqüentemente, mais forte será a intenção para realizar o comportamento desejado. Para a mudança de comportamento, é nestas determinantes que se deve trabalhar (em conjunto ou de forma independente), tendo em conta que todas elas serão também influenciadas pelas crenças que a pessoa tem à partida em relação ao comportamento.

A teoria do comportamento planeado já foi aplicada a diversos comportamentos: comportamentos de saúde, comportamentos sociais, comportamentos organizacionais, entre outros. (Ajzen, 1991)

### **2.3.2. Modelos de ativação comportamental**

Os modelos de ativação comportamental surgiram como resposta à falta de correspondência entre as variáveis motivacionais e o comportamento produzido. As teorias desenvolvidas neste âmbito permitiram diminuir o *gap* existente entre motivação e comportamento, realçando as estratégias de controlo que garantam que a motivação se reproduza no comportamento desejado (Armitage & Cower, 2000).

#### **Teoria de Implementação de Intenções (Gollwitzer)**

O pensamento humano e a ação são estimulados pela necessidade de atingir determinados objetivos, e para tal é desenhado um plano de contribuição para o sucesso dessa busca. A este plano, que inclui estratégias, monitorização vigilância e *feedback*, e que surge como o fio condutor da ação elaborado pela mente, designa-se por função executiva ou de controlo (Cohen, Bayer, Jaudas & Gollwitzer, 2008). Para Gollwitzer (1993), as intenções têm um papel preponderante para atingir os objetivos propostos e para a realização de determinados comportamentos.

Esta teoria, desenvolvida por Gollwitzer, baseia-se no constructo da intenção, nomeadamente diferenciando a intenção final da implementação da intenção. A **intenção final** está relacionada com o intuito de realizar determinado comportamento ou atingir determinado objetivo, que pode ser traduzida em *“tenciono atingir o objetivo X”* (Armitage & Cower, 2000). Este tipo de intenção está presente quando o indivíduo ainda está a expressar os seus desejos, e que por vezes resulta em conflito dos inúmeros objetivos que

se pretendem atingir. A intenção final só fica delimitada quando é de facto escolhido o objetivo a atingir e quando a pessoa canaliza uma forte determinação, envolvendo-se para que este seja concretizado (Gollwitzer, 1993).

A **implementação de intenção** (II) corresponde ao plano de intenção (como, onde e quando) traduzido em ação (Armitage & Cower, 2000). Para Cohen et al. (2008), a II é a forma de ligação entre a oportunidade e a resposta direta ao objetivo, encaminhando o indivíduo para responder de determinada forma a uma situação específica. Armitage & Cower (2000) destacam que a II determina que o indivíduo siga determinado caminho se todas as condições envolventes estiverem presentes, ou seja, traduz as intenções finais em comportamentos. A II pode ser traduzida em *“perante a situação X, irei realizar o comportamento Y”*, ou seja, prevendo a situação, a resposta torna-se automatizada, sem ter por base uma intenção consciente (Gollwitzer & Schaal, 1998). Parks-Stamm, Gollwitzer & Oettingen (2007) realçam que, de acordo com os estudos realizados, a implementação de intenções facilita o atingir da intenção final através de dois processos designados por **se-processo ou ativação da pista situacional** e **depois-processo ou iniciação de resposta**. Para melhor entender estes dois processos, deve-se perceber que a implementação da intenção surge de forma a facilitar o cumprimento do objetivo proposto, tendo subjacentes ambos os processos que permitem a acessibilidade da pista situacional e a automatização da resposta para esta pista.

O **se-processo** corresponde à seleção da situação específica para a componente do se da II, de forma a facilitar a escolha e antecipação dos comportamentos que podem ser realizados de forma a resolver essa situação e a atingir os objetivos delineados. O **depois-processo** corresponde à resposta planeada que é dada, de forma automática, à situação específica apontada para o se da II, sendo assim facilitada a concretização do objetivo. Desta forma, é possível perceber que quando a ligação entre ambas as componentes da II é estabelecida, o indivíduo perante a situação X (prevista) vai desencadear determinado comportamento (planeado) de forma automatizada, demonstrada em diferentes estudos como sendo uma resposta imediata e eficiente (Parks-Stamm et al., 2007).

Em ambientes muito dinâmicos, em que as mudanças são muito frequentes, é difícil tomar decisões baseadas em rotinas ou hábitos de vida, e é nesta perspetiva que a implementação das intenções tem um papel crucial. Através da formação das II, será possível ter um controlo cognitivo sobre a ação de forma automatizada. Assim, se as pessoas estiverem conscientes da importância da II, face a situações complicadas a nível pessoal ou laboral (previamente tidas em conta), serão desencadeadas de forma inconsciente ações e respostas que vão contribuir para a sua resolução (Gollwitzer & Schaal, 1998).

### **Orientação por objetivos (Goal Theory – Bagozzi)**

A teoria de orientação por objetivos, desenvolvida por Bagozzi, tem como objetivo estudar a forma como a motivação influencia as intenções em relação aos objetivos (Armitage & Cower, 2000). Os mesmos autores referem que a intenção em relação ao objetivo deve ser perspectivada como uma função dos desejos que derivam das atitudes, das normas subjetivas e da perceção de autoeficácia, que vai levar o indivíduo a iniciar o processo de ação, ou seja, a tentar atingir o objetivo.

No âmbito desta teoria, o estabelecimento da intenção em relação ao objetivo tem um papel fundamental pois vai influenciar o ato de tentar, que por sua vez vai incitar o início de determinadas estratégias de ação. Estas estratégias vão, por sua vez, delinear o nível e a intensidade com que o objetivo é realizado (Armitage & Cower, 2000).

Bagozzi (1992) destaca que o caminho em busca da realização de um objetivo específico é determinado pela tentativa, e que o ato de tentar é o resultado de três processos: a tomada de decisão tendo em conta os meios disponíveis, o planeamento e controlo do comportamento direcionado ao objetivo, e o compromisso em relação ao objetivo.

Para o autor desta teoria, a partir do momento em que a intenção relativamente ao objetivo está estabelecida, a forma como o objetivo será atingido depende da perceção de autoeficácia, da probabilidade da concretização do objetivo e da perceção positiva ou negativa que se tem do próprio objetivo. A expectativa de resultado e a perceção de autoeficácia são considerados por Bagozzi (1992) orientações cognitivas que vão influenciar de forma motivacional o desejo de determinado objetivo, e consequentemente a formação da intenção em relação a esse objetivo. O afeto surge como peça crucial para entender o conteúdo (favorável ou não) da motivação associada à intenção em relação ao objetivo. Se o objetivo a atingir for de baixa dificuldade, basta o afeto estar presente para ativar o comportamento. No entanto, se o objetivo for de um grau maior de dificuldade, têm os três aspetos de estar presentes, é necessário que o sentido seja favorável e que a autoeficácia e a expectativa sejam altas para desencadear a ação visando o objetivo proposto.

### **2.3.3. Modelos desenvolvimentais ou multi-fases**

As teorias desenvolvimentais ou multi-fases da mudança comportamental são consideradas as mais complexas porque tentam aliar e facilitar a mudança de comportamento através da manutenção de estratégias. De facto, estas teorias descrevem

os fatores que podem influenciar os processos de comportamento nos diferentes estádios de mudança (Armitage & Cower, 2000).

Sutton (2000) indica que as teorias explicativas do comportamento por diferentes fases postulam que as pessoas apresentam diferentes comportamentos (em termos qualitativos) de acordo com o estágio em que se encontram, e desta forma as intervenções serão de acordo com o estágio visando a mudança de comportamento e a progressão para a fase seguinte.

### **Teoria de Ação Controlada (Kuhl)**

Kuhl foi o primeiro teórico a distinguir intenção de motivação, apercebendo-se de que decisões tomadas apenas com base na motivação poderiam não ter sucesso (Armitage & Cower, 2000). Assim, Kuhl delineou dois processos de forma a facilitar a implementação da intenção, a ação e a implementação controlada, protegendo-a das vontades próprias da pessoa. A implementação controlada influencia a ação passo-a-passo, enquanto a ação controlada está mais ligada ao sucesso geral da implementação da intenção. Para Kuhl (1985) o processo de ação controlada é mediado por seis estratégias que permitem que o indivíduo mantenha aquela ação específica, apesar da pressão existente de outras ações. Estas seis estratégias são:

- **Ação seletiva:** vai permitir processar apenas informação relacionada com a ação pretendida, evitando o desenvolvimento de informação relacionada com outras ações tendenciosas.
- **Controlo da codificação:** parte da premissa de que a informação sob a forma de código anexada à intenção pretendida irá servir de estímulo promovendo a ação necessária.
- **Controlo da emoção:** facilita a função de proteção de volição inibindo os estados emocionais, que por vezes são os responsáveis pela tentação de seguir ações alternativas.
- **Controlo da motivação:** está relacionado com o *feedback* que é dado sobre um processo de autorregulação e a própria base de motivação. Esta estratégia é importante porque quando existem fortes intenções atuais em competição com outras intenções, o processo de autorregulação irá permitir fortalecer as atuais através da seleção de informação.
- **Controlo do ambiente:** nesta estratégia é controlado o ambiente para se conseguir controlar a emoção e a motivação.
- **Parcimónia do processamento de informação:** é um aspeto que está relacionado com o desejo controlado e que vai determinar o quando para o

processamento de informação, para que o indivíduo não esteja continuamente a receber e a otimizar informação.

### **Modelo Transteórico da Mudança (Prochaska)**

O modelo transteórico da mudança (MTM) desenvolvido por Prochaska em 1992 surge como uma ferramenta fundamental para entender o processo de mudança. Este modelo, que se pauta pela descrição do caminho pelos quais o indivíduo transita através de estágios em busca da mudança, evidencia em que fase a pessoa se encontra disponível para alterar o seu comportamento.

De acordo com Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) o MTM é constituído por seis etapas, complementares entre si, que constituem as fases pelas quais o indivíduo terá que passar para adotar um novo comportamento. Estas etapas podem ser descritas como:

- **Pré-contemplação:** momento no qual o indivíduo não tem intenção de mudar num futuro próximo. A pessoa pode ser alertada pelos outros para a mudança, mas não aceita a necessidade de mudar. A marca desta fase é a resistência em reconhecer ou alterar o comportamento.
- **Contemplação:** a pessoa reconhece que há uma questão importante a ser enfrentada e pensa na possibilidade de mudar mas ainda não tomou nenhuma iniciativa para tal. Os indivíduos podem permanecer nesta fase durante longos períodos de tempo, avaliando os benefícios, as contrariedades e a energia necessários para a mudança. Nesta fase os indivíduos identificam o comportamento problemático e a necessidade em mudar mas não se sentem preparados para tal.
- **Preparação:** há um comprometimento com a mudança, manifestada na intenção de realizar mudanças no futuro próximo. Esta etapa é considerada o momento do arranque em direção à mudança, visto que se verifica a tentativa de mudança, mesmo não sendo bem-sucedida. A preparação antecede a ação e distingue-se pela intenção e pela escolha de alterar o comportamento.
- **Ação:** nesta etapa a pessoa toma decisões e empenha-se ativamente para colocar em prática novos comportamentos e atitudes, havendo a canalização de muita energia simultaneamente a um forte compromisso. Na ação, o indivíduo altera o seu comportamento, experiências ou mesmo o ambiente que o rodeia de forma a ultrapassar os obstáculos e a realizar o comportamento pretendido. Há um esforço nesse sentido e as suas ações

podem ser observadas, já que há evidências concretas de que determinados objetivos estão a ser atingidos com sucesso.

- **Manutenção:** a pessoa esforça-se ativamente, ao longo do tempo, para consolidar o que alcançou, evitando retomar comportamentos anteriores. Faz parte de iniciativas e estratégias que visam a consolidação das mudanças alcançadas. Embora seja a última fase apontada por este modelo, não é estática e pode prolongar-se durante seis meses ou para sempre, dependendo do comportamento que se pretende que seja instalado.

As fases acima referidas “*indicam diferentes níveis de prontidão de uma pessoa, para empreender e consolidar mudanças.*” (Reis & Nakata, 2010, p.65) ou seja, para que ocorra a adoção de um novo comportamento é necessário percorrer estas fases. Como tal, Yoshida (2002) defende que perante mudanças a adotar por um indivíduo ou um grupo, deve-se identificar em que fase estes se encontram, uma vez que serão o espelho dos diferentes níveis de consciência da situação vivenciada e de graus de empenho a enfrentá-los, e só assim será possível muni-los de instrumentos que promovam a mudança.

Prochaska et al. (1992) consideram que, em teoria, é esperado que seja feita a progressão desde a primeira até à última etapa, mas realça que na realidade é um caminho não necessariamente linear, já que podem ocorrer retrocessos, sendo raro que o processo de mudança seja feito de forma simples. Como realçam Reis & Nakata (2010), o encadeamento entre as diferentes fases sugere que este processo seja visto como uma espiral em vez de uma linha contínua. De facto, se o indivíduo não está pronto para avançar para um novo estágio, isto reflete-se na não evolução para uma nova fase e, em última instância, em resistência. Prochaska et al. (1992) consideram que os indivíduos que recuam na progressão para a mudança não voltam, geralmente, ao ponto inicial. Com base no modelo espiral pelo qual se pauta o MTM, é possível perceber que o indivíduo é submetido a uma reciclagem de conhecimentos, aprendendo com os erros e falhas. Os mesmos autores, e tendo por base o MTM, referem que para determinado comportamento, em algumas dimensões o indivíduo poderá estar numa etapa inicial, mas noutros pode estar em estágios mais avançados, podendo ocorrer em algumas situações interrupções, sobreposições ou saltos de uma etapa para outra.

Sendo o MTM uma teoria dinâmica, tem sido usada em vários estudos e em diferentes países. Desde a origem do modelo que este tem sido aplicado em estudos e áreas que envolvem projetos de prevenção e de mudança de comportamentos, como é o caso de distúrbios relacionados com a alimentação (anorexia, bulimia, obesidade), comportamentos aditivos (tabaco, álcool, drogas) e programas de promoção da saúde (exercício físico). Recentemente este modelo foi aplicado em estudos relativos à mudança

organizacional. Neste âmbito da mudança, Prochaska, Prochaska, & Levesque (2001) consideram fundamental destacar os dez processos que podem induzir a mudança organizacional:

- **Aumento da consciência:** estar atento e preocupado em relação ao problema e às possíveis soluções;
- **Alívio dramático:** entusiasmo emocional, nomeadamente medo em relação às falhas e inspiração relativamente ao sucesso da mudança.
- **Auto-reavaliação:** considerar que a mudança é significativa e importante para o próprio no que concerne à sua identificação, bem-estar e sucesso.
- **Auto-libertação:** comprometer-se com a mudança, acreditando que será um sucesso.
- **Reavaliação do meio circundante:** acreditar que a mudança terá um impacto positivo no ambiente laboral e social.
- **Reforço da gestão:** encontrar formas intrínsecas e extrínsecas de premiar novas formas de trabalho.
- **Contra condicionamento:** substituir novos comportamentos pelos antigos.
- **Entreajuda:** procurar uma rede social de apoio que facilite a mudança.
- **Estímulo controlado:** reestruturar o ambiente de forma a promover novos comportamentos e inibindo antigos hábitos.
- **Liberação social:** capacitar os indivíduos através de um leque variado de escolhas e recursos.

Tendo conhecimento destes processos, e sabendo que estão integrados nas etapas de mudanças do MTM de acordo com cada fase, é possível então promover alterações de comportamentos, diminuindo a resistência (Prochaska et al., 2001).

## 2.4. FINALIDADE E MAPA CONCEPTUAL DO ESTUDO

Face às reformas que são propostas e implementadas diariamente no sector de saúde, o presente estudo tem como **finalidade** perceber a prontidão para a mudança em profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, no âmbito da SD, e entender de que forma fenómenos como o JE e a PAE influenciam a adoção de novos comportamentos no local de trabalho. Pretende-se que este estudo seja um contributo importante para os gestores e responsáveis pela implementação de novas medidas no seio das instituições de saúde, uma vez que se foca na compreensão do processo de mudança e das variáveis que se devem ter em conta em mudança organizacional.

Atendendo a esta finalidade do estudo, e no sentido de integrar os aspetos mais relevantes do fenómeno da mudança, a nível individual (entre enfermeiros) e em contexto de promoção da segurança do doente (e, portanto, da qualidade assistencial), apresentados ao longo deste capítulo de enquadramento teórico, apresenta-se de seguida, na Figura 1, o **mapa conceptual** do projeto de investigação cujos métodos e resultados são apresentados nos capítulos seguintes.

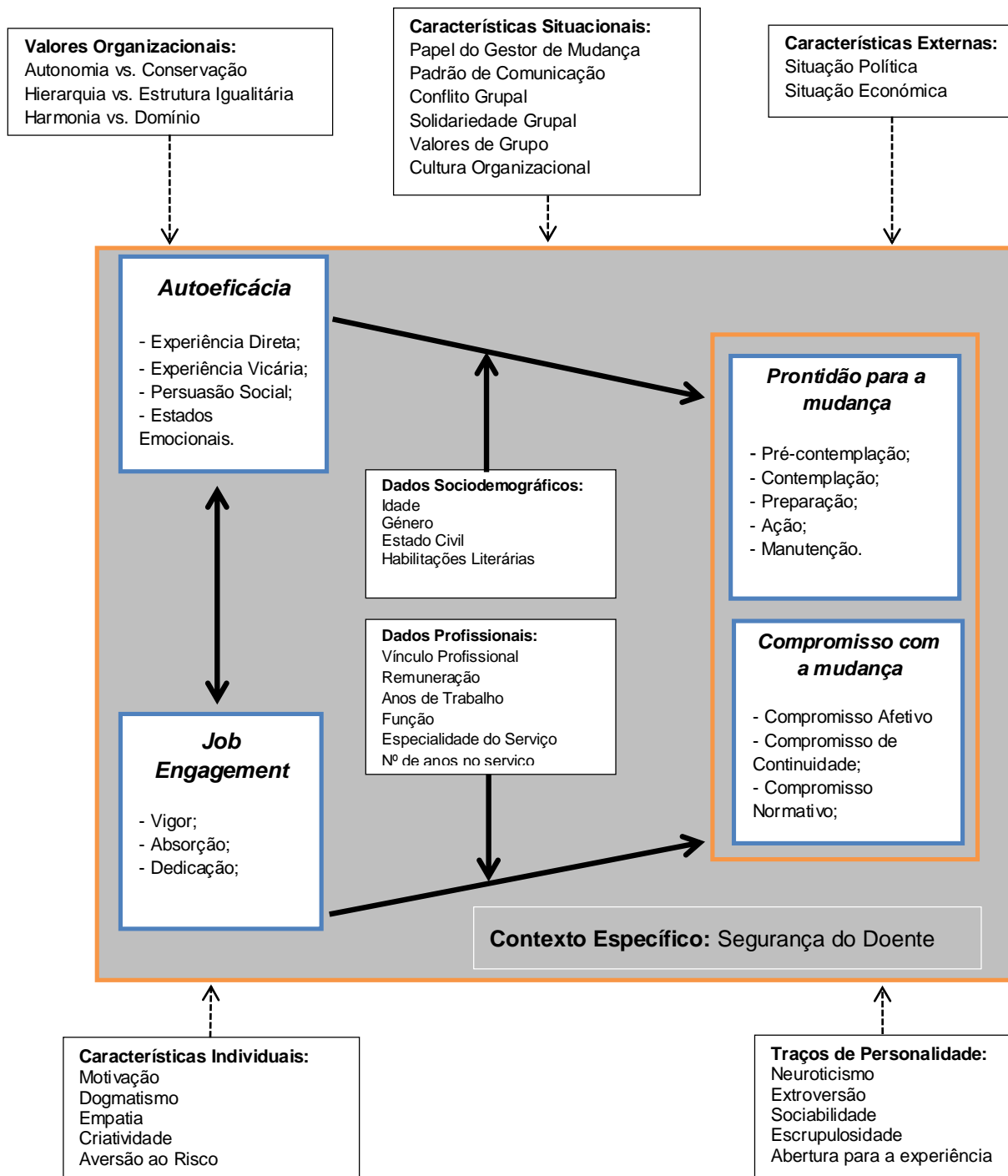


Figura 1 - Mapa conceptual do estudo

Este mapa conceptual permite perceber de forma mais objetiva as relações entre os principais constructos da investigação e como tal serve de guia orientador na fase de preparação do estudo (identificação dos dados que devem ser recolhidos) e *à posteriori* na fase de análise. As variáveis que foram alvo do projeto de investigação são apresentadas na parte central do mapa conceptual (sombreadas a cinzento). As variáveis fora desta área mostram desde já aspetos do fenómeno em estudo que não foi possível considerar/operacionalizar neste estudo embora sejam também determinantes dos processos de mudança aqui em estudo.

### 3. OBJETIVOS

Este estudo foi desenvolvido de forma a perceber o papel que o JE e PAE desempenham na prontidão para a adoção de medidas de SD por parte de enfermeiros em contexto hospitalar.

#### 3.1. OBJETIVOS GERAIS

Assim, o presente estudo tem como **objetivos gerais**:

- 1. Caracterizar a prontidão para a mudança e o compromisso com a mudança de enfermeiros em contexto hospitalar, no âmbito de mudanças organizacionais promotoras da segurança do doente.
- 2. Identificar variáveis preditoras da prontidão para a mudança e do compromisso com a mudança no âmbito de mudanças organizacionais entre enfermeiros em contexto hospitalar, promotoras da segurança do doente.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como **objetivos específicos** foram definidos os seguintes:

- 1.1. Caracterizar a prontidão para a mudança e o compromisso com a mudança de enfermeiros em contexto hospitalar, no que se refere a comportamentos de identificação do doente;
- 1.2. Caracterizar a prontidão para a mudança e o compromisso com a mudança de enfermeiros em contexto hospitalar, no que se refere a comportamentos de prevenção de infeção hospitalar;
- 2.1. Caracterizar a associação entre prontidão para a mudança e compromisso com a mudança e a perceção de autoeficácia para adotar procedimentos de identificação do doente;
- 2.2. Caracterizar a associação entre prontidão para a mudança e compromisso com a mudança e a perceção de autoeficácia para adotar procedimentos de prevenção de infeção hospitalar (lavagem regular/sistemática de mãos);

- 2.3. Caracterizar a associação entre *job engagement* e a prontidão para / compromisso com adoção de procedimentos de identificação do doente;
- 2.4. Caracterizar a associação entre *job engagement* e a prontidão para / compromisso com adoção de procedimentos de prevenção de infeção hospitalar (lavagem regular/sistemática de mãos);
- 2.5. Caracterizar a associação entre perceção de autoeficácia e *job engagement* no âmbito de mudanças organizacionais que visam a segurança do doente.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. DESENHO DO ESTUDO E MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal desenvolvido com base numa abordagem quantitativa (Apêndice I).

A recolha de dados foi feita através de questionário de autopreenchimento.

### **4.2. POPULAÇÃO, AMOSTRAGEM E AMOSTRA**

A população deste estudo são os enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar e a população-alvo foram os enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. – Hospital Santa Maria (CHLN-HSM). Foi escolhida esta instituição de saúde por ser um hospital central de referência a nível nacional e internacional em diferentes especialidades, sendo assim uma unidade de cuidados de saúde que promove e exige experiências profissionais diversificadas (e de mudança contínua de rotinas de trabalho).

A amostragem visou o recrutamento (para o estudo) de todos os enfermeiros do departamento de medicina e cirurgia do CHLN-HSM, nomeadamente dos serviços de Ortopedia (internamento e SO), Urologia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia I A e B, Cirurgia II, Cirurgia Plástica, Cirurgia I SO, Dermatologia, Gastrenterologia, Hepatologia - UCIGE, Infeciologia 5, Medicina 1 A, 1B,1C e 1D, Medicina 2A, 2B, 2C e 2D, Nefrologia, Unidade de Queimados e Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas (UCIDI). Trata-se assim de um censo de profissionais de enfermagem (os que trabalham, em diferentes regimes ou vínculos laborais), destes serviços do CHLN-HSM. Embora os departamentos de medicina e de cirurgia sejam constituídos por outros serviços, definiu-se como critério de inclusão os serviços de internamento ou de cuidados intermédios a intensivos, e como critério de exclusão os serviços em que os doentes recebem cuidados de saúde de carácter ambulatorio.

#### **4.2.1. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS**

Para recolha de dados, os questionários foram entregues (juntamente com um envelope) à enfermeira-chefe de cada serviço que, por sua vez, distribuiu um questionário a cada enfermeiro do seu serviço. A recolha de dados foi feita durante um período de três

meses: de Julho a Setembro de 2013. Nos casos em que foi baixa a adesão ao preenchimento do questionário, foi reforçado o pedido de colaboração junto das enfermeiras-chefes no final do primeiro mês.

Cada questionário preenchido foi fechado no envelope recebido para o efeito e colocado, pelo próprio enfermeiro, em uma caixa fechada, de forma a garantir o anonimato das respostas. Quinzenalmente, o investigador passou por cada serviço para recolher os questionários preenchidos (Apêndice II).

### 4.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Os dados foram recolhidos através de um questionário estruturado em seis partes/módulos distintos, e que incluía instrumentos pré-existentes (Apêndice III).

O **primeiro módulo** do questionário corresponde a um conjunto de perguntas que visam caracterizar a implementação de duas medidas que visam a SD e sobre os quais incidiu o estudo: prevenção de infeções (lavagem de mãos) e identificação do doente (pulseira/enfermaria e unidade do doente). Foi pedido ao participante que assinalasse se cada um dos procedimentos estava ou não implementado no serviço, aquando do preenchimento do questionário.

Embora existam várias medidas no âmbito da SD que poderiam ser avaliadas, os procedimentos que promovem a prevenção da infeção e a identificação do doente são os que, aquando da recolha dos dados, estavam a ser implementados de forma generalizada no CHLN-HSM. Embora estas medidas já fizessem parte dos cuidados de enfermagem de forma informal, houve da parte da instituição a preocupação em reforçar a prática destes procedimentos relevando a sua importância para a SD. De facto, ambos os procedimentos são prioritários no ponto de vista da WHO (2007). A identificação do doente (através de colocação de pulseira que apresenta nome, idade e serviço) é fundamental no seio das instituições de saúde para prevenir o erro na administração da medicação, a realização de exames ou procedimentos na pessoa errada e a troca de transfusões de sangue (WHO, 2007b). A lavagem das mãos (que pressupõe a higiene das mãos através de produtos alcoólicos e lavagem com a técnica preconizada) permite contribuir para a diminuição da taxa de infeções nosocomiais. Estas infeções são responsáveis por internamentos mais longos, que terão inevitavelmente impacto para o doente e família, mas também a nível financeiro para a própria instituição (WHO, 2007c).

O **segundo módulo** do questionário corresponde a um conjunto de itens, adaptados da escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA), e que avaliam a prontidão para a mudança. O URICA, originalmente com 32 itens, foi desenvolvido

por McConaughy, Prochaska & Velicer (1983), com base no Modelo Transteórico de Mudança, e avalia a prontidão para a mudança a partir de estádios motivacionais associados a mudanças comportamentais. O URICA visa avaliar os patamares motivacionais dos indivíduos nas diferentes fases de mudança, sendo por isso composto por quatro subescalas: pré-contemplanção, contemplanção, ação e manutenção. Apresenta-se como um instrumento de medida de autorrelato, que usa uma escala de resposta tipo *Lickert*, com cinco opções de resposta. A avaliação da prontidão para a mudança é feita com o somatório de cada um dos itens para cada subescala e dividido por 7 (visto que um dos itens é omitido para cada escala). Posteriormente soma-se o resultado obtido nas subescalas de ação, contemplanção e manutenção subtraindo no final o resultado da pré-contemplanção. O autor autoriza o uso da escala sem qualquer necessidade de autorização adicional e sem qualquer custo.

Os estudos em que o URICA foi usado (por exemplo, Dozois, Westra, Collins, Fung & Garry, 2004, Lin et al., 2010 Polaschek, Anstiss & Wilson, 2010) mostraram que as propriedades psicométricas do URICA-32 são adequadas. Para o presente estudo, houve a necessidade de modificar esta escala: procedeu-se à adaptação linguística e cultural e à diminuição do número de itens para cada subescala passando de 32 para 8, por serem os itens que melhor se adequaram aos objetivos e contexto do projeto. A escala resultante foi aplicada de modo a avaliar a prontidão para a mudança dos participantes em relação aos dois procedimentos (identificação do doente e prevenção de infeção). Assim sendo, este módulo é formado por 16 itens de avaliação de prontidão para a mudança e utiliza uma escala tipo *Lickert* de 5 pontos (de “1 = discordo fortemente” a “5 = concordo fortemente”).

O **terceiro módulo** corresponde ao modelo de *Commitment to Organizational Change* desenvolvido por Herscovitch & Meyer (2002). É a escala mais usada para avaliar o compromisso com a mudança, e é composta por 18 itens distribuídos por três dimensões (afetivo, continuidade e normativo). Utiliza uma escala tipo *Lickert* de 7 pontos (de “1 = discordo totalmente” a “7 = concordo totalmente”). Através da pontuação média de cada dimensão, é possível verificar qual a mais expressiva no que concerne ao compromisso com a mudança.

Esta escala tem revelado propriedades psicométricas consistentes nos estudos em que foi usada, nomeadamente um estudo belga que investigou o impacto do sexo no compromisso com a mudança (Deprez, Broeck, Cools & Bouckenooghe, 2012) e um estudo de Cunningham (2006) desenvolvido nos EUA em que foi estabelecida a relação entre compromisso com a mudança, com o *coping* e com a resistência à mudança. Em Portugal, Neves & Caetano (2009), embora não tenham usado a escala completa no seu estudo sobre o papel do CM na confiança do supervisor e resultados no trabalho, também identificaram

sólidas propriedades psicométricas. Foi solicitada autorização aos autores para o uso desta escala no âmbito deste estudo, tendo estes indicado que parte da escala (compromisso afetivo) havia já sido traduzida por Neves (2009), a quem foi também pedida autorização para a sua utilização.

O **quarto módulo** deste questionário é constituído pela escala de *General Self-Efficacy* (GSE), desenvolvida por Schwarzer & Jerusalem (1995), e adaptada para a população portuguesa por Araújo & Moura (2011). Esta escala permite, através de 10 itens com quatro alternativas de resposta (1 = “*de modo nenhum é verdade*”; 2 = “*difícilmente é verdade*”; 3 = “*moderadamente verdade*”; 4 = “*exatamente verdade*”), avaliar a perceção de eficácia pessoal para lidar de forma adequada perante um conjunto vasto de situações. A pontuação total da escala varia de 10 a 40, e uma elevada pontuação traduz uma elevada PAE.

Esta escala tem sido aplicada em diferentes estudos, tais como a avaliação do papel da PAE na resolução de problemas numa amostra de professores em Portugal (Araújo & Moura, 2011), numa amostra de adolescentes no Brasil (Teixeira, Dias & Dell’Aglio, 2012) e num estudo realizado na Alemanha que avaliou o papel da PAE como um fator pessoal de *coping* num período pós-cirurgia (Ralf Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed & Knoll, 2005). Estes são alguns exemplos de estudos em que as propriedades psicométricas da escala demonstraram ser adequadas.

Para a realização deste estudo foi pedida a autorização aos investigadores responsáveis pela adaptação da escala para a população portuguesa.

No **quinto módulo** é apresentada a escala de *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) desenvolvida por Schaufeli & Bakker (2003), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Alexandra Marques Pinto (Pinto & Chambel, 2008). Esta escala é composta por 17 itens distribuídos por três dimensões (vigor, dedicação e absorção), com sete alternativas de resposta (0 = “*nunca teve esse sentimento ou crença*”; 1 = “*algumas vezes por ano*”; 2 = “*uma vez ou menos por mês*”; 3 = “*algumas vezes por mês*”; 4 = “*uma vez por semana*”; 5 = “*algumas vezes por semana*”; 6 = “*todos os dias*”), sendo possível a sua análise de forma tridimensional ou unidimensional, dependendo do objetivo do estudo.

Esta escala tem demonstrado propriedades psicométricas consistentes em diferentes estudos efetuados a nível nacional e internacional. Como exemplos, identifica-se o estudo realizado em Portugal em que Rebocho, Semedo & Santos (2011) relacionaram os recursos laborais com *JE* e o desempenho dos trabalhadores; no Brasil foi avaliado o *JE* no trabalho entre profissionais da área da educação (Machado, Porto-Martins & Amorim, 2012); em Singapura esta escala foi usada para avaliar o *JE* no seio da classe médica (Po, 2013); em Espanha foi estudada a relação entre recursos organizacionais, *JE*, desempenho

profissional e lealdade do cliente mediado pelo ambiente do serviço (Salanova, Agut & Peiró, 2005).

Foi pedida autorização à autora do UWES português para utilização desta escala no âmbito deste estudo.

O **sexto** e último módulo do questionário integra um conjunto de perguntas que visam a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo.

Após agregação das escalas foi realizado o pré-teste, tendo sido aplicado a dois enfermeiros que não trabalhavam no CHLN-HSM.

#### **4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os dados recolhidos foram processados informaticamente com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. Procedeu-se à análise descritiva de cada uma das variáveis em estudo de acordo com cada um dos itens do questionário, e efetuou-se uma análise inferencial, sendo tido em conta o nível de significância de  $\alpha = ,05$ .

No que se refere aos itens adaptados do URICA, foi feita análise fatorial exploratória (com rotação varimax), que revelou utilidade em considerar duas dimensões (resistência e mudança), cada uma com 4 itens. A análise descritiva foi feita sobre a soma das respostas aos quatro conjuntos de 4 itens, com pontuação total a variar de 4 a 20.

A pontuação total da escala que avalia a PAE resulta do somatório dos seus itens, variando de 10 a 40.

Para a escala que avalia o compromisso com a mudança, foram analisadas três dimensões com 6 itens cada. A análise descritiva incidiu sobre as médias das respostas em cada uma das dimensões. Deste modo, a pontuação de cada dimensão varia entre 1 a 7.

A pontuação total da escala de JE foi feita pela média das respostas aos 17 itens, variando entre 0 e 6.

Para descrição e uso em análise inferencial, os serviços a que pertencem os enfermeiros que participaram no estudo foram agregados em dois tipos (departamento de medicina e departamento de cirurgia). Foram também criados três grupos etários: menos de 30 anos, entre 30 e 39 anos e mais de 40 anos.

Para os objetivos 1, 1.1 e 1.2 (ver capítulo 3) optou-se por uma **caracterização univariada** das variáveis (JE, CM, PM, PAE) e o tratamento de dados foi feito com base em:

- Análise descritiva para cada variável estratificada por serviços onde os enfermeiros trabalham com apresentação de médias, modas, medianas e percentagens, desvio padrão, mínimos e máximos.
- Aplicação do teste *t-student* ou ANOVA, ou equivalente não paramétrico, para estudar as diferenças de médias entre os grupos dos serviços onde os enfermeiros trabalham, os dois sexos e idade (estratificada em três grupos).

Para o estudo de correlações, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*. Esta caracterização permite responder ao objetivo 2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5. (ver capítulo 3).

Recorreu-se ainda a modelos de regressão linear múltipla e análise de mediação para estudo das relações entre as diferentes variáveis e identificação das variáveis predictoras e mediadoras da prontidão para a mudança de práticas profissionais.

#### **4.5. ASPETOS ÉTICOS**

O projeto deste estudo foi aprovado em reunião de Conselho Científico da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

O projeto foi também submetido ao Conselho Científico do CHLN-HSM, tendo sido aprovado e autorizado pelo Conselho de Administração desta instituição (Anexo I).

No momento de distribuição dos questionários, foi entregue a cada participante o consentimento informado (Apêndice IV) através do qual foram explicados os objetivos do estudo bem como a natureza da colaboração de cada participante, assegurando que esta participação era livre, que o anonimato era garantido e que o sujeito poderia desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências. Este consentimento informado foi lido e assinado por todos os participantes.

## 5. RESULTADOS

O tamanho amostral obtido foi de 265 enfermeiros, distribuídos pelos 24 serviços do departamento de medicina e cirurgia do CHLN-HSM, conforme representado no gráfico da Figura 2. Este número de participantes corresponde a uma taxa de resposta de 57,1% da população-alvo.

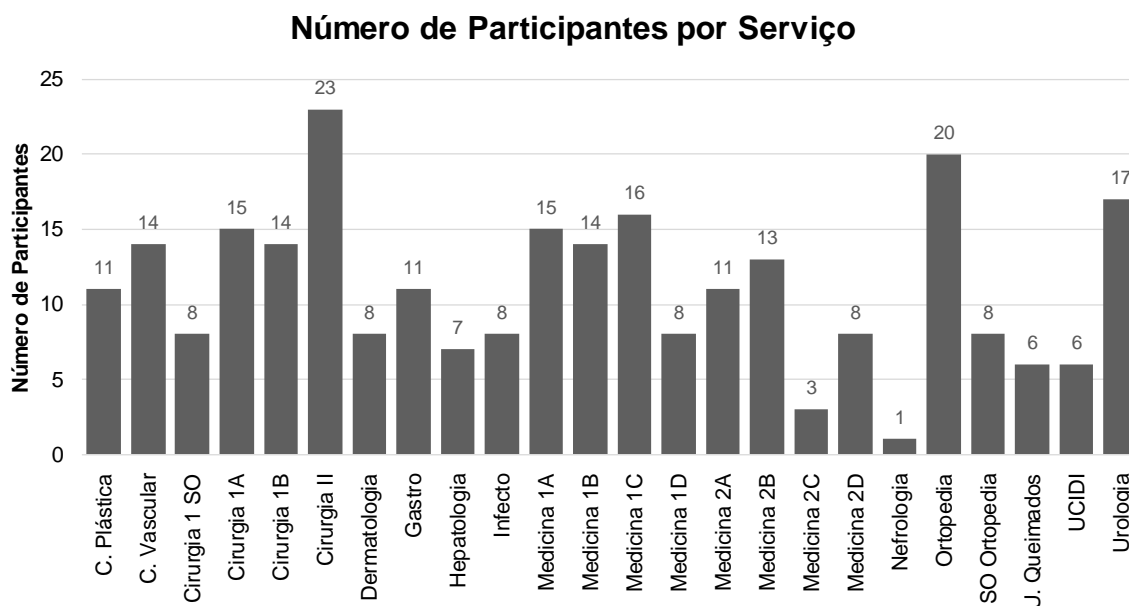


Figura 2 - Distribuição dos participantes no estudo, por serviço do CHLN-HSM

Há que realçar que o serviço de Unidade de Queimados não respondeu às questões relativas à identificação do doente, visto tratar-se de um serviço que se pauta pelo uso de material estéril (devido à natureza dos doentes e dos cuidados prestados). Desta forma não podem identificar o doente com o uso da pulseira, pelo que recorrem a outras medidas para identificação do doente.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

#### Caracterização sociodemográfica da amostra

Como se pode observar na Tabela 1, 80,4% da amostra é do sexo feminino (calculado a partir dos valores apresentados na tabela). No que concerne à idade, 50,2% da amostra tem menos de 30 anos de idade e 43,8% tem idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, sendo a média no sexo feminino de 32,67 anos de idade e, no sexo masculino, de 33,40.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Idade</b>	<b>Menos de 30 anos</b>	110	51,6	23	44,2	133	50,2
	<b>30 a 39 anos</b>	90	42,3	26	50,0	116	43,8
	<b>40 ou mais anos</b>	13	6,1	3	5,8	16	6,0
	<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>265</b>	<b>100</b>
	<b>Média (anos)</b>	32,7		33,4		32,8	
	<b>Mediana</b>	29		30,5		29	
	<b>Moda</b>	29		27		29	
	<b>Desvio Padrão</b>	8,3		7,5		8,1	
<b>Situação familiar</b>	<b>Solteiro / Viúvo / Divorciado</b>	107	50,2	24	46,2	131	49,4
	<b>Casado / União de Facto</b>	106	49,8	28	53,8	134	50,6
<b>Filhos a cargo</b>	<b>Sem filhos menores/dependentes</b>	148	69,5	31	59,6	179	67,5
	<b>Com filhos menores/dependentes</b>	65	30,5	21	40,4	86	32,5
<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Bacharelato</b>	13	6,1	4	7,7	17	6,4
	<b>Licenciatura pré-Bolonha</b>	134	62,9	30	57,7	164	61,9
	<b>Licenciatura pós-Bolonha</b>	52	24,4	14	26,9	66	24,9
	<b>Mestrado</b>	14	6,6	3	5,8	17	6,4
	<b>Doutoramento</b>	0	0,0	1	1,9	1	0,4
<b>Situação Financeira</b>	<b>Muito confortável</b>	2	0,9	0	0,0	2	0,8
	<b>Confortável</b>	30	14,1	10	19,2	40	15,1
	<b>Suficiente</b>	147	69,0	26	50,0	173	65,3
	<b>Difícil</b>	31	14,6	13	25,0	44	16,6
	<b>Muito difícil</b>	3	1,4	3	5,8	6	2,3

No que concerne à situação familiar, não foi encontrada associação com a variável sexo, sendo 50,6% de participantes casados ou a viver em união de facto. Dois terços dos participantes não têm a seu cargo filhos menores ou dependentes e 65,3% considera que a sua situação financeira atual é suficiente para as próprias necessidades.

Das habilitações literárias apresentadas verifica-se que a maioria dos participantes é licenciada (61,9% pré-Bolonha e 24,9% pós-Bolonha).

### Caracterização profissional

A Tabela 2 descreve a amostra relativamente a variáveis de caracterização profissional.

Tabela 2 - Caracterização profissional da amostra

		Feminino (n=213)		Masculino (n=52)		Total (n=265)	
		n	%	n	%	n	%
Idade	Menos de 30 anos	110	51,6	23	44,2	133	50,2
	30 a 39 anos	90	42,3	26	50,0	116	43,8
	40 ou mais anos	13	6,1	3	5,8	16	6,0
	Média (anos)	32,7		33,4		32,8	
	Mediana	29		30,5		29	
	Moda	29		27		29	
	Desvio Padrão	8,3		7,5		8,1	
Experiência como enfermeira	Até 5 anos	85	39,9	16	30,8	101	38,1
	6 a 10 anos	73	34,3	20	38,5	93	35,1
	11 ou mais anos	55	25,8	16	30,8	71	26,8
	Média	9,4		9,4		9,4	
	Mediana	6		7		7	
	Moda	4		6		4	
	Desvio Padrão	7,9		7,4		7,7	
Tempo de trabalho nesta instituição	Até 5 anos	99	46,5	18	34,6	117	44,2
	6 a 10 anos	63	29,6	19	36,5	82	30,9
	11 ou mais anos	51	23,9	15	28,8	66	24,9
	Média	8,9		9,1		8,9	
	Mediana	6		6		6	
	Moda	4		6		4	
	Desvio Padrão	7,5		6,9		7,4	
Tempo de trabalho neste serviço	Até 5 anos	123	57,7	25	48,1	148	55,8
	6 a 10 anos	62	29,1	16	30,8	78	29,4
	11 ou mais anos	28	13,1	11	21,2	39	14,7
	Média	6,4		7,2		6,6	
	Mediana	5		6		5	
	Moda	5		4		4	
	Desvio Padrão	5,9		6,2		5,9	
Cargo de Chefia	Não	198	93,0	51	98,1	249	94,0
	Sim	15	7,0	1	1,9	16	6,0
Cargo de Coordenação	Não	180	84,9	45	86,5	225	85,2
	Sim	32	15,1	7	13,5	39	14,8
Título de Enfermagem	Enf. Generalista	185	87,3	44	84,6	229	86,7
	Enf. Especialista	27	12,7	8	15,4	35	13,3
Tipo de Vínculo	Contrato a tempo certo	3	1,4	0	0,0	3	1,1
	Contrato a tempo indeterminado	164	77,0	39	75,0	203	76,6
	Função pública	46	21,6	13	25,0	59	22,3
Horas de trabalho semanal	35horas/semana	15	7,0	7	13,5	22	8,3
	40 horas / semana	159	74,6	37	71,2	196	74,0
	42 horas / semana	39	18,3	8	15,4	47	17,7
Tipo de Horário	Horário fixo	40	18,8	9	17,3	49	18,5
	Horário roulement	173	81,2	43	82,7	216	81,5
Trabalho noturno	Não	8	7,1	4	3,8	12	5,6
	Sim	104	92,9	100	96,2	204	94,4
Trabalho noutra instituição	Não	121	84,0	101	83,5	222	83,8
	Sim	23	16,0	20	16,5	43	16,2
Outra atividade laborar	Não	124	86,1	102	84,3	226	85,3
	Sim	20	13,9	19	15,7	39	14,7

Como se pode observar na Tabela 2, os participantes são enfermeiros há 9,4 anos em média, sendo que 38,1% têm experiência até 5 anos e 35,1% têm uma experiência acumulada de 6 a 10 anos. No que concerne ao tempo de trabalho no CHLN-HSM, os participantes distribuem-se com maior expressão até 10 anos (média de 8,9 anos), nomeadamente 44,2% até 5 anos e 30,9% entre 6 a 10 anos. A maioria da amostra é constituída por enfermeiros que trabalham até 5 anos no mesmo serviço (55,8%), seguindo-se os que trabalham entre 6 a 10 anos (29,4%) e a menor percentagem é representada pelos que trabalham há mais de 11 anos (14,7%).

O título de enfermagem mais representativo é o de enfermeiro generalista (86,7%) quando em comparação com o de enfermeiro especialista (13,3%), não havendo diferença relevante de acordo com o sexo.

A percentagem de enfermeiros que exercem cargo de chefia e coordenação na instituição é de 6% e 14,8% respetivamente. Destaca-se que dos 6% que exercem cargo de chefia, 15 são do sexo feminino e 1 é do sexo masculino.

Em relação ao tipo de vínculo, a maioria dos profissionais tem contrato a tempo indeterminado (76,6%) seguidos dos que pertencem ao quadro da função pública (22,3%). Na amostra estudada, 74,0% dos enfermeiros trabalha 40h semanais e 81,5% tem horário com turnos. Dos 216 participantes com horário *roulement*, 94,4% trabalham no período noturno e 5,6% apenas trabalham o turno da manhã e tarde.

Quando questionados sobre se trabalham noutras unidades de saúde ou se têm outras atividades laborais (não necessariamente na área da enfermagem), 83,8% e 85,3% responderam que não, respetivamente.

## **5.2. CONSISTÊNCIA INTERNA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO**

A Tabela 3 resume os valores dos coeficientes alfa, enquanto medida de consistência interna, dos instrumentos que avaliam os constructos de prontidão para a mudança, compromisso com a mudança, perceção de autoeficácia e *job engagement*.

Tabela 3 – Consistência interna do questionário de prontidão para a mudança, do questionário de compromisso com a mudança, do questionário UWES e do questionário GSE

	alpha	nº de itens	
<b>Prontidão para a mudança</b>	Resistência (PI)	.56	4
	Mudança (PI)	.33	4
	Resistência (ID)	.63	4
	Mudança (ID)	.34	4
	Total escala PI (resistência + mudança)	.43	8
	Total escala ID (resistência + mudança)	.38	8
	<b>Prontidão para a Mudança (escala completa)</b>	<b>.68</b>	<b>16</b>
<b>Compromisso com a Mudança</b>	Compromisso afetivo (CMA) - PI	.72	6
	Compromisso afetivo (CMA) - ID	.78	6
	Compromisso afetivo (CMA) – Total	.87	12
	Compromisso de continuidade (CMC) - PI	.70	6
	Compromisso de continuidade (CMC) - ID	.70	6
	Compromisso de continuidade (CMC) – Total	.86	12
	Compromisso normativo (CMN) - PI	.67	6
	Compromisso normativo (CMN) - ID	.66	6
	Compromisso normativo (CMN) – Total	.83	12
	Compromisso com a mudança (PI) – Total	.76	18
	Compromisso com a mudança (ID) – Total	.80	18
	<b>Compromisso com a Mudança (escala completa)</b>	<b>.89</b>	<b>36</b>
<b>Percepção de autoeficácia (GSE)</b>	<b>.87</b>	<b>10</b>	
<b>Job engagement (UWES)</b>	<b>.94</b>	<b>17</b>	

**Nota:** ID - identificação do doente

PI - prevenção de infeções

Como se pode observar, a escala modificada que avalia a **prontidão para a mudança** no seu todo, ou seja, com 16 itens (inclui a PI e a ID) apresenta um  $\alpha=.68$ . Quando calculada a consistência interna para cada subescala (com apenas 4 itens cada) que compõe a escala principal, o  $\alpha$  relativamente à dimensão *resistência* relativamente a procedimentos de prevenção de infeções (PI) e de identificação do doente (ID) é de .56 e .63, respetivamente; no que se refere à dimensão *mudança*, foram encontrados os valores  $\alpha$  de .33 para o PI e de .34 para a ID. O valor alfa da escala completa (resistência + mudança) encontrado para PI foi de .43 e, para ID .38.

Para a escala global de **compromisso com a mudança** (36 itens) o  $\alpha=.89$ . Relativamente às dimensões da escala (6 itens cada), foram encontrados os seguintes coeficientes de consistência interna:  $\alpha=.72$  para CMA para PI e  $\alpha=.78$  no CMA para ID; no CMC tem-se  $\alpha=.70$  para PI e ID; para o CMN verificam-se, respetivamente,  $\alpha=.67$  e  $\alpha=.66$  para o PI e ID. Em relação à escala para PI e ID (18 itens a cada) o  $\alpha$  é de .76 e .80, respetivamente.

No que se refere ao UWES e ao GSE que avaliam, respetivamente, o **JE** e a **PAE**, analisou-se somente a escala total. Para o UWES (com 17 itens) verificou-se um  $\alpha=.94$  e para a GSE (com 10 itens) um  $\alpha=.87$ .

### 5.3. PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA

A Tabela 4 resume as estatísticas descritivas da variável *prontidão para a mudança* no procedimento **prevenção de infeção e identificação do doente** e para cada dimensão mudança e resistência.

Tabela 4 – Prontidão para a mudança por dimensão (resistência e mudança) e por tipo de procedimento (prevenção de infeção e identificação do doente): estatísticas descritivas

		Média [IC95%]	Mediana	Desvio-padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Resistência	PI	5,80 [5,51; 6,10]	5	2,42	4	17
	ID	6,31 [5,98; 6,65]	5	2,73	4	20
Mudança	PI	15,65 [15,34; 15,95]	16	2,55	5	20
	ID	15,46 [15,15; 15,78]	16	2,60	5	20

Para os procedimentos que visam a **prevenção de infeção**, verifica-se que a média apresentada para a dimensão de *resistência* é de 5,80 enquanto para a dimensão mudança é de 15,65.

No caso da **identificação do doente**, as médias seguem a mesma tendência apresentando o valor de 6,31 e 15,46 para a média da dimensão resistência e dimensão mudança, respetivamente.

Não foi encontrada diferença significativa de pontuação na escala de prontidão para a mudança (quer relativamente ao total da escala quer relativamente a cada uma das dimensões, *resistência* e *mudança*), entre sexo dos participantes e serviços (medicina e cirurgia).

Foi encontrada diferença significativa ( $p<.013$ ) entre grupos etários, para a dimensão resistência, no âmbito da ID, sendo a média do grupo etário mais velho (40 anos ou mais;  $M=7,20$ ;  $n=15$ ) superior aos restantes grupos (30 a 39 anos com  $M=5,96$ ,  $n=112$ ; e menos de 30 anos com  $M=6,52$  e  $n=132$ ).

## 5.4. COMPROMISSO COM A MUDANÇA

Através da análise descritiva foi feita a descrição e caracterização da variável *compromisso com a mudança* e das suas dimensões de forma específica (afetivo, normativo e de continuidade) e para cada procedimento avaliado (prevenção de infeção e identificação do doente).

Como apresentado na Tabela 5, no procedimento **prevenção de infeção** a média apresentada para o CMA, CMN e CMC é de 6,48, 5,80 e 4,08 respetivamente.

No procedimento **identificação do doente**, as médias apresentadas seguiram o mesmo padrão, ou seja, a CMA apresentou uma média de 6,40, o CMN de 5,73 e o CMC 4,06.

Tabela 5 – Compromisso com a mudança por dimensão (afetivo, continuidade e normativo) e por tipo de procedimento (prevenção de infeção e identificação do doente): estatísticas descritivas

		Média [IC95%]	Mediana	Desvio-padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
<b>CMA</b>	<b>PI</b>	6,48 [6,39; 6,55]	6,67	0,65	3,33	7
	<b>ID</b>	6,40 [6,31; 6,49]	6,67	0,75	2,17	7
<b>CMC</b>	<b>PI</b>	4,08 [3,93; 4,24]	4	1,30	1	7
	<b>ID</b>	4,06 [3,90; 4,22]	4	1,29	1	7
<b>CMN</b>	<b>PI</b>	5,80 [5,68; 5,92]	6	0,98	3	7
	<b>ID</b>	5,73 [5,61; 5,85]	6	0,98	1,83	7

Foi feita análise para cada dimensão e procedimento de acordo o sexo e com o serviço agrupado (medicina ou cirurgia) ao qual os participantes pertenciam. Não foi encontrada diferença significativa para estas variáveis (de compromisso para a mudança) entre serviços e entre sexo.

Foi também feita a comparação dentro de cada dimensão no âmbito da PI e ID nos diferentes grupos de idade. Foi encontrada diferença estatística entre os grupos de idade no CMC na ID ( $p < 0.029$ ), em que a média superior corresponde ao grupo etário com menos de 30 anos ( $M=4,22$ ,  $n=132$ ), quando comparado com o grupo com mais de 40 anos ( $M=3,36$ ,  $n=15$ ) e o grupo com idades compreendidas entre 30 e 39 anos ( $M=3,96$ ,  $n=112$ ).

## 5.5. JOB ENGAGEMENT

Para a variável *job engagement*, a média é de 4,26 com um desvio padrão de 1,03 (Tabela 6).

Tabela 6 – *Job engagement*: estatísticas descritivas

	Média [IC95%]	Mediana	Desvio-padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
JE	4,26 [4,14; 4,39]	4,47	1,03	1	6

Não foi encontrada diferença estatística significativa entre sexos. No entanto, foi encontrada diferença estatística significativa ( $p < .013$ ) da forma como o *JE* se distribui nos diferentes agrupamentos de serviços, sendo superior no serviço de cirurgia ( $M=4,37$ ,  $n=144$ ) do que no de medicina ( $M=4,14$ ,  $n=121$ ). Também foi encontrada diferença significativa ( $p < .0001$ ) entre os grupos de idade, sendo a média de *JE* no grupo com mais de 40 anos ( $M=5,14$ ,  $n=16$ ) mais elevada que os grupos dos 30 aos 39 anos ( $M=4,46$ ,  $n=116$ ) e menos de 30 anos de idade ( $M=3,99$ ,  $n=133$ ).

## 5.6. PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA

A variável *perceção de autoeficácia* apresenta uma média de 31,83 com intervalo de confiança de 95%, apresentado um desvio padrão de 3,92 (Tabela 7).

Tabela 7 – Perceção de autoeficácia: estatísticas descritivas

	Média [IC95%]	Mediana	Desvio-padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
PAE	31,83 [31,35; 32,30]	31	3,92	17	40

Não foram encontradas diferenças entre as médias apresentadas nesta variável consoante o sexo ou o agrupamento de serviços. Avaliada a diferença estatística entre grupos de idade ( $p < .0001$ ), verifica-se que o grupo com a média mais elevada de *PAE* é o grupo com idade superior a 40 anos de idade ( $M=34,94$ ,  $n=16$ ) quando comparado com o grupo com menos 30 anos ( $M=30,88$ ,  $n=133$ ) e o grupo entre 30 e 39 anos ( $M=32,48$ ,  $n=116$ ).

## 5.7. ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPROMISSO COM A MUDANÇA, PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA, *JOB ENGAGEMENT* E PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA

Apresentam-se de seguida a matriz de correlações entre as pontuações obtidas para os constructos de compromisso com a mudança, prontidão para a mudança, *job engagement* e *perceção de autoeficácia* (Tabela 8 e Tabela 9).

Tabela 8 – Matriz de correlações relativamente a procedimentos de prevenção de infeção

Prevenção de infeções (n=265)			Compromisso com a mudança			Prontidão para a mudança		<i>Job engagement</i>
			Afetivo	Continuidade	Normativo	Resistência	Mudança	
Compromisso com a mudança	Continuidade (CMC)	<i>r</i>	.143*					
		<i>p</i>	.020					
	Normativo (CMN)	<i>r</i>	.522**	.452**				
		<i>p</i>	.000	.000				
Prontidão para a mudança	Resistência	<i>r</i>	-.210**	n.s.	-.183**			
		<i>p</i>	.001	n.s.	.003			
	Mudança	<i>r</i>	.140*	.257**	.182**			
		<i>p</i>	.023	.000	.003			
<i>Job engagement</i>		<i>r</i>	.310**	n.s.	.182**	-.139*	n.s.	
		<i>p</i>	.000	n.s.	.003	.023	n.s.	
Perceção de autoeficácia		<i>r</i>	.288**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.341**
		<i>p</i>	.000	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.000

Nota: \* $p < .01$ ; \*\* $p < .05$

No âmbito da *prevenção de infeções*, observa-se na Tabela 8 que a variável CMN está positivamente correlacionada com o CMA ( $r = .522$ ) e com o CMC ( $r = .452$ ), e de forma mais fraca com a dimensão *mudança* da PM e JE com  $r = .182$ . O CMA, para além do CMN, está correlacionado positivamente com CMA ( $r = .143$ ), JE ( $r = .031$ ), PAE ( $r = .288$ ) e mudança ( $r = .140$ ). Na variável compromisso, o CMC correlaciona de forma positiva  $r = .257$  com mudança. O JE correlaciona-se positivamente com PAE com  $r = .341$ . As correlações negativas apresentadas na tabela são as que representam a correlação entre resistência e CMA ( $r = -.210$ ), CMN ( $r = -.183$ ) e JE ( $r = -.139$ ).

O esquema apresentado na Figura 3 constitui um modelo representativo das correlações estabelecidas entre as variáveis no âmbito do procedimento prevenção de infeções.

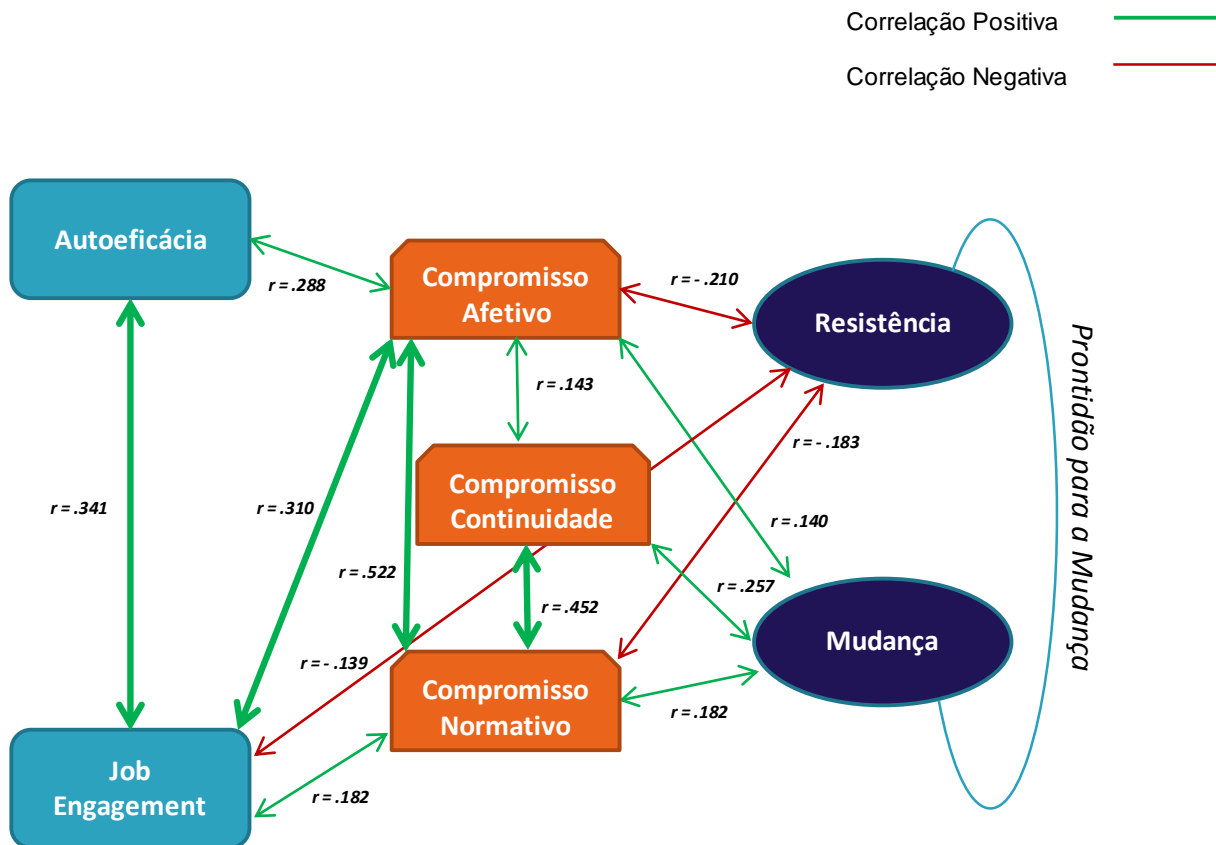


Figura 3 - Associação entre variáveis, relativamente a procedimentos de prevenção de infeções

No que se refere aos procedimentos de *identificação do doente* (Tabela 9), foi encontrada correlação positiva entre CMN e CMA ( $r = .540$ ) e CMC ( $r = .461$ ). Com o CMN também se correlaciona positivamente o JE ( $r = .173$ ) e a mudança ( $r = .207$ ). A mudança correlaciona-se de forma positiva com CMA e CMC apresentando  $r = .161$  e  $r = .178$ , respetivamente. O JE, por sua vez, correlaciona-se de forma positiva com o CMA com  $r = .325$  e PAE ( $r = .341$ ), correlacionando de forma negativa com resistência ( $r = -.209$ ). A resistência correlaciona-se de forma negativa com CMA ( $r = -.426$ ) e CMN ( $r = -.262$ ). A única dimensão do compromisso que se correlaciona com PAE é a CMA (correlação positiva:  $r = .192$ ).

Tabela 9 - Matriz de correlações relativamente a procedimentos de identificação do doente

Identificação do Doente (n=265)	Compromisso com a mudança			Prontidão para a mudança		<i>Job engagement</i>	
	Afetivo	Continuidade	Normativo	Resistência	Mudança		
Compromisso com a mudança	Normativo (CMN)	<i>r</i>	.540** (n=259)	.461** (n=259)			
		<i>p</i>	.000	.000			
Prontidão para a mudança	Resistência	<i>r</i>	-.426** (n=259)	n.s.	-.262** (n=259)		
		<i>p</i>	.000	n.s.	.000		
	Mudança	<i>r</i>	.161** (n=259)	.178** (n=259)	.207** (n=259)		
		<i>p</i>	.010	.004	.001		
<i>Job engagement</i>	<i>r</i>	.325**	n.s.	.173**	-.209**	n.s.	
	<i>p</i>	.000	n.s.	.005	.001	n.s.	
Perceção de autoeficácia	<i>r</i>	.192**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.341**
	<i>p</i>	.002	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.000

Nota: \*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .05$

O esquema apresentado na Figura 4 é um modelo que representa a forma como as variáveis em estudo se correlacionam no contexto da identificação do doente.

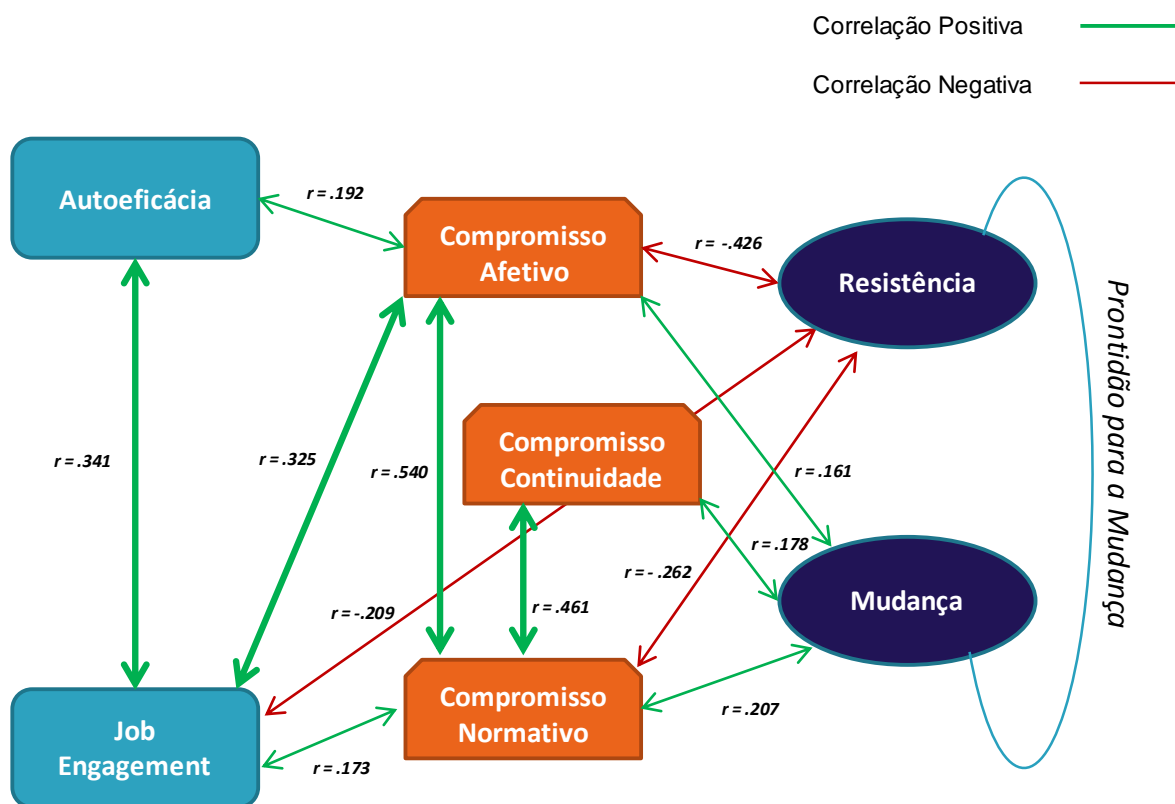


Figura 4 - Associação entre variáveis, relativamente a procedimento de prevenção de infeções

## 5.8. ANÁLISE DE MEDIAÇÃO ENTRE COMPROMISSO COM A MUDANÇA, *JOB ENGAGEMENT* E PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA

Os diagramas da Figura 5 e da Figura 6 resumem o estudo de mediação entre as variáveis JE, PAE e CMA para o contexto de prevenção de infeção e para o contexto de identificação do doente.

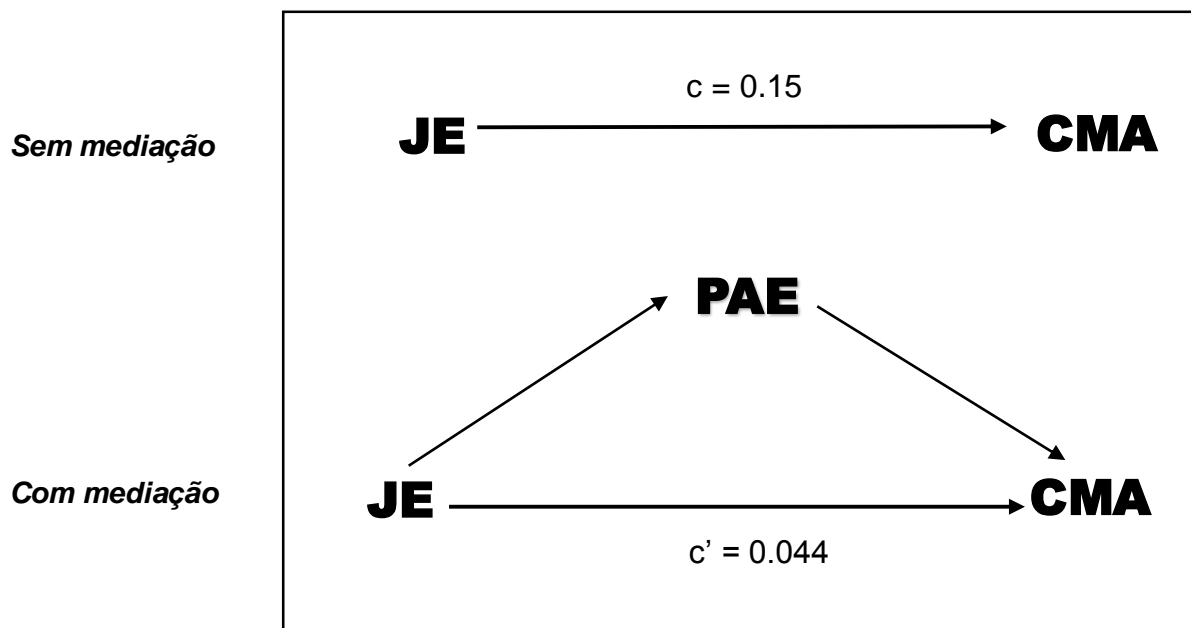


Figura 5 – Associação entre *job engagement* e compromisso com a mudança afetiva, com e sem mediação da variável perceção de autoeficácia, relativamente ao procedimento de prevenção de infeções.

Como apresentado no modelo da Figura 5, a relação direta entre JE e CMA é de  $c=0.15$ , quando esta relação é mediada pela PAE  $c' = 0.044$ , no âmbito de procedimentos de prevenção de infeção. Foi aplicado o modelo de mediação para as outras dimensões do CM mas não foi encontrado qualquer modelo significativo.

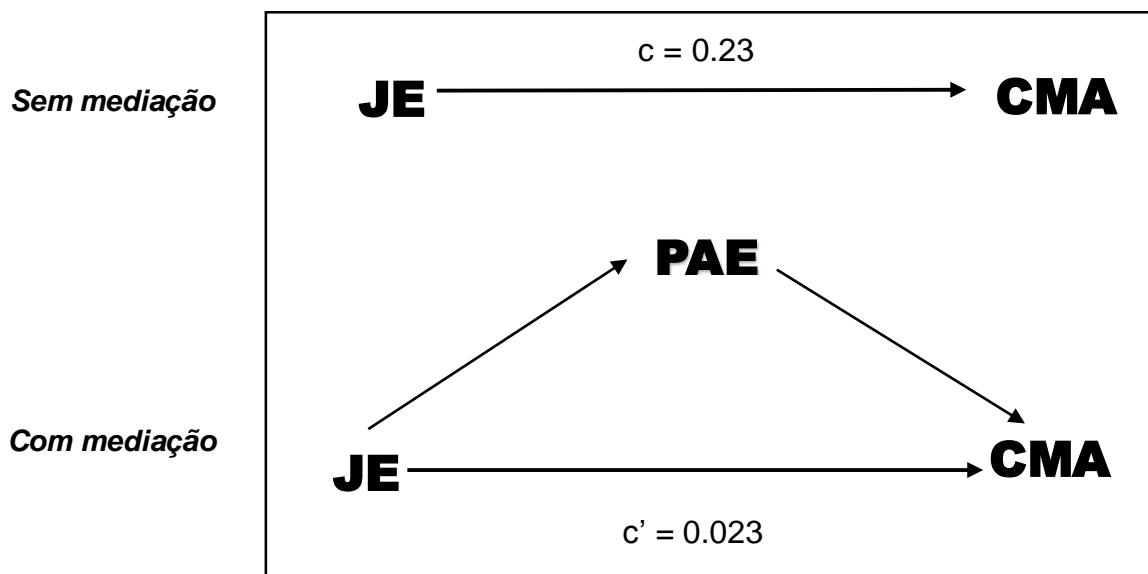


Figura 6 - Associação entre *job engagement* e compromisso com a mudança afetiva, com e sem mediação da variável perceção de autoeficácia, relativamente ao procedimento de identificação do doente

A relação estabelecida entre JE e CMA tem um  $c=0.23$ . A relação entre JE e CMA, depois de fazer mediação com PAE,  $c'= 0.023$ , no âmbito de procedimentos de identificação do doente (Figura 6).

Neste contexto também foi aplicado o modelo de mediação entre as diferentes dimensões das variáveis e as próprias variáveis mas não foram encontrados valores significativos.

Como é possível constatar nos esquemas da Figura 5 e da Figura 6, se o indivíduo estiver “engajado”, tenderá a estar comprometido afetivamente com a mudança, desde que acredite nas próprias capacidades/competências para desempenhar novos comportamentos.

## 6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente trabalho de investigação tinha como objetivo caracterizar a prontidão e o compromisso com a mudança, por enfermeiros em contexto hospitalar, no âmbito de mudanças organizacionais promotoras da segurança do doente (SD). Pretendia-se também identificar as variáveis preditoras da prontidão e compromisso com a mudança, descrevendo as associações entre *job engagement* (JE), perceção de autoeficácia (PAE), prontidão para a mudança (PM) e compromisso com a mudança (CM). Tendo como ponto de partida estes objetivos, optou-se por um estudo com desenho observacional transversal, com recolha de dados através de questionários autoadministrados. Os questionários foram entregues à enfermeira chefe de cada serviço, em envelope fechado, que os distribuiu pelos enfermeiros do serviço. Os enfermeiros, que de forma voluntária aceitaram participar no estudo, assinaram o consentimento informado e colocaram o questionário preenchido numa caixa selada. Esta caixa era aberta quinzenalmente pela investigadora para proceder à recolha dos questionários preenchidos.

O facto de este método incluir a colaboração das enfermeiras chefes de cada serviço contribuiu para uma taxa de resposta bastante razoável (57,1%). Poder-se-á considerar, por outro lado, que a mediação do processo através das chefias pode ter condicionado de alguma forma as respostas dadas pelos enfermeiros (pelo envolvimento de uma superior hierárquica). Mas o facto de se ter utilizado um processo de aumentar a perceção de anonimato das respostas (questionários fechados em envelope e colocados em caixa selada, apenas acessível pelo investigador) minimizou este possível viés.

Antes da discussão de resultados, exige-se que se tenha presente que este estudo, embora tenha sido desenvolvido em diferentes serviços, incidiu sobre um único hospital de grande dimensão (o qual tem subjacente uma única cultura organizacional). Este facto impede a generalização dos resultados obtidos para a população em estudo (enfermeiros portugueses), apontando apenas para uma tendência, evidenciada por uma amostra, que se pode considerar como representativa, da população-alvo (enfermeiros do CHLN-HSM).

Na caracterização sociodemográfica da amostra estudada verificou-se uma percentagem de 80,4% de participantes do sexo feminino, o que realça a realidade de a profissão de enfermagem, no cerne dos cuidados de saúde, continuar a ter uma minoria de profissionais do sexo masculino (Simões & Amâncio, 2004).

A amostra utilizada para este estudo é jovem, na medida em que a maioria tem idade inferior a 39 anos. O facto de ser uma amostra constituída por participantes maioritariamente jovens permite explicar a percentagem de licenciados (86,3%), visto ser esta a formação exigida nos últimos anos para a prática da profissão de enfermagem

(Curado, Cardoso & Gaspar, 2003). Os enfermeiros com bacharelato constituem uma percentagem de 6,6%, sendo um reflexo das estruturações que a classe de enfermagem tem sofrido no que concerne à formação base: os bacharéis são os profissionais que não fizeram o complemento de formação para obtenção do grau de licenciado em enfermagem (Curado et al., 2003).

Uma das principais variáveis em estudo foi a prontidão para a mudança, avaliada por uma versão modificada do questionário originalmente desenvolvido por McConnaughy et al., (1983). A consistência interna da escala completa (inclui resistência e mudança) para o procedimento da prevenção de infeções (PI) resultou em  $\alpha=.43$ , e para o procedimento da identificação do doente (ID) em  $\alpha=.38$ . Estes valores  $\alpha$  representam uma consistência interna fraca, o que pode ser parcialmente explicado pelo facto de esta escala ter poucos itens. Esta adaptação traduziu-se na diminuição de 32 itens (escala original) para 8 itens, os quais, após análise fatorial e interpretação de cada item consoante o seu contributo para a mudança e resistência, foram divididos nestas duas dimensões.

No que se refere ao compromisso com a mudança, avaliado pela escala desenvolvida por Herscovitch & Meyer (2002), obtiveram-se os seguintes coeficientes alfa: compromisso afetivo com a mudança (CMA):  $\alpha=.72$  para PI e  $\alpha=.78$  para ID; compromisso de continuidade com a mudança (CMC):  $\alpha=.70$  para PI e para ID; e compromisso normativo com a mudança (CMN):  $\alpha=.67$  para PI e  $\alpha=.66$  para ID. Estes valores de  $\alpha$  são bastante bons. Embora o valor de  $\alpha$  neste estudo seja inferior ao apresentado nos diferentes estudos que utilizaram a mesma escala (Deprez et al., 2012; Cunningham, 2006), seguem a mesma tendência. Como exemplo, Cunningham (2006), no trabalho de investigação sobre a relação entre CM e comportamento de *coping* e *turnover*, apresentou  $\alpha=.93$ ,  $\alpha=.89$  e  $\alpha=.74$  para CMA, CMC e CMN, respetivamente. No estudo de validação desta escala realizada por Herscovitch & Meyer (2002), o  $\alpha$  que apresentou maior valor foi o de CMC ( $\alpha=.94$ ) seguido de CMA ( $\alpha=.85$ ) e de CMN ( $\alpha=.71$ ). Há que realçar, no entanto, que o tamanho da amostra e a realidade estudada subjacente a estes estudos são diferentes. Apesar das diferenças do valor de  $\alpha$  apresentado nas três dimensões, a escala de CM apresentou na sua totalidade para a PI e DI um valor de  $\alpha$  igual a  $.76$  e a  $.80$  respetivamente (com 18 itens cada), o que demonstra uma boa consistência interna para a totalidade dos itens (em ambos os contextos de mudança comportamental).

A PAE foi estudada através da escala de *General Self-Efficacy* (GSE) adaptada à população portuguesa (Araújo & Moura, 2011) A consistência interna encontrada foi de  $\alpha=.87$  (ou seja, uma consistência interna muito boa), valor ligeiramente superior à média de coeficientes  $\alpha$  encontrados nos 25 países (onde foi realizada uma meta-análise com esta escala), que foi de  $\alpha=.86$  ( $n=19120$  participantes) (Scholz, Doña, Sud & Schwarzer, 2002). O

valor do coeficiente  $\alpha$  no presente estudo é coincidente com o de Araújo & Moura (2011), apesar de estes autores estudarem uma amostra constituída por professores e com  $n=536$ .

No UWES (Schaufeli & Bakker, 2003), para avaliação do JE, obteve-se neste estudo um coeficiente  $\alpha$  de .94, o que significa uma excelente consistência da escala. Este valor vai ao encontro dos encontrados em estudos realizados sobre JE (Machado et al., 2012; Rebocho et al., 2011), ambos com  $\alpha=.96$ , sendo ligeiramente superior ao  $\alpha=.93$  apresentado na validação da escala. Vários autores defendem que um  $\alpha \geq .95$  pode indicar a presença de itens redundantes na escala. Uma vez que se obteve  $\alpha=.94$  neste estudo, tal redundância não se verifica.

Para avaliar a PM no presente estudo, foram agrupados os 8 itens do questionário em duas dimensões (mudança e resistência). Na dimensão de mudança estão presentes os itens indicadores de que os indivíduos estariam a aceitar a mudança instituída praticando-a, enquanto a dimensão de resistência reunia os itens que transmitiam informação sobre renitência e dificuldade em realizar as novas medidas. Verificou-se que a média apresentada para a dimensão de *resistência* apresenta valores significativamente inferiores aos da mudança, em ambos os procedimentos estudados (PI e ID). Por outras palavras, isto indica que os enfermeiros estão numa fase em que aceitam a mudança, colocando-a em prática, acreditam ser capazes de mantê-la. Este resultado pode ser explicado pelo facto de, ao longo da história da enfermagem, ter existido sempre a vontade e o desejo de contribuir para a segurança do doente (SD) e para a qualidade em saúde (Cronenwett et al., 2007), atendendo que prestação de cuidados de saúde depende de características individuais dos enfermeiros, nomeadamente os seus conhecimentos específicos sobre práticas de prestação de cuidados de saúde (Clarke & Donaldson, 2008). Outra razão que pode ser apontada para o destaque significativo da dimensão mudança em relação ao da resistência é o facto de o questionário ter um carácter avaliativo da capacidade de mudança a nível individual no local de trabalho. Este aspeto poderá culminar na tendência de os enfermeiros responderem de forma positiva e de acordo com a expectativa de sucesso gerada em torno dos procedimentos implementados (algum efeito de desiderabilidade social).

Quando se compara a PM entre os dois procedimentos (PI e ID), verifica-se que a resistência é menor na PI e a prontidão para a mudança é maior para este tipo de procedimentos, relativamente à ID. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de a lavagem das mãos (PI), apesar de ter sido incluída como objetivo da WHO visando a SD, ser um procedimento incutido desde a formação base dos enfermeiros, enquanto a colocação de pulseira (ID) é uma novidade que pressupõe maior investimento em tempo, prática e conhecimentos.

O CM foi avaliado nas suas três dimensões (afetiva, continuidade e normativa). A média mais elevada foi encontrada para a dimensão de CMA para ambos os procedimentos em estudo, o que sugere que os enfermeiros têm um grau emocional e de afetividade superior ao grau de dever moral ou de perceção dos custos em relação às mudanças no âmbito da SD. Este resultado é comum a outros estudos realizados relativamente ao CM e também ao compromisso organizacional. Estudos desenvolvidos por Cunningham (2006), Machin, Fogarty, & Bannon (2012), Deprez et al. (2012) mostraram que o CMA apresenta a média mais elevada de entre as três dimensões. De facto, a ligação afetiva que o indivíduo estabelece com a organização é considerada a determinante mais importante quando se pretende dedicação e lealdade (Rhoades, Eisenberger & Armeli, 2001). O compromisso afetivo é encarado como o vínculo com a organização e, transpondo esta visão para a mudança organizacional, quando esta relação é forte, permite a identificação e o envolvimento com a mudança (Allen & Meyer, 1990). Rego & Souto (2004) apontam que se os líderes e a própria organização tratarem de forma justa e respeitadora os seus colaboradores, estes tendem a desenvolver um compromisso afetivo superior. Por sua vez, Allen & Meyer (1990) defendem que os afetos de identificação promovem comportamentos proactivos e eficientes, que são necessários em contexto de mudança. De facto, na literatura é possível identificar estudos que analisam apenas esta componente do compromisso (Conway & Monks (2008), Neves (2009)) porque consideram ser necessário analisar apenas esta dimensão para prever qual o comportamento do indivíduo perante a organização e as mudanças nela instituída.

À semelhança do encontrado noutras investigações (Neves, 2011), o presente estudo apresenta um valor de CMN ligeiramente superior ao do CMC, o que demonstra que os enfermeiros apoiam a mudança a nível afetivo, seguido por um sentido de obrigação. O custo associado à resistência (CMC) é o que menos se evidencia no compromisso com a mudança. Este resultado pode ser explicado pelo facto de, sendo diretivas superiores, os enfermeiros sentem por um lado, obrigação em praticá-las mas, por outro lado, consideram-nas benéficas para a prática de cuidados, não relevando possíveis prejuízos da não adesão.

Desta forma, é possível esperar compromisso por parte dos enfermeiros estudados em relação à mudança (PI e ID) introduzida nos serviços, uma vez que percecionam estes procedimentos como benéficos e também porque, num segundo plano, advêm de normas instituídas pelos seus superiores (“contrato psicológico”).

Assim, e segundo Neves & Caetano (2009) quanto maior for o CMA dos trabalhadores, maior será a confiança no supervisor e, conseqüentemente, melhor será a sua performance. Outros investigadores analisam a CMA tendo em conta os antecedentes

da CMA, considerando que esta é maleável ao longo da carreira e sendo influenciada por experiências profissionais e apoios organizacionais (Rhoades et al., 2001).

No presente estudo, quando estudada a relação estabelecida entre as três dimensões do compromisso, verificou-se que, no âmbito da PI, todas estas dimensões se relacionam positivamente entre si. Esta relação é mais acentuada entre CMA e CMN, o que reflete que quanto mais as pessoas se comprometem a nível afetivo com a mudança, maior será também o seu compromisso, tendo subjacente que se trata de uma obrigação instituída pela organização. Também se verificou uma relação forte entre CMN e CMC, o que evidencia que quanto maior o sentido de dever para com a mudança, maior será o apoio do indivíduo à mudança, como resultado da perceção dos prejuízos que advém da resistência. Os resultados apresentados neste estudo estão em conformidade com o estudo de Herscovitch & Meyer (2002), no qual é possível apontar o CMA (o “querer”) e CMN (o “dever”) como principais suportes para as alterações de comportamento. No mesmo estudo foi possível verificar que um CMA elevado está associado a uma minimização da perceção dos custos da resistência (relação negativa), o que não se confirmou no presente estudo (apesar de pouco significativa, é uma relação positiva). Esta relação positiva poderá ser explicada pelas avaliações de desempenho e pelos processos de auditoria. Noutras palavras, os enfermeiros envolvem-se afetiva e normativamente, mas também têm consciência que, se resistirem, o próprio e a instituição poderão ser prejudicados.

As três dimensões do CM relacionam-se positivamente com a perspetiva de mudança (tanto na PI como na ID), o que corrobora parcialmente os resultados obtidos noutros estudos. Em investigações nas quais se analisa a relação CM e comportamento de *coping* com a mudança, verifica-se que apenas o CMA e o CMN se relacionam positivamente com *coping* adequado (Cunningham, 2006). O mesmo sucede no estudo desenvolvido por (Machin et al., 2012), em que é estabelecida a relação entre CM e o comportamento de apoio à mudança por parte dos funcionários.

Há que realçar que na PI, é o CMC que apresenta uma relação significativa com a mudança, enquanto na ID é o CMN. Por outras palavras, apesar de todas as dimensões de CM estarem positivamente relacionadas com a tendência dos enfermeiros mudarem e executarem os novos procedimentos, o sentido de obrigação e de perceção de custos tem um papel preponderante para a ID e PI, respetivamente.

Em relação ao JE, verifica-se que esta variável apresentou uma média elevada, semelhante a outro estudo em que a amostra também era constituída por enfermeiros em contexto hospitalar em Portugal (Cardoso, 2009). Desta forma, a amostra estudada é constituída por indivíduos “engajados” nas tarefas profissionais que executam. Isto significa que os enfermeiros que participaram no estudo trabalham arduamente, atribuem significado

aos cuidados que prestam e estão felizes no trabalho. Apesar de a diferença ser pequena, ao comparar a média de JE entre os dois departamentos estudados, os enfermeiros mais “engajados” são os do departamento de cirurgia. Esta constatação pode ser explicada por eventuais diferenças ao nível das exigências, inerentes ao trabalho, de esforço (físico ou psicológico), e de aspetos *stressantes*, que culminem em angústia e prejuízo para o próprio (Schaufeli & Bakker, 2004)

Estratificando a amostra em estudo em três grupos de idades, verifica-se que os menos “engajados” são os enfermeiros com menos de 30 anos de idade e que os que se apresentam mais “engajados” são os que têm mais 40 anos de idade. De facto, este último grupo etário apresenta valores superiores de “engajamento” em relação a um estudo realizado nos EUA com enfermeiras com idade superior a 45 anos de idade (Bishop, 2013). No presente estudo, a diferença significativa de valores médios de “engajamento” em função do grupo etário pertencente, pode ser explicado pelo facto de a maioria dos enfermeiros com mais de 40 anos de idade se encontrar no quadro público da instituição e, como tal, com maior estabilidade profissional. Outra razão que pode ser apontada para esta diferença é o facto de os enfermeiros com mais idade terem mais anos de experiência, o que resulta em melhor salário e numa melhor perceção mais favorável do papel que desempenham na instituição e das oportunidades existentes. Os motivos apontados para a diferença de JE de acordo a faixa etária estão incluídos nos recursos de trabalho que promovem motivação no indivíduo e, em última instância, potenciam o JE (Hakanen & Roodt, 2010). Os mesmos autores defendem que a relação entre recursos de trabalho e JE deve ser perspetivada como uma espiral em que há reforço bilateral. Por outras palavras, a existência de recursos de trabalho (como por exemplo salário) irá tornar os indivíduos mais “engajados” e envolvidos no trabalho. Com o tempo, estes indivíduos serão mais enérgicos e, conseqüentemente, irão aproveitar as vantagens dos recursos existentes procurando melhorá-los ou criando novas oportunidades.

Quando se relaciona o JE com as restantes variáveis relacionadas com CM verifica-se que está positivamente relacionado com CMA (forte relação) e com CMN (fraca relação). Isto significa que quanto mais o enfermeiro se envolve com o trabalho, achando-o entusiasmante, maior será o seu compromisso com a mudança porque o deseja e, de forma mais superficial, porque as normas assim o ditam. Esta relação é constatada em outros estudos: Field & Buitendach (2011) estabelecem a relação entre alegria, JE e compromisso organizacional (constructo que deu origem ao CM), embora tenham usado uma escala diferente para avaliar o compromisso, determinam a influência positiva do JE no compromisso afetivo. O estudo de Scrima, Lorito, Parry & Falgares (2013) e Gokul, Sridevi & Srinivasan (2012) (usando a escala UWES-9 e uma escala para avaliar o compromisso

diferente da escala utilizada no presente estudo) estabelece uma relação positiva entre JE e compromisso, relevando o papel preponderante do JE como mediador entre o compromisso afetivo e outros aspetos como o envolvimento no trabalho e o apoio no trabalho. No presente estudo, o CMA é perspetivado como associado ao JE, tal como foi estudado por diferentes autores (Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006; Scrima et al., 2013). Assim, o indivíduo com mais energia e mais envolvido no trabalho irá estar mais comprometido com a mudança. No entanto, há que realçar a existência de outra perspetiva, em que o CM é o antecedente do JE e do bem-estar (Meyer & Maltin, 2010; Yalabik, Popaitoon, Chowne & Rayton, 2013), defendendo que o facto de o indivíduo se encontrar emocionalmente comprometido evita vivenciar fatores stressantes, contribuindo para o bem-estar da mente.

O JE apresenta uma relação negativa com a resistência no âmbito da PM, o que seria expectável na medida em que quanto mais o indivíduo está envolvido e orgulhoso do seu trabalho, menor será a sua tendência para resistir às mudanças instituídas. Esta constatação está de acordo com o que é defendido na literatura, segundo a qual funcionários “engajados” contribuem ativamente para o sucesso da mudança organizacional (Avey, Wernsing & Luthans, 2008).

No presente estudo, a PAE (considerada um recurso de trabalho que influencia o JE) apresenta um valor médio em consonância com outros estudos desenvolvidos sobre este constructo (Araújo & Moura (2011), Chang, Wang, Li & Liu (2011), Scholz et al. (2002)). De facto, a amostra estudada apresenta elevados níveis de PAE, ou seja, os enfermeiros acreditam nas suas próprias capacidades e como tal encaram tarefas difíceis como desafiantes, e estabelecem objetivos pessoais, o que contribui para a redução da ansiedade (Bandura, 1998).

Quando feita a análise de acordo com a idade dos participantes, verifica-se que os enfermeiros mais velhos apresentam um maior nível de PAE, o que contraria o defendido por Maurer (2001). Este autor, na revisão sistemática relativa ao papel da idade em relação à PAE no desenvolvimento da carreira, defende que, com o aumento da idade há um decréscimo na crença das próprias capacidades. Maurer (2001) acredita que as experiências significativas e vicárias, a persuasão social e os estados psicológicos associados ao passar da idade influenciam negativamente a PAE. No mesmo sentido, no trabalho desenvolvido por Woodward & Wallston (1987) os indivíduos com idades superiores a 60 anos são os que apresentam menor nível de crença nas próprias capacidades. Ambas as perspetivas contrariam a teoria defendida por Scholz et al. (2002), segundo a qual a PAE não depende da idade tal como verificado no presente estudo.

A PAE relaciona-se positivamente com o CMA, o que pode ser explicado pelo facto de um indivíduo, que tem subjacente uma forte crença nas suas próprias capacidades,

considerar que é capaz de atingir tanto os objetivos delineados pelo próprio, como pelos outros, o que mais provavelmente o fará colaborar com a mudança, comprometendo-se (Bandura, 1998) neste caso a nível emocional. Este resultado vai ao encontro de outros estudos (Yousaf & Sanders, 2012)(Canrinus, Helms-Lorenz, Beijaard, Buitink & Hofman, 2011), que, embora tenham usado diferentes escalas e tenham analisado constructos como o compromisso organizacional e ocupacional, estabelecem uma relação positiva entre PAE e compromisso afetivo. De facto, e como é defendido para alterações de comportamentos de riscos, a crença nas próprias capacidades influencia o esforço despendido na mudança e a persistência para colaborar as alterações necessárias, mesmo na presença de obstáculos (Ralf Schwarzer & Luszczynska, 1997).

No presente estudo, a PAE estabelece ainda uma relação positiva consistente com JE, depreendendo-se que quanto maior for a percepção das próprias capacidades mais “engajado” será o indivíduo, ou seja, este será mais empenhado e dedicado no seu trabalho. Esta relação seria expectável na medida em que a PAE está englobada nos recursos pessoais que influenciam o JE (Bakker & Leiter, 2010). Para Gorgievski & Bakker (2008), os indivíduos engajados estão absorvidos no trabalho, perspetivando-o como desafiante, e são capazes de influenciar os eventos que sucedem na sua própria vida (tudo isto porque são auto eficientes). O resultado obtido no presente estudo é consistente com o estudo desenvolvido por Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz & Rodríguez-Carvajal (2011) numa amostra de enfermeiros, em que é analisada a relação entre *stress/recursos pessoais* e *JE/burnout*, e em que se verifica uma relação positiva entre recursos pessoais (nos quais a PAE está incluída) e JE. O mesmo resultado foi obtido na relação estabelecida entre recursos pessoais (PAE, autoestima e otimismo) e JE (usando a escala UWES-9) numa amostra de trabalhadores de uma empresa eletrónica (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2009). Os mesmos autores defendem, em congruência com os resultados obtidos no presente estudo, que a PAE é um pré-requisito do JE.

Em outros estudos a PAE foi analisada como mediador de relações. Como exemplo o papel mediador entre autoliderança e desempenho no trabalho (Prussia, Anderson & Manz, 1998) ou o mediador entre apoio social e autocuidado (Williams & Bond, 2002). No presente estudo, foi analisado o papel de mediador da PAE na relação entre JE e CMA (para a PI e para a ID), tendo-se verificado que a relação positiva entre JE e CMA é mediada pela PAE. Noutras palavras, a influência de JE no CMA através de PAE é maior quando comparada com a relação direta de JE com CMA. Apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo que estabelecesse esta relação entre estas três variáveis, foi possível encontrar um estudo que revelou que a PAE é variável mediadora entre empregabilidade e compromisso afetivo organizacional (Yousaf & Sanders, 2012).

## 7. CONCLUSÃO

A gestão em mudança é para os responsáveis das instituições uma prioridade, de forma a contribuírem para o sucesso das novas medidas a implementar. A mudança organizacional acarreta muitas vezes reestruturações profundas a nível estrutural e funcional nas instituições, independentemente da área de ação, com implicações muito relevantes ao nível da adaptação individual (i.e., de cada profissional) a novas formas de trabalho.

O papel do gestor torna-se essencial no processo de mudança, visto que este terá que colocar em prática os seus conhecimentos científicos e as suas competências técnicas e humanas. De facto, é fundamental implementar o plano estratégico delineado no âmbito da mudança. No entanto, deverão ser focados simultaneamente os recursos humanos. A mudança leva inevitavelmente à alteração de rotinas, e como tal deverá ser dado um período de adaptação que culmine na prontidão para a mudança dos funcionários. Embora seja desejado que todos aceitem as novas medidas implementadas, este processo poderá estar toldado de resistência por parte das pessoas envolvidas, e que pode resultar no insucesso da mudança. Importa assim pensar não apenas no que é necessário mudar para garantir mais qualidade (nomeadamente no que se refere à segurança do doente), mas também na forma de implementar essa mudança, garantindo a motivação necessária para o efeito, entre os profissionais envolvidos.

O presente estudo permitiu aprofundar o conhecimento em relação à prontidão para a mudança e avaliar o tipo de comprometimento que os enfermeiros têm para com as medidas instituídas (em contexto de PI e de ID), com o intuito de evitar, ou pelo menos, minimizar a resistência. Com base na realidade estudada (hospital geral e de referência para vários serviços clínicos), foi possível perceber que os enfermeiros estão comprometidos com os novos procedimentos no âmbito da SD em contexto hospitalar.

Para qualquer tipo de mudança, a motivação e o interesse da parte das pessoas é o fator preponderante para que as novas medidas sejam colocadas em prática e para que se contorne a resistência sentida no processo de implementação. Este estudo focou-se em dois fenómenos psicológicos, JE e PAE, com destaque para a análise da sua influência no decurso da mudança.

Embora estes dois conceitos tenham já sido replicados (de forma individual) em diferentes estudos na área da saúde, considerou-se essencial destacar que os resultados positivos obtidos são de relevo, tendo em conta a situação económico-financeira do país, o decréscimo de incentivos e a estagnação da carreira de enfermagem.

Apesar da existência de estudos que analisaram a relação estabelecida entre estas duas variáveis, o presente estudo é pioneiro na medida em que, para além da perspetiva da relação bivariada entre as mesmas variáveis, procurou perceber o seu papel individual e em conjunto relativamente ao CM.

Neste estudo ficou evidenciado que o JE e PAE têm um papel fundamental na predição do compromisso com a mudança em contexto da SD, principalmente ao nível da dimensão afetiva. Foi ainda possível compreender que a relação entre JE e CMA é reforçada se for feita através da PAE, ou seja, quando a PAE medeia essa relação direta.

Os resultados referidos, uns revelando-se originais, e outros estando em congruência com outras investigações, são fundamentais e devem ter-se em conta no momento de gerir um processo de mudança. O gestor, perante os apontamentos retirados deste estudo, tem a possibilidade de investir nos fatores que tenham efeito de reforço sobre a PAE e o JE, para que ambos os fatores psicológicos permaneçam presentes ao longo do tempo.

Assim, perante uma situação de mudança e para a qual o gestor deseja o sucesso, deverá o mesmo gestor identificar os recursos pessoais e de trabalho que estão em défice para cada pessoa. Desta forma, tendo em conta a estratégias e os limites impostos, deverá investir nesses recursos para que se promova o “engajamento” de cada indivíduo, que irá promover maior envolvimento e concretização dos objetivos propostos.

No caso da PAE (considerado um dos recursos pessoais que influencia o JE), se o responsável pela implementação da mudança for considerado um modelo a seguir pelos seus subordinados, estes poderão replicar a crença nas próprias capacidades. Como resultado, é esperado que os indivíduos executem as medidas implementadas de forma bem-sucedida. O papel do responsável é determinante na medida em que também pode persuadir os seus funcionários ao reforçar a crença de que estes têm capacidades para realizar determinado procedimento.

Atualmente, e tendo em conta a rapidez que é exigida na implementação das mudanças por vezes pautadas por planos rigorosos e controlados, o gestor, para além do conhecimento profundo que deverá ter de todo o processo, deverá munir-se de ferramentas que promovam a PAE e o JE continuado. Estes instrumentos deverão ser trabalhados desde o primeiro momento em conjunto com todos os que estão envolvidos no processo de mudança e que visam o seu sucesso. Assim, no âmbito do presente estudo, percebe-se que, minimizando a resistência, será possível beneficiar o doente através da promoção da SD. Em adição, a instituição terá maior probabilidade de sucesso na mudança e os enfermeiros irão aumentar a crença nas suas capacidades, estando envolvidos nos cuidados prestados, em consonância com a missão da organização.

No âmbito da gestão de unidades de saúde, este trabalho pretende ser mais um contributo para a compreensão do processo de mudança, com uma melhor perceção da aplicabilidade de fenómenos psicológicos (que não requerem necessariamente investimento financeiro). Neste sentido, e com o conhecimento prévio de que a área da saúde é muito sensível à mudança (por envolver um elevado número de profissionais, e devido à natureza dos serviços prestados), deverão perceber-se quais os recursos que têm maior influência no JE, PAE ou noutra estado da mente, desde o momento da delineação da estratégia de implementação. Com os resultados que advenham desta análise, poder-se-ão desenhar modelos estratégicos e planos de intervenção na mudança, que os gestores possam adotar e adaptar à instituição de saúde, à especificidade dos cuidados e aos múltiplos profissionais.

Este estudo deve ser encarado como o ponto de partida no que concerne à investigação da mudança organizacional em contexto hospitalar e no âmbito da segurança do doente. Desta forma, seria pertinente alargar o estudo para outras medidas de SD e para outros profissionais de saúde. Seria também importante replicar o estudo em hospitais de menor diferenciação (bem como em unidades de cuidados primários de saúde) e analisar, de forma mais ambiciosa, a prontidão e comprometimento com a mudança na área da saúde a nível nacional, não descurando o papel dos fenómenos psicológicos.

## BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Allen, N., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Applied Psychology*, 63, 1–18.
- Allen, N., & Meyer, J. P. (2000). Construct validation in organizational behavior research: the case of organizational commitment. In *Problems and solutions in human assessment* (p. 357).
- Al-Mandhari, A. (2007). Institutionalization of quality assurance: an essential target. *The Official Journal of Methodist International and the International Hospital Federation*, 1, 19–21.
- Alvesson, M. (2007). *Changing Organizational Culture: Cultural Change Work in Progress* (p. 208).
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., & Barach, P. (2005). Improving Patient Care Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 142, 756–764.
- Angst, R., Benevides-Pereira, A., & Porto-Martins, P. (2009). *Escala de Engagement no Trabalho de Utrecht* (p. 52).
- Ansoff, H., & McDonell, E. (1990). *Implanting Strategic Management* (2nd editio., p. 520). New York: Prentice-Hall International Editions.
- António, N. (2012). *Estratégia Organizacional: do mercado à ética* (p. 278). EScolar Editora.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale ( Escala de Auto-Eficácia Geral ) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95–105.
- Armitage, C. J., & Cower, M. (2000). SOCIAL COGNITION MODELS AND HEALTH BEHAVIOUR : A STRUCTURED REVIEW. *Psychology and Health*, 15(0), 173–189.
- Avey, J. B., Wernsing, T. S., & Luthans, F. (2008). Can Positive Employees Help Positive Organizational Change? Impact of Psychological Capital and Emotions on Relevant Attitudes and Behaviors. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(1), 48–70. doi:10.1177/0021886307311470
- Bagozzi, R. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quarterly*.
- Bahls, S., & Navolar, A. (2004). CONCEITOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS. *PsicoUTP online*, 4, 1–11.
- Bakker, A. (2009). *Building engagement in the workplace* (pp. 1–44).

- Bakker, A. B., Demerouti, E., & ten Brummelhuis, L. L. (2012). Work engagement, performance, and active learning: The role of conscientiousness. *Journal of Vocational Behavior, 80*(2), 555–564. doi:10.1016/j.jvb.2011.08.008
- Bakker, A. B., & Leiter, M. P. (2010). Where to go from here: integration and future research on work engagement. In *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (p. 209).
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2002). 14 An organisational and social psychological perspective on burnout and work engagement.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress, 22*(3), 187–200. doi:10.1080/02678370802393649
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International, 13*(3), 209–223. doi:10.1108/13620430810870476
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In *Self-efficacy in changing societies* (p. 334). New York.
- Bandura, A. (1998). Self-Efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior, 4*, 71–81.
- Bergue, S. (2010). Comportamento Organizacional. *Programa Nacional de Formação em Administração Pública, 114*.
- Bilhim, J. (2008). *Teoria Organizacional: estruturas e pessoas* (p. 478).
- Bishop, M. (2013). Work engagement of older registered nurses: the impact of a caring-based intervention. *Journal of nursing management, 21*(7), 941–9. doi:10.1111/jonm.12182
- Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, R., Lawthers, A., ... Hiatt, H. (1991). SPECIAL ARTICLES INCIDENCE OF ADVERSE EVENTS AND NEGLIGENCE IN HOSPITALIZED PATIENTS Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal Of Medicine, 324*(Appendix I), 370–376.
- Bressan, C. L. (2004). MUDANÇA ORGANIZACIONAL : UMA VISÃO GERENCIAL Esta pesquisa tem por objetivo contribuir para a compreensão de mudança organizacional , a partir da percepção gerencial sobre seu conceito e variáveis relacionadas , tais como : causadores , facilitadores / di, 1–14.
- Bringselius, L. D. (2010). Resistance to change : Four interpretations. *working paper series - Lund Institute of Economic Research, 1–11*.
- Burke, R., & Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health, 16*(5), 583–94. doi:10.1080/08870440108405528
- Caetano, A. (2001). Mudança e Intervenção Organizacional. In *Manual de Psicossociologia das Organizações* (p. 658). Lisboa: McGraw-Hill.

- Canrinus, E. T., Helms-Lorenz, M., Beijaard, D., Buitink, J., & Hofman, A. (2011). Self-efficacy, job satisfaction, motivation and commitment: exploring the relationships between indicators of teachers' professional identity. *European Journal of Psychology of Education, 27*(1), 115–132. doi:10.1007/s10212-011-0069-2
- Cardoso, D. (2009). Engagement nos enfermeiros: qual o papel do líder transformacional?
- Carneiro, A. V. (2011). O erro clínico , os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes : uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10*, 3–10.
- Carvalho, R. (2010). *compreender + África: fundamentos para competir no Mundo* (p. 319). Tema e Debates - Círculo de Leitores.
- Chang, Y., Wang, P.-C., Li, H.-H., & Liu, Y.-C. (2011). Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. *Journal of nursing management, 19*(6), 769–76. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01180.x
- Clarke, S., & Donaldson, N. (2008). Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. In *Patient Safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses* (p. 1403).
- Coch, L., & French, J. R. P. (1948). Overcoming Resistance to Change. *Human Relations, 1*(4), 512–532. doi:10.1177/001872674800100408
- Coetsee, L. (1999). FROM RESISTANCE TO COMMITMENT. *Public Administration Quarterly, 204–222*.
- Cohen, A.-L., Bayer, U. C., Jaudas, A., & Gollwitzer, P. M. (2008). Self-regulatory strategy and executive control: implementation intentions modulate task switching and Simon task performance. *Psychological research, 72*(1), 12–26. doi:10.1007/s00426-006-0074-2
- Cole, G. (1997). *Strategic Management: theory and practice* (p. 482). Londres: Thomson Learning.
- Conner, D. (1992). *Managing at the speed of change: How resilient managers succeed and prosper where others fail.* (p. 282). New York: Villard Books.
- Conway, E., & Monks, K. (2008). HR practices and commitment to change: an employee-level analysis. *Human Resource Management Journal, 18*(1), 72–89.
- Costa, R., Padilha, M., Amante, L., Costa, E., & Bock, L. (2009). O LEGADO DE FLORENCE NIGHTINGALE : UMA VIAGEM NO TEMPO FLORENCE NIGHTINGALE ' S LEGACY : A TRAVEL IN TIME. *Texto e Contexto de Enfermagem, 18*(4), 661–669.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and Safety Education for Nurses. *Nursing outlook, 55*(3), 122–31. doi:10.1016/j.outlook.2007.02.006
- Cropanzano, R., & Wright, T. (2001). When a happy worker is really a productive worker: a review and further refinement of the happy-productive worker thesis. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 53*, 182–199.

- Cunha, M., & Rego, A. (2002). *As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente* (pp. 1–26).
- Cunningham, G. B. (2006). The relationships among commitment to change, coping with change, and turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 15*(1), 29–45. doi:10.1080/13594320500418766
- Curado, A., Cardoso, M., & Gaspar, N. (2003). O ensino da enfermagem em Portugal. *Enfermería Global, 3*, 1–4.
- Decreto Lei n.º 234/2008 de 2 de Dezembro. Direção Geral de Saúde.
- Demerouti, A., & Cropanzano, R. (2010). From thought to action: employee work engagement and job performance. In *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (p. 209).
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands–Resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology, 37*(2), 1–9. doi:10.4102/sajip.v37i2.974
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Jonge, J., Janssen, P., & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 27*, 279–286.
- Dent, E. B., & Goldberg, S. G. (1999). Challenging “Resistance to Change.” *The Journal of Applied Behavioral Science, 35*(1), 25–41. doi:10.1177/0021886399351003
- Deprez, J., Broeck, H. Van Den, Cools, E., & Bouckennooghe, D. (2012). *GENDER DIFFERENCES IN COMMITMENT TO CHANGE: IMPACTED BY GENDER OR BY BEING PART OF A MINORITY GROUP? GENDER DIFFERENCES IN COMMITMENT TO CHANGE: IMPACTED BY GENDER OR BY BEING PART OF A MINORITY GROUP? 1* (pp. 2–24).
- Donabedian, A. (1988). Special article: The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine, 1743–1748*.
- Donaldson, L., & Gray, J. (1998). Clinical Governance.pdf. *Quality in Health Care, 7*, 37–44.
- Dozois, D., Westra, H., Collins, K., Fung, T., & Garry, J. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour research and therapy, 42*(6), 711–29. doi:10.1016/S0005-7967(03)00193-1
- Feldman, L., Gatto, M., & Cunha, I. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação \*. *Acta, 18*(2), 213–219.
- Field, L., & Buitendach, J. (2011). Happiness, work engagement and organisational commitment of support staff at a tertiary education institution in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology, 37*(1), 1–10. doi:10.4102/sajip.v37i1.946
- Flammer, A. (1995). Developmental analysis of control beliefs. In *Self-efficacy in changing societies* (pp. 69–113).

- Ford, J. D., Ford, L. W., & D'Amelio, a. (2008). Resistance to Change: The Rest of the Story. *Academy of Management Review*, 33(2), 362–377. doi:10.5465/AMR.2008.31193235
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 564–570.
- Fragata, L., & Martins, L. (2005). Causas e Mecanismos dos Erros em Medicina. In *O erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade* (p. 327). Coimbra: Almedina.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479–89. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004
- Gokul, A., Sridevi, G., & Srinivasan, P. T. (2012). THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED ORGANIZATIONAL SUPPORT , WORK ENGAGEMENT AND AFFECTIVE COMMITMENT. *International Journal of Management*, (2001), 29–37.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal Achievement: The Role of Intentions. *European Review of Social Psychology*, 4(1), 141–185. doi:10.1080/14792779343000059
- Gollwitzer, P., & Schaal, B. (1998). Metacognition in Action: the importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2, 124–136.
- Gorgievski, M. J., & Bakker, A. B. (2008). Passion for work : work engagement versus workaholism. In *Handbook of employee engagement* (p. 464).
- Gravenhorst, K. M. B. (2003). A Different View on Resistance to Change. *Power Dynamics and Organizational Change IV*, (May), 14–17.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43(6), 495–513. doi:10.1016/j.jsp.2005.11.001
- Hakanen, J., & Roodt, G. (2010). Using the job demands-resources model to predict engagement: analysing a conceptual model. In *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (p. 209).
- Hedberg, B. (1981). No Title“How organizations learn and unlearn.” *Handbook of Organizational Design*, Londres, Oxford University, 8–27.
- Hernandez, J., & Caldas, M. (2001). RESISTÊNCIA À MUDANÇA : uma revisão crítica. *Revista de Administração de Empresas*, 41, 31–45.
- Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002). Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 474–487. doi:10.1037//0021-9010.87.3.474
- Heuvel, M., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2010). Personal resources and work engagement in the face of change. In *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice* (p. 392). Oxford UK: Wiley-Blackwell.

- Hobfoll, S., Johnson, R., Ennis, N., & Jackson, A. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 632–643.
- Huang, L., Kim, R., & Berry, W. (2013). Creating a culture of safety by using checklists. *AORN journal*, 97(3), 365–8. doi:10.1016/j.aorn.2012.12.019
- Hudson, P. (2007). Implementing a safety culture in a major multi-national. *Safety Science*, 45(6), 697–722. doi:10.1016/j.ssci.2007.04.005
- Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). *Exploring Corporate Strategy: text and cases* (p. 1072). Prentice Hall.
- Kahn, W. a. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement At Work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. doi:10.2307/256287
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human* (p. 287).
- Kotter, J. (2001). What Leaders Really Do. *Harvard Business Review*, 2–12.
- Kotter, J., & Schlesinger, L. (2008). Choosing strategies for change. *Harvard business review*, 57(2), 106–14. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10240501>
- Kuhl, J. (1985). Volitional mediators of cognition-behavior consistency: Self-regulatory processes and action versus state orientation. In *Action Control: from cognition to behavior* (p. 286). Berlin: Springer-Verlag.
- Lage, M. J. (2011). Segurança do doente : da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 11–16.
- Lawrence, P. R. (1970). How to Deal with Resistance to Change. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 12(5), 191. doi:10.1097/00043764-197005000-00027
- Leiter, M. P., & Bakker, A. B. (2010). Work engagement: introduction. In *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (p. 209). New York: Psychology Press.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change. *Human Relations*, 1(1), 5–41. doi:10.1177/001872674700100103
- Lin, C., Wu, Z., Rou, K., Pang, L., Cao, X., Shoptaw, S., & Detels, R. (2010). Challenges in providing services in methadone maintenance therapy clinics in China: service providers' perceptions. *The International journal on drug policy*, 21(3), 173–8. doi:10.1016/j.drugpo.2009.09.002
- Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging Positive Organizational Behavior. *Journal of Management*, 33(3), 321–349. doi:10.1177/0149206307300814
- Luthans, Fred, Norman, S. M., Avolio, B. J., & Avey, J. B. (2008). The mediating role of psychological capital in the supportive organizational climate — employee performance relationship The Meaning of Positive Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 238(August 2005), 219–238. doi:10.1002/job

- Machado, P., Porto-Martins, P., & Amorim, C. (2012). Engagement no trabalho entre profissionais da educação Work engagement among educational professionals. *Revista Intersaberes*, 7, 193–214.
- Machin, M. A., Fogarty, G. J., & Bannon, S. F. (2012). Predicting Employees' Commitment To and Support for Organisational Change. *The Australian and New Zealand Journal of Organisational Psychology*, 2, 10–18. doi:10.1375/ajop.2.1.10
- Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace : new perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44–47.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397–422.
- Maurer, T. (2001). Career-relevant learning and development, worker age, and beliefs about self-efficacy for development. *Journal of Management*, 27, 123–140.
- McConaughy, E., Prochaska, J., & Velicer, W. (1983). McConaughy et al-1983-URICA I- Psychotherapy etapas para a mudança.pdf. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368–375.
- Meyer, J. P., & Allen, N. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1, 61–89.
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11(3), 299–326. doi:10.1016/S1053-4822(00)00053-X
- Meyer, J. P., & Maltin, E. R. (2010). Employee commitment and well-being: A critical review, theoretical framework and research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 323–337. doi:10.1016/j.jvb.2010.04.007
- Meyer, A; Brooks, G.;Goes, J. (1990). Environmental jolts and industry - organization responses to discontinuous change. *Strategic Management Journal*, 10, 93–110.
- Moreno, J. (2007). Building Quality in Health Care. *Building Quality in Health Care*, 1(1), 09–11.
- Neiva, E. R., & Torres, G. (2007). Percepção de Mudança Organizacional : um Estudo em uma Organização Pública Brasileira, 31–52.
- Neves, P. (2009). Readiness for Change: Contributions for Employee's Level of Individual Change and Turnover Intentions. *Journal of Change Management*, 9(2), 215–231. doi:10.1080/14697010902879178
- Neves, P. (2011). Building commitment to change : The role of perceived supervisor support and competence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, (July), 37–41.
- Neves, P., & Caetano, A. (2009). Commitment to Change: Contributions to Trust in the Supervisor and Work Outcomes. *Group & Organization Management*, 34(6), 623–644. doi:10.1177/1059601109350980

- Nicklin, W., & McVeety, J. (2002). Canadian Nurses Perceptions of Patient Safety in Hospitals. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15, 11–21.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde* (p. 188). Lisboa: McGraw-Hill.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1993). *The measurement mandate*. Illinois: Oakbrook Terrace.
- Parks-Stamm, E., Gollwitzer, P. M., & Oettingen, G. (2007). ACTION CONTROL BY IMPLEMENTATION INTENTIONS: EFFECTIVE CUE DETECTION AND. *Social Cognition*, 25(2), 248–266.
- Pinto, A., & Chambel, M. (2008). Burnout e engagement em contexto organizacional. *Livros Horizonte*.
- Pinto, M., & Couto-de-Souza, C. L. (2009). Mudança organizacional em uma empresa familiar brasileira \*, 43(3), 609–634.
- Pisco, L. (2001). Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde. *Perspectiva*, 4–6.
- Pisco, L., & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Avaliação da Qualidade*, 2, 43–51.
- Po, F. (2013). Engagement in General Practice. *The Singapore Family Physician*, 39, 63–68.
- Polaschek, D., Anstiss, B., & Wilson, M. (2010). The assessment of offending-related stage of change in offenders: psychometric validation of the URICA with male prisoners. *Psychology, Crime & Law*, 16(4), 305–325. doi:10.1080/10683160802698766
- Porras, J. I. R. (1992). Organizational development: theory, practice, and research. *Handbook of Industrial and organizational Psychology*, 719–822.
- Prochaska, James, DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 1102–1113.
- Prochaska, Janice, Prochaska, J., & Levesque, D. (2001). A transtheoretical approach to changing organizations. *Administration and policy in mental health*, 28(4), 247–61. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11577653>
- Prussia, G., Anderson, J., & Manz, C. (1998). Self-leadership and performance outcomes : The mediating influence of self-efficacy. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 523–538.
- Rebocho, R., Semedo, C., & Santos, N. (2011). Recursos laborais, engagement e desempenho dos trabalhadores: um estudo numa empresa da área de grande distribuição. *Psychologica*, 55, 291–313.
- Rego, A., & Souto, S. (2004). COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL EM ORGANIZAÇÕES AUTENTIZÓTICAS : UM ESTUDO. *Revista de Administração de Empresas*, 44, 30–43.

- Reis, G., & Nakata, L. (2010). Modelo transteórico de mudança : Contribuições para o coaching de executivos. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11, 61–72.
- Rhoades, L., Eisenberger, R., & Armeli, S. (2001). Affective Commitment to the Organization. *Journal of Applied Psychology*, 86, 825–836.
- Ribeiro, J. (1991). *ADAPTAÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA AUTO-EFICÁCIA GERAL* (pp. 1–13). Porto.
- Salanova, M., Agut, S., & Peiró, J. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate. *The Journal of applied psychology*, 90(6), 1217–27. doi:10.1037/0021-9010.90.6.1217
- Salanova, M., Bakker, A. B., & Llorens, S. (2006). Flow at Work: Evidence for an Upward Spiral of Personal and Organizational Resources\*. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 1–22. doi:10.1007/s10902-005-8854-8
- Santos, J. (2005). Estudo sobre a Questão da Mudança e da Resistência à Mudança nas Organizações. *Revista de Ciências Gerenciais*, 9(11), 62–71.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands , job resources , and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *Utrecht Work Engagement Scale* (p. 58).
- Schein, E. (2006). *Organizational Culture and Leadership* (p. 464).
- Scholz, U., Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242–251. doi:10.1027//1015-5759.18.3.242
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor.
- Schwarzer, Ralf, Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 807–818. doi:10.1016/j.paid.2004.12.016
- Schwarzer, Ralf, & Luszczynska, A. (1997). *Perceived Self-Efficacy Self-Efficacy and Health Behavior Theories* (pp. 1–33).
- Scott, S., Hirschinger, L., Cox, K., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality & safety in health care*, 18(5), 325–30. doi:10.1136/qshc.2009.032870
- Scrima, F., Lorito, L., Parry, E., & Falgares, G. (2013). The mediating role of work engagement on the relationship between job involvement and affective commitment. *The International Journal of Human Resource Management*, 1–15. doi:10.1080/09585192.2013.862289

- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., & Leite, E. (2009). Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. *SPMT*, 5–29.
- Simões, J., & Amâncio, L. (2004). GÉNERO E ENFERMAGEM Um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 44, 71–81.
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 46(7), 1012–24. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003
- Sousa, P. (2006). PATIENT SAFETY A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309–318.
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Pinto, F., Ovretveit, J., Klazinga, N., ... Terris, D. (2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 91–106.
- Souza, I., & Souza, M. (2004). VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA GERAL PERCEBIDA. *Revista da Universidade Rural*, 26, 12–17.
- Stoner, J; Freeman, R; Gilbert, D. (1995). *Management* (p. 680). Londres: Prentice-Hall International Editions.
- Sutton, S. (2000). Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology & Health*, 15(2), 163–171. doi:10.1080/08870440008400298
- Teixeira, F., Silva, M., & Medeiros, G. (2010). Síndrome de Burnout - a interface entre o trabalho na área da educação e na enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 101–109. doi:10.12707/RII0931
- Teixeira, J., Dias, A., & Dell'Aglio, D. (2012). Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). *PSICO*, 43, 139–146.
- Vincent, C. (2010a). Integrating Safety and Quality. In *Patient Safety* (second., p. 416). Wiley-Blackwell.
- Vincent, C. (2010b). Human error and systems thinking. In *Patient Safety* (p. 416). Wiley-Blackwell.
- Visagie, C. M., & Steyn, C. (2011). Organisational commitment and responses to planned organisational change : An exploratory study. *Southern African Business REview*, 15(3), 98–121.
- Watson, G. (1969). Resistance to Change. In *The planning of change*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Whittaker, S. (2007). Definitions Of Quality in Health Services.pdf. *The Official Journal of Methodist International and the International Hospital Federation*, 5-8.
- WHO. (2007a). *Patient Safety Solutions Preamble - May 2007*. Geneva.
- WHO. (2007b). *Patient Identification* (Vol. 1).

- WHO. (2007c). *Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections* (Vol. 1, pp. 1–4).
- WHO. (2008). *World Alliance for Patient Safety WHO Guidelines for Safe Surgery* (p. 173).
- Williams, K., & Bond, M. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. *Psychology, Health & Medicine*, 7(February), 127–141.
- Woodward, N., & Wallston, B. (1987). Age and health care beliefs: self-efficacy as a mediator of low desire for control. *Psychology and Aging*, 2, 3–8.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 235–244. doi:10.1016/j.jvb.2008.11.003
- Yalabik, Z. Y., Popaitoon, P., Chowne, J. a., & Rayton, B. a. (2013). Work engagement as a mediator between employee attitudes and outcomes. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(14), 2799–2823. doi:10.1080/09585192.2013.763844
- Yassi, A., & Hancock, T. (2005). Patient safety--worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthcare Quarterly*, 8 Spec No(October), 32–8. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16334069>
- Yoshida, E. (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, 7, 59–66.
- Yousaf, A., & Sanders, K. (2012). The Role of Job Satisfaction and Self-Efficacy as Mediating Mechanisms in the Employability and Affective Organizational Commitment Relationship: A Case From a Pakistani University. *Review, Thunderbird International Business*, 907–919. doi:10.1002/tie

## **APÊNDICES**

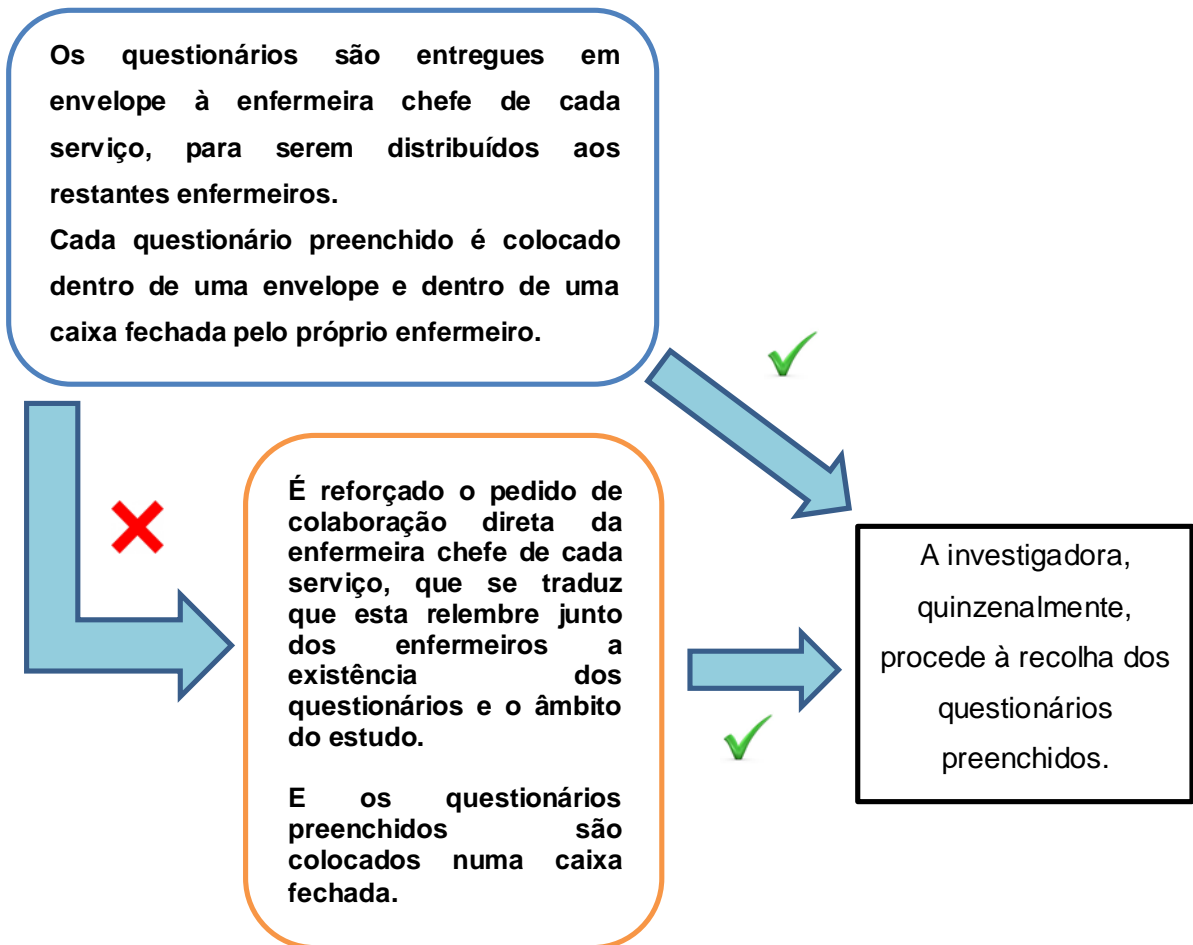
## APÊNDICE I

### Fluxograma de Investigação



## APÊNDICE II

### Fluxograma de recolha de dados



Nº \_\_\_\_\_ (A preencher pelo investigador)

### ***Perspetivas sobre Adoção de Medidas de Segurança do Doente***

1. Dos procedimentos abaixo indicados, por favor indique com um X os que já estão implementados no serviço onde trabalha:

	Sim	Não	Não, mas está prevista a sua implementação
Prevenção de Infeções (Exemplo: lavagem das mãos)			
Identificação do Doente (Exemplo: pulseira e/ou enfermaria/unidade do doente)			

**Caso nenhum dos procedimentos esteja implementado no serviço onde trabalha pode passar para o ponto nº4.**

**Se um ou ambos os procedimentos estiverem implementados no serviço onde trabalha por favor responda às seguintes questões, atendendo apenas ao/s procedimento/s implementado/s:**

2. Cada afirmação desta pergunta descreve o que uma pessoa pode sentir em relação a um comportamento específico que visa a segurança do doente em contexto hospitalar. De acordo com a escala de resposta apresentada (de “1=Discordo Fortemente” a “5=Concordo Fortemente”), assinale com X o número que melhor representa a forma como pensa em relação a cada procedimento.

**1=Discordo Fortemente; 2=Discordo; 3=Indeciso; 4=Concordo; 5=Concordo Fortemente**

	Prevenção de Infecções (Exemplo: lavagem das mãos)	Identificação do Doente (Exemplo: pulseira e/ou enfermaria/unidade do doente)
Não gosto de criar problemas, mas este procedimento não me faz sentido	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Acredito que o meu serviço (restante equipa) me vai ajudar a melhorar este procedimento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Preciso de um incentivo para que possa continuar a fazer o procedimento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Acredito que sou capaz de fazer (melhor) este procedimento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Apesar de nem sempre ter sucesso neste procedimento, estou a tentar cumpri-lo	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Para mim, este procedimento não faz sentido	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Já estou a fazer este procedimento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Tenho estado a fazer este procedimento, mas não sei se sou capaz de continuar a fazê-lo	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤

**3. A preocupação com a segurança do doente tem promovido a adoção de novos procedimentos no âmbito dos cuidados de saúde.** Relativamente a cada um dos seguintes procedimentos que visam a segurança do doente (indicados nas colunas), assinale com X, até que ponto concorda com as afirmações sobre os mesmos (de “1=Discordo Totalmente” a “7=Concordo Totalmente”).

	Prevenção de Infecções (exemplo: lavagem das mãos)	Identificação do Doente (Exemplo: pulseira e/ou enfermaria/unidade do doente)
Eu acredito no valor desta mudança (novos procedimentos de prevenção de infeções e de identificação do doente)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Tenho demasiado a perder se não mudar	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Não tenho outra hipótese a não ser participar na mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Não posso resistir a esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
As coisas estariam melhores sem esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Sinto o dever de alinhar nesta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Penso que os gestores da minha organização estão a fazer um erro ao introduzir esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Sinto pressão para participar nesta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Sinto-me bem se não adotar esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Para mim seria muito desvantajoso resistir a esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Iria sentir-me culpado/a se resistisse a esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Esta mudança tem um objetivo importante	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Seria arriscado criticar esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Não seria correto resistir a esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Esta mudança é uma boa estratégia para a minha organização	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Seria irresponsável se resistisse a esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Não sinto nenhuma obrigação em apoiar esta mudança	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
Esta mudança não é necessária	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

4. Indique agora, com um X, até que ponto (de “1=De modo nenhum é verdade” a “4=Exatamente verdade”) cada uma das seguintes afirmações exprime a forma como lida com as situações:

① - De modo nenhum é verdade.

② - Dificilmente é verdade.

③ - Moderadamente verdade.

④ - Exatamente verdade.

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

5. Os itens que se seguem referem-se a sentimentos, crenças e comportamentos relacionados com a sua experiência profissional. Por favor responda a cada um dos itens de acordo com a escala de respostas que se segue, cujos valores variam entre "0 (se nunca teve esse sentimento ou crença) e 6 (se o tem todos os dias). Para responder, PENSE NAS SUAS TAREFAS PROFISSIONAIS, e avalie com que frequência tem cada um dos seguintes sentimentos, crenças ou comportamentos:

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

- No meu trabalho sinto-me cheia(o) de energia \_\_\_\_\_
- Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade \_\_\_\_\_
- O tempo passa a voar quando estou a trabalhar \_\_\_\_\_
- No meu trabalho sinto-me com força e energia \_\_\_\_\_
- Estou entusiasmada(o) com o meu trabalho \_\_\_\_\_
- Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda \_\_\_\_\_
- O meu trabalho inspira-me \_\_\_\_\_
- Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar \_\_\_\_\_
- Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente \_\_\_\_\_
- Estou orgulhosa(o) do que faço neste trabalho \_\_\_\_\_
- Estou imersa(o) no meu trabalho \_\_\_\_\_
- Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos \_\_\_\_\_
- O meu trabalho é desafiante para mim \_\_\_\_\_
- "Deixo-me ir" quando estou a trabalhar \_\_\_\_\_
- Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho \_\_\_\_\_
- É-me difícil desligar-me do meu trabalho \_\_\_\_\_
- No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem \_\_\_\_\_

6. De uma forma geral, até que ponto diria que o seu trabalho, neste serviço, é exigente do ponto de vista:

... **emocional?** (escala de 1 “nada exigente” a 10 “extremamente exigente”) \_\_\_\_\_

... **físico?** (escala de 1 “nada exigente” a 10 “extremamente exigente”) \_\_\_\_\_

7. De uma forma geral, diria que a sua saúde é... (coloque um **X** na opção que melhor se adapta à sua situação):

- ... Ótima
- ... Muito boa
- ... Boa
- ... Razoável
- ... Fraca

8 **Idade:**

9 **Sexo:**  Feminino  Masculino

10 **Situação familiar:**  Solteiro / Viúvo / Divorciado  Casado / União de Facto

11 **Tem filhos menores (e/ou dependentes)?**  Não  Sim

12 **Habilitações literárias (último grau obtido):**  Bacharelato  Licenciatura (pré-Bolonha)  Licenciatura (pós-Bolonha)  Mestrado  Doutoramento

13 **É enfermeiro...**  Generalista  Especialista

14 **Exerce cargo de chefia?**  Não  Sim

15 **Exerce cargo de**  Não  Sim

- 16 Nº de anos de profissão (a partir do momento em que iniciou o seu   Anos (se menos do que 1, indique "0")
- 17 Nº de anos na instituição:   Anos (se menos do que 1, indique "0")
- 18 Nº de anos no serviço:   Anos (se menos do que 1, indique "0")
- 19 Tipo de vínculo laboral:  Contrato a Tempo Certo  Contrato a Tempo Indeterminado  Quadro  Função
- 20 Nº de horas de trabalho (nesta unidade de saúde) por
- 21 O seu horário é fixo?  Não  Sim  
 O seu horário é de  Não  Sim → Se sim, inclui noites?  Não  Sim
- 22 Trabalha noutro(s) serviço(s) ou unidade(s) de saúde?  Não  Sim → Se sim, quantas horas por semana, nesses outros serviços/unidades?
- 23 Tem outras atividades laborais (não necessariamente na área da enfermagem)?  Não  Sim → Se sim, quantas horas por semana, nessas atividades?
- 24 A sua situação financeira é... (coloque um X na opção que melhor se adapta à sua situação):
- ... Muito Confortável
- ... Confortável
- ... Suficiente para as minhas necessidades
- ... Difícil
- ... Muito Difícil

Obrigada pela sua colaboração!

## APÊNDICE IV

### Consentimento Informado relativo ao Trabalho de Investigação:

#### *Perspetivas sobre a Adoção de Medidas para a Segurança do Doente*

A segurança do doente tem adquirido crescente importância, sendo considerada um dos pilares fundamentais na busca pela qualidade em saúde.

De facto, nas instituições de saúde, é cada vez maior o investimento em medidas que visam a segurança do doente de forma a diminuir o impacto social, económico e clínico que decorrem de erros resultantes dos cuidados prestados. Este é um tema que deve ser abordado de forma interativa e com o envolvimento de todos os profissionais de saúde.

O presente estudo pretende assim analisar até que ponto algumas medidas organizacionais, estratégicas para a segurança do doente, poderão constituir um desafio para os enfermeiros. Este projeto de investigação foi aceite como projeto de Dissertação, no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, ministrado pela Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Estamos a pedir a colaboração no estudo de todos os enfermeiros do departamento de Cirurgia e Medicina do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE – Hospital Santa Maria.

O seu contributo refere-se apenas ao preenchimento de um questionário, que pode ser feito (em termos médios) em 15 minutos.

Os dados recolhidos são tratados de forma anónima, pelo que a confidencialidade dos mesmos está garantida. Serão também tratados de forma agrupada e no âmbito exclusivo deste estudo.

A sua participação é voluntária pelo que pode desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências.

Se pretender obter mais informação sobre o estudo, pode contactar a investigadora principal do mesmo através do seguinte contacto:

Email: [sjmestrado@gmail.com](mailto:sjmestrado@gmail.com)

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

**Assinatura do Investigador:**

**Assinatura do Participante:**

---

**ATENÇÃO:** Antes do tratamento de dados esta folha irá ser separada do questionário pela investigadora e o anonimato é garantido

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Pedido de autorização para recolha de dados

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

Exma. Senhora  
Enfermeira  
Sónia Maria Luis Jacinto  
Ortopedia

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados através de aplicação de questionário autoadministrativo, a efectuar no âmbito da dissertação intitulada “Prontidão para a adopção de medidas de segurança do doente por enfermeiros em contexto hospitalar: associação com Job Engagement e Percepção de Autoeficácia”, integrado no Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada para recolha de dados através de aplicação de questionário autoadministrativo, a efectuar no âmbito da dissertação intitulada “Prontidão para a adopção de medidas de segurança do doente por enfermeiros em contexto hospitalar: associação com Job Engagement e Percepção de Autoeficácia”, integrado no Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, nos Serviços dos Departamentos de Cirurgia e Medicina.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 02 de Julho de 2013

A Enfermeira Directora

  
Catarina Batuca  
Enfermeira Directora

AR/

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647  
www.chln.pt  
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
www.chln.pt