

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de *Gestão em Enfermagem*
Dissertação de Natureza Científica

**Satisfação Profissional dos Enfermeiros numa
Unidade Local de Saúde**

Cláudia Isabel Neves Pacheco da Silva

Lisboa

2017





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem
Dissertação de Natureza Científica

**Satisfação Profissional dos Enfermeiros numa Unidade
Local de Saúde**

Cláudia Isabel Neves Pacheco da Silva

Orientador: Professora Doutora Teresa Santos Potra

Co-Orientador: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Quality is never an accident, it is always the result of intelligent effort”

John Ruskin

DEDICATÓRIA

À Professora Teresa Potra pelo apoio, compreensão e orientação.

Levo conhecimento para a vida!

Ao Professor Pedro Lucas por acreditar e pelo voto de confiança.

Muito obrigado!

Á D. Silvina, à minha sogra e ao meu cunhado pelo apoio,
sem o qual não teria sido possível.

Aos meus pais, e à minha irmã pelo amor, incentivo, bem como suporte mental,
logístico e financeiro, que tornaram possível concluir esta etapa da minha vida.

UM GRANDE OBRIGADO!

Ao Filipe, o meu companheiro, pelo amor, pelo incentivo em continuar e pela força
para continuar nos momentos difíceis, e nas minhas ausências.

UM MUITO OBRIGADO!

À Inês e a Beatriz, as minhas lindas filhas, por me ILUMINAREM TODOS OS DIAS!

SIGLAS

AMB - Ambulatório

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CC - Cuidados Continuados

CCr - Cuidados Críticos

CH - Cuidados Hospitalares

CSP - Cuidados de saúde primários

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ECL - Equipa de Coordenação Local

IASP - Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional

MCQ - Melhoria continua da qualidade

NREM - *Nursing Role Effectiveness Model*

OE - Ordem dos Enfermeiros

QLT - Qualidade do local de trabalho

QPC - Qualidade da prestação de cuidados

UC - Unidade de convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

USP - Unidade de Saúde Pública

SIV - Suporte Imediato de Vida

SP - Satisfação Profissional

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

A satisfação profissional (SP) é uma dimensão do comportamento organizacional com o potencial de influenciar positivamente os comportamentos na organização e a prestação de cuidados. Este conhecimento permite ao enfermeiro gestor criar políticas e estruturas de suporte organizacional, com impacto na qualidade dos cuidados e melhoria dos resultados. Numa Unidade Local de Saúde (ULS) foi realizado um estudo descritivo, misto, com desenho observacional e transversal, com vista a analisar a satisfação profissional dos enfermeiros. A partir deste objetivo pretendeu-se: conhecer o grau de SP total dos enfermeiros e nas diversas dimensões inquiridas; identificar a relação entre variáveis sociodemográficas e organizacionais e a satisfação profissional; e comparar o grau de SP nos diversos contextos de prestação de cuidados da ULS. Os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário, o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional, distribuído em papel. O tratamento de dados foi realizado no *Statistical Package for the Social Sciences* na versão 24, recorrendo a medidas estatísticas descritivas e de comparação. A amostra ficou constituída por 218 enfermeiros, sendo 57,8% dos Cuidados Hospitalares, 39,9% dos Cuidados de Saúde Primários, e 2,3% dos Cuidados Continuados. O nível médio de satisfação profissional dos enfermeiros na ULS foi de 66,6%. A SP com a qualidade face ao local de trabalho, foi de 61,8%, face à prestação de cuidados de 67,8% e face à melhoria contínua da qualidade de 70,4%. Verificou-se a existência de relação entre a SP e os fatores sociodemográficos e organizacionais estudados. Existem diferenças de SP entre as várias áreas de cuidados, em que a menor SP se situa na área de cuidados críticos e cuidados hospitalares em regime de ambulatório, e a maior nos cuidados indiretos e nas unidades de cuidados na comunidade. Recomenda-se o desenvolvimento de estratégias que promovam: uma comunicação eficaz com os órgãos de gestão; o maior conhecimento das dificuldades; a dotação segura de recursos humanos; a melhoria da informação prestada aos utentes; e o investimento na formação contínua dos profissionais.

Descritores: Satisfação profissional; enfermeiros; cuidados de saúde primários; cuidados hospitalares; cuidados continuados

ABSTRACT

Job satisfaction is an organizational dimension of behavior with the potential to positively influence organizational behaviors and care delivery. This knowledge allows the nurse manager to create organizational policies and support structures, with an impact on the care quality and improvement of results. In a Local Health Unit was carried out a descriptive study, mixed, with an observational and cross-sectional design, aiming to analyze the nurses' job satisfaction. From this goal was aimed to: know the nurses' total job satisfaction degree and in its several dimensions surveyed; identify the relationship between job satisfaction and sociodemographic and organizational variables; and compare the job satisfaction degree in all care contexts of the local health unit. Data were collected through the application of a questionnaire, the Job Satisfaction Assessment Instrument, distributed on paper. The data treatment was performed in the Statistical Package for the Social Sciences, in version 24, using statistical descriptive measures and comparison. The sample was consisted of 218 nurses, being 57.8% from the hospital care area, 39.9% from the primary health care, and 2,3% from the long-term care. The average job satisfaction level at the local health unit was 66.6%. The job satisfaction with the workplace quality was of 61.8%, with the nursing care quality of 67.8% and with the continuous quality improvement of 70.4%. It was verified the existence of a relationship between job satisfaction and the sociodemographic and organizational factors studied. There are differences in job satisfaction among the various care areas, where the lowest satisfaction was found in the critical care and ambulatory hospital care, and the highest among indirect care and community care units. It is recommended the development of strategies that promote: an effective communication with administration; a greater knowledge of difficulties; a safe allocation of human resources; an improvement the information provided to patients; and investment in health care professional education.

Keywords: Job satisfaction; nurses; primary health care; hospital care; Long-term care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	25
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
1. GESTÃO EM ENFERMAGEM E A QUALIDADE DOS CUIDADOS	29
2. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	35
PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO.....	45
1. METODOLOGIA.....	45
1.1. Questão de investigação.....	45
1.2. Tipo de estudo	46
1.3. População e amostra.....	46
1.4. Método e instrumento de colheita de dados	47
1.5. Procedimentos de recolha e tratamento de dados.....	50
1.6. Procedimentos éticos.....	51
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
2.1. Apresentação dos resultados.....	53
2.1.1. Caracterização da amostra.....	53
2.1.2. Satisfação profissional	58
2.1.3. Satisfação global	63
2.1.4. Análise qualitativa	65
2.1.5. Determinantes da satisfação profissional	69
2.2. Análise e discussão de resultados	78
3. CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	
ANEXO 1. Instrumento de colheita de dados - IASP-ULSv3	
ANEXO 2. Autorização de utilização do autor do instrumento IASP	
ANEXO 3. Autorização ULS para aplicação dos questionários de SP	
APÊNDICE 1. Descrição dos itens das facetas da QLT e escalas QPC e MCQ	
APÊNDICE 2. Análise do <i>Alfa de Cronbach</i> das escalas do IASP	
APÊNDICE 3. Pedido de autorização para aplicação dos questionários de SP	
APÊNDICE 4. Dados qualitativos por dimensão da satisfação profissional	
APÊNDICE 5. Referências por escala, subescala e faceta e por área de cuidados	
APÊNDICE 6. Satisfação profissional segundo fatores sociodemográficos	
APÊNDICE 7. Satisfação profissional segundo fatores organizacionais	
APÊNDICE 8. Satisfação profissional segundo itens da satisfação global	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nursing Role Effectiveness.....	32
Figura 2. Integração vertical dos cuidados.....	42
Figura 3. Modelo conceptual do IASP.....	48

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Sete pilares da qualidade.....	30
Quadro 2. Antecedentes da satisfação profissional: causas pessoais e organizacionais.....	36
Quadro 3. Descrição da estrutura das escalas, subescalas e facetas do IASP.....	49
Quadro 4. Média da satisfação profissional da amostra por escala, subescala e faceta.....	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Taxa de resposta por unidade da ULS.....	54
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	55
Tabela 3. Rendimento familiar e perspectivas de emigração da amostra.....	56
Tabela 4. Caracterização da amostra por fatores organizacionais.....	57
Tabela 5. Qualidade do local de trabalho: subescala “política de recursos humanos”.....	59
Tabela 6. Qualidade do local de trabalho: subescala “moral”.....	60
Tabela 7. Qualidade do local de trabalho: subescala “recursos tecnológicos e financeiros”	61
Tabela 8. Qualidade da prestação de cuidados	62
Tabela 9. Melhoria contínua da qualidade	63
Tabela 10. Satisfação global.....	64
Tabela 11. Número de referências por escala/faceta.....	66
Tabela 12. Satisfação profissional segundo fatores sociodemográficos.....	70
Tabela 13. Satisfação profissional segundo fatores organizacionais.....	71
Tabela 14. Média total da satisfação profissional por área de cuidados	74
Tabela 15. Satisfação profissional segundo itens da satisfação global.....	75
Tabela 16. Grau de satisfação global percebido pelos enfermeiros por área de cuidados	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Satisfação profissional com a qualidade do local de trabalho da ULS...	58
Gráfico 2. Satisfação profissional com a qualidade da prestação de cuidados ULS.....	62
Gráfico 3. Satisfação profissional com a melhoria contínua da qualidade ULS	63
Gráfico 4. Atual grau de satisfação da ULS.....	65
Gráfico 5. Distribuição dos enfermeiros por área de cuidados.....	65
Gráfico 6. Grau de satisfação global por área de cuidados.....	78

INTRODUÇÃO

A satisfação profissional (SP) é uma dimensão do comportamento organizacional que tem sido largamente estudada nas últimas décadas, por ser considerada crucial para melhorar o funcionamento das organizações. Tal deve-se ao fato da qualidade dos serviços ou produtos desenvolvidos dependerem muito das competências técnicas e da habilidade de interação e comunicação dos seus colaboradores. A SP dos profissionais de saúde tem o potencial de influenciar comportamentos na organização e melhorar a prestação de cuidados, conduzindo a elevados índices de qualidade de atendimento (Brum, 2013; Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007; Laschinger, Heather, & Fida, 2015).

Considerando o setor da saúde, com vista a garantir a qualidade dos serviços desenvolvidos, para além das competências técnicas, relacionais e de comunicação dos seus colaboradores, as organizações devem ainda considerar a complexidade e natureza multidimensional de uma situação de cuidados. O modelo *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) é um modelo que traduz os mecanismos subjacentes à forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nos clientes, constituindo um quadro conceptual para o estudo das relações entre as dimensões de estrutura, processos e resultados (Amaral, 2010; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Neste sentido, a avaliação periódica da satisfação dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros uma vez que constitui a classe profissional com maior representatividade nas organizações de saúde, é essencial para a monitorização da qualidade organizacional. Atualmente, verifica-se um consenso crescente entre os profissionais do Serviço Nacional de Saúde de que “a formação, o desempenho, a gestão e a satisfação dos recursos humanos afetam profundamente, a qualidade dos serviços prestados à população e o grau de satisfação dos utentes” (Mendes, 2014, p.21). O enfermeiro gestor detém conhecimento efetivo sobre a disciplina de enfermagem e de gestão, tendo um papel ativo na gestão de recursos humanos e, em particular, da SP dos enfermeiros. O conhecimento da SP permite ao enfermeiro gestor a possibilidade de participar no desenvolvimento e implementação de políticas organizacionais que, em simultâneo, possam constituir estratégias para promoção desta dimensão, considerando o impacto que podem ter noutras variáveis e no funcionamento da organização (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A atividade profissional dos enfermeiros pode induzir diferentes níveis de satisfação, sendo que este conhecimento é determinante para a definição de estruturas de suporte e políticas organizacionais, com impacto na qualidade dos cuidados e melhoria dos resultados. Contudo, a recente crise económica que resultou do Programa de Ajustamento, teve um impacto importante no Sistema de Saúde pela contenção orçamental e carência crítica de enfermeiros, conduzindo a um conflito entre a responsabilidade profissional e a prestação de cuidados adequados aos utentes (Silva, 2012). Em consequência, novos desafios se põem às chefias de Enfermagem, sendo exigido aos enfermeiros gestores uma grande sobrecarga de tarefas administrativas, que limitam o tempo disponível para a prática efetiva dos cuidados. É certo que, essas tarefas são indispensáveis ao funcionamento dos serviços, contudo, só farão sentido se facilitarem a prática dos cuidados e forem centradas no cuidar da pessoa.

Na gestão das organizações é essencial que se analisem os custos e proveitos, sob a forma de ganhos em saúde, para se obtenha a escolha com a melhor relação custo-eficácia. Contudo, a exigência da diminuição de custos que caracteriza a atual conjuntura, ameaça diariamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, e, em consequência, a satisfação dos utentes (Ferreira, 2005). Em 2007, um relatório europeu mostrava um decréscimo de 3,5% na porção de trabalhadores portugueses satisfeitos, entre o ano de 1995 (83,8%) e 2000 (80,3%), sendo a média europeia, na altura, de 84% (Cabrita & Perista, 2006). Como se terá comportado a SP desde então? E qual a correspondência desta percentagem com a satisfação dos enfermeiros portugueses? Terão tido as políticas organizacionais de contenção financeira mais recentes impacto na atual SP dos enfermeiros? A redução de recursos humanos, que obriga a uma sobrecarga de trabalho, conduziu a uma alteração na SP dos enfermeiros?

Assim, considerando a problemática exposta, estabelece-se como finalidade o aprofundar de conhecimentos sobre a satisfação profissional dos enfermeiros de uma Unidade Local de Saúde (ULS), contribuindo para a compreensão do comportamento organizacional dos enfermeiros. Os resultados obtidos poderão reforçar o interesse da organização e dos gestores (aos diferentes níveis de decisão) para a necessidade de desenvolver estratégias para melhorar as condições de

trabalho que proporcionem uma maior SP dos enfermeiros, tendo como fim último uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

A presente dissertação está estruturada em duas partes, sendo que a primeira corresponde à revisão teórica do tema, apresentando dois capítulos: a gestão em enfermagem e a qualidade dos cuidados; e a satisfação profissional dos enfermeiros e a gestão de recursos humanos. Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico, composto por três capítulos. O primeiro é reservado para a metodologia do estudo, com a descrição da questão de investigação, objetivos, população, tipo de estudo, onde também é apresentado o instrumento de colheita de dados utilizado: Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP), bem como dos procedimentos de recolha e tratamento de dados, e procedimentos éticos. O segundo capítulo é dedicado à apresentação, análise e discussão dos resultados, e, por fim, no terceiro são apresentadas as conclusões finais, que incluem também as implicações e limitações do estudo.

Este trabalho foi elaborado de acordo com o guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a norma APA (6ª edição) e o novo acordo ortográfico.

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parte I visa apresentar o enquadramento teórico que suporta o tema da SP, em particular dos enfermeiros. Será explorada a importância do estudo da SP na qualidade nos cuidados e contextualizada na gestão de recursos humanos e na gestão em enfermagem em geral.

1. GESTÃO EM ENFERMAGEM E A QUALIDADE DOS CUIDADOS

A gestão em enfermagem consiste na coordenação e integração dos recursos de enfermagem, através da aplicação do processo de gestão para promover a organização e garantir a prestação de cuidados de qualidade aos indivíduos, grupos e comunidade (Huber, 2006). A gestão é, portanto, uma área de intervenção da enfermagem essencial para a qualidade dos serviços disponibilizados à população, sendo precisamente uma das competências do enfermeiro gestor a promoção da “conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.5949).

A cultura da qualidade emerge da escola das relações humanas de Mayo (1933), trazendo para primeiro plano o trabalhador, como pessoa, como ser complexo, e elemento fundamental para a eficiência da organização, pois percebeu-se que a melhoria das condições de trabalho individuais tem um impacto positivo no sucesso da organização (Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007). Esta abordagem humanista permitiu que, ao longo de várias décadas, o comportamento humano tenha vindo a ser estudado nas organizações, com particular interesse na compreensão e motivação das pessoas. Para Herbert Simon (1947) a organização representa um conjunto de processos de decisão complexos, em que as decisões individuais contribuem para um todo processo decisório, concluindo que existe uma relação importante entre o comportamento humano e a eficiência da organização (Martins & Lopes, 2012).

O contexto nacional, caracterizado por um período complexo de mudanças políticas, económicas e sociais, conduziram a uma imprevisibilidade do futuro próximo, o que coloca novos desafios ao enfermeiro gestor devido, nomeadamente, à dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde, na implementação das boas práticas e na monitorização da melhoria contínua dos cuidados (Furtado & Pereira, 2010). Deste modo, a atual gestão moderna, ou efetiva, exige do gestor, para além das componentes administrativas (planeamento, organização, direção e controlo),

uma combinação de competências, entre as quais a liderança, a gestão do desempenho, o pensamento e planeamento estratégicos, a comunicação, a gestão de recursos humanos e a melhoria da qualidade, fundamentadas numa base de rigor, eficiência e eficácia (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, 2010; Ferreira, 2015).

Neste sentido, o enfermeiro gestor representa o vetor da qualidade dos cuidados, em que a liderança constitui um componente essencial da gestão em enfermagem, implicando a direção e orientação de outros, bem como a criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo e qualidade dos cuidados (International Council of Nurses, 2010). Sendo a qualidade um conceito multidimensional que varia de acordo com fatores psicológicos, sociais e culturais dos intervenientes no processo de cuidar (clientes e enfermeiros) não é possível concebê-la sem pessoas, sem a participação de todos os colaboradores (Ferreira, 2015). Para alcançar o objetivo da qualidade dos cuidados, é imposta a existência de “pessoas empenhadas, e sensibilizadas para a mudança, com acessibilidade à informação, para que estejam mais motivadas, satisfeitas, e capazes de tomar decisões (*empowerment*). Ainda assim, apesar do referido carácter multidimensional, a avaliação da qualidade deve centrar-se no cliente, mas tendo como foco a prática clínica que lhe dá origem e a investigação científica significativa que a suporta (Ferreira, 2015, p.19).

Donabedian (1990) estende o conceito de qualidade em saúde, definindo os seus componentes que se relacionam com a ciência e a tecnologia dos cuidados e a sua aplicação, também conhecidos como os sete pilares da qualidade: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade, a otimização, legitimidade e equidade, que estão enunciados e descritos na quadro 1.

Quadro 1. Sete pilares da qualidade (Donabedian, 1990)

Pilares da Qualidade	Descrição
Eficácia	Obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis.
Efetividade	Resultado do cuidado obtido na melhoria da saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana.
Eficiência	Inclui o conceito de custo. Considerando duas medidas igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Aceitabilidade	O cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos pacientes.
Legitimidade	Aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade.
Otimização	Cuidado relativo quanto ao custo do ponto de vista do paciente.
Equidade	O que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios.

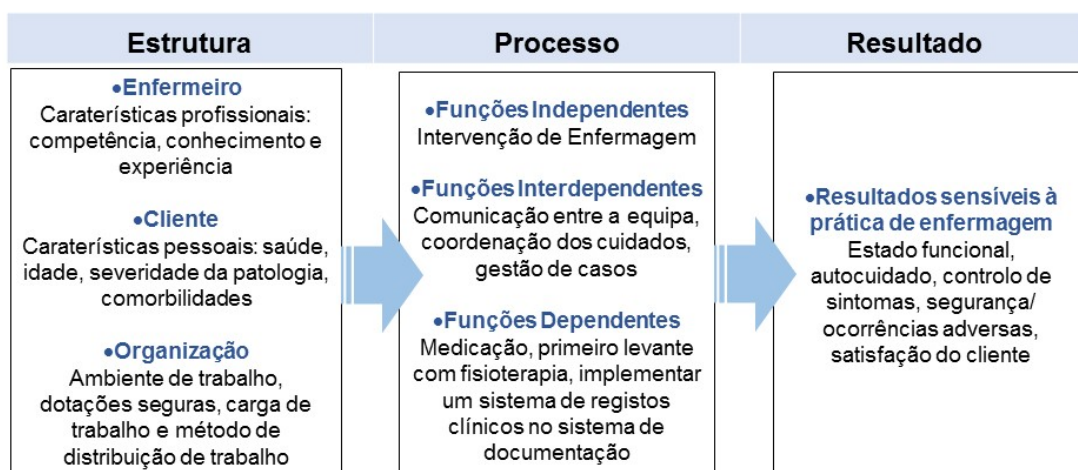
O mesmo autor, Donabedian (1988), apresenta pela primeira vez um modelo para o estudo da qualidade a partir da avaliação de três dimensões: a estrutura, os processos e os resultados. A estrutura relaciona-se com os recursos materiais e humanos disponíveis, bem como os aspetos do ambiente físico, a organização dos serviços e os recursos financeiros. A existência de uma boa estrutura não garante a qualidade em saúde, mas estabelece as condições necessárias para o seu alcance (Donabedian, 1988). Os processos correspondem às intervenções implementadas para a prestação de cuidados, incluindo cuidados diretos e indiretos. Os resultados espelham o efeito dos cuidados no estado de saúde do cliente ou população. Estão aqui englobados não só os resultados clínicos e económicos, mas também os resultados respeitantes ao grau de satisfação dos clientes (Donabedian, 1988). A estrutura, os processos e os resultados não são dimensões autónomas e dissociadas, estão antes intimamente relacionadas, mantendo uma relação de causalidade e efeito. Esta relação não pode ser tomada como garantida, mas como de probabilidade, na medida em que os fatores condicionantes nem sempre podem ser identificados ou controlados. Contudo, os serviços de saúde podem e devem procurar permanentemente a melhoria da estrutura e dos processos para garantir os melhores resultados. Assim, o autor do modelo enfatiza as relações que existem entre o processo de cuidar e as suas consequências na saúde dos indivíduos e das sociedades, que são influenciadas pelos saberes técnicos e pelas tecnologias disponíveis em cada momento (Mezomo, 2001).

Os enfermeiros são dos profissionais com maior responsabilidade pela qualidade dos cuidados, na medida em que 90% destes são prestados precisamente por enfermeiros (Davis, 2012; Fragata, 2006). Tendo em conta o referido percebe-se a importância dos cuidados de enfermagem na qualidade e efetividade dos cuidados. Segundo Pisco (2001) a qualidade em saúde pode ser promovida pela gestão, através da acessibilidade, eficiência e controle dos recursos; pelo cliente, indo ao encontro das suas necessidades e carências (aceitabilidade); e pelo profissional, através da persecução da efetividade e qualidade do desempenho.

Com vista a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a segurança e satisfação dos utentes, e dos próprios profissionais de saúde, as organizações devem ser reestruturadas numa perspetiva de valor e responsabilização, num ambiente de contenção de custos (Doran *et al.*, 2002;

Newbold, 2008). Considerando que os enfermeiros representam o maior grupo profissional na área da saúde, o custo e impacto das suas intervenções deve constituir uma área de reflexão para todos os decisores políticos na construção de políticas de saúde (Newbold, 2008). Com base no modelo de avaliação da qualidade em saúde de Donabedian (1988), Doran, Sidani, Keatings, & Doidge (2002) desenvolvem um modelo adaptado à Enfermagem - o *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) - que permite avaliar o contributo dos enfermeiros nos cuidados de saúde (a efetividade das suas intervenções) apresentando um conjunto de relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados. Deste modo, são definidos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem como um estado, um comportamento ou percepção de um cliente/família, mensurável, que ocorre em resposta a uma intervenção de enfermagem, tal como representado no figura 1.

Figura 1. *Nursing Role Effectiveness Model* (Doran *et al.*, 2002)



As variáveis de estrutura influenciam os processos, onde as funções independentes, interdependentes e dependentes de enfermagem são estudadas como um elo entre os elementos organizacionais e as características do cliente, bem como entre os resultados obtidos e o trabalho de equipa. Os resultados sensíveis à prática de enfermagem são o estado funcional, o autocuidado, o controlo de sintomas, a ausência de ocorrências adversas, e a satisfação com os cuidados (Amaral, 2010).

Deste modo, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados (resultados obtidos) é necessário intervir a nível do enfermeiro, do cliente e da organização (estrutura) e/ou das funções de enfermagem independentes, interdependentes e dependentes (processo) (Doran *et al.*, 2002; Doran, 2011). O modelo NREM relaciona-se

diretamente com a qualidade dos cuidados e a gestão de recursos humanos, na medida em que a gestão efetiva do capital humano pode ser essencial para o desempenho organizacional e para obter os resultados pretendidos, como seja a qualidade dos cuidados (Teixeira, 2003). Em contraste com uma hierarquia autoritária, que privilegia os canais de comunicação verticais, a gestão vocacionada para a qualidade salienta a importância na remoção de barreiras para que os colaboradores se sintam motivados para melhorar o seu empenho. Neste sentido, o colaborador surge como um elemento primordial para o crescimento das instituições, emergindo a necessidade de proporcionar ao mesmo um ambiente que estimule a SP e, conseqüentemente, um desempenho mais eficiente (Brum, 2013; Teixeira, 2003). Assim, o enfermeiro gestor desempenha um papel importante para promover a efetividade e a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois através da sua capacidade de liderança pode, nomeadamente, motivar os colaboradores e estimular a sua SP para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) considera as dimensões da estrutura, dos processos e dos resultados na elaboração de indicadores da qualidade do exercício de enfermagem, sendo que a SP é refletida no quadro de referência existente para a sua construção. No que se refere à estrutura, entre outros elementos, a OE recomenda que os profissionais devem existir em número suficiente e possuir competências concetuais, relacionais, emocionais e técnicas, ter experiência, informação e motivação, sendo esta última um antecedente da SP (Herzberg, 1996; Mullins, 2004; Somense, Christiane, & Duran, 2014). Relativamente aos resultados, é recomendada a construção de indicadores em vários domínios, entre os quais a SP dos enfermeiros face à qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2004). A SP constitui ainda um dos critérios do enunciado descritivo Organização dos Cuidados de Enfermagem da OE (Conselho de Enfermagem, 2001).

As instituições de saúde são organizações muito complexas, em que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados é uma exigência crescente, para que se possam alcançar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação, não só dos seus utilizadores, mas também dos profissionais de saúde (Barbosa, 2011). A qualidade dos serviços desenvolvidos depende muito das competências técnicas e da habilidade de interação e comunicação dos seus colaboradores, o que torna a

SP uma dimensão crucial para melhorar o funcionamento das organizações. Esta dimensão tem o potencial de influenciar outros comportamentos organizacionais, contribuir para os níveis de bem-estar dos enfermeiros, e de melhorar a prestação de cuidados; níveis elevados de SP elevados podem induzir níveis elevados de índices de qualidade de cuidados. Neste sentido, a avaliação periódica desta dimensão torna-se essencial para a monitorização da qualidade organizacional nas instituições de saúde, sendo uma das variáveis do comportamento organizacional mais estudadas no âmbito da gestão de recursos humanos (Brum, 2013; Cunha *et al.*, 2007).

2. A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS E A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos são o ponto central das estratégias desenvolvidas nas organizações de saúde, sendo essencial que as pessoas estejam motivadas e satisfeitas por forma a que se alcancem os objetivos definidos. O gestor desempenha um papel determinante na gestão dos recursos humanos, sendo a sua principal missão “dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação” (Hesbeen, 2001, p.87). A SP constitui um potente indicador para a gestão de recursos humanos, contribuindo para o bom funcionamento da organização, sendo essencial que o enfermeiro gestor seja detentor deste conhecimento com vista a manter e/ou promover a satisfação dos enfermeiros (Buitrago & Martinez, 2011).

Apesar de ser consensual entre os vários autores que a SP resulta de uma resposta face ao seu trabalho, alguns autores definiram-a como uma emoção ou conjunto de sentimentos:

- *“um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das expectativas proporcionadas pelo trabalho” (Locke, 1976, p.10);*
- *“um estado emocional expresso através da avaliação afetiva e/ou cognitiva de uma experiência de trabalho, com algum grau de favorabilidade ou desfavorabilidade” (Brief, 1998, p.86);*
- *“um conjunto de sentimentos e crenças das pessoas sobre o seu atual trabalho. Os graus ou níveis de satisfação das pessoas sobre o seu trabalho podem ir da satisfação extrema à insatisfação extrema. Além de terem atitudes sobre o seu trabalho como um todo, as pessoas podem também ter atitudes sobre os vários aspetos do seu trabalho - como o tipo de trabalho que fazem os seus colegas, supervisores ou subordinados ou o pagamento” (George & Jones, 1999, p.74).*

Posteriormente, outros autores classificaram-na como atitude:

- *“é uma variável de atitude que reflete como uma pessoa se sente com relação ao trabalho de forma geral e em seus vários aspectos” (Spector, 2003, p.221);*
- *“A atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho, envolvendo as relações de trabalho (incluindo as relações de poder), a organização do trabalho, o ambiente, as políticas e programas de gestão, as tecnologias da organização, o ambiente económico-financeiro, as metas e objetivos da organização e os interesses, história e desejos dos trabalhadores, entendidos singular e coletivamente.” (Robbins, 2009 p.98).*

A definição de SP apresenta-se como um conceito multidimensional, sendo que Locke nomeia nove dimensões, a saber: a satisfação com o trabalho, a satisfação com o salário, a satisfação com as promoções, a satisfação com o reconhecimento, a satisfação com os benefícios, a satisfação com a chefia, a satisfação com os

colegas de trabalho, a satisfação com as condições do trabalho e a satisfação com a organização e com a direção (Locke, 1976, citado por Ferreira, Neves, & Caetano, 2011). A SP também pode ser considerada de uma perspectiva unidimensional, permitindo obter uma avaliação global do trabalhador face ao trabalho, resultando do somatório dos múltiplos aspetos que o caracterizam (Spector, 2012).

No entanto, a SP é igualmente influenciada por forças externas ao ambiente de trabalho, não dependendo apenas da natureza do trabalho, mas também das expectativas dos trabalhadores (Lu, While, & Louise Barriball, 2005).

Com vista a definir estratégias que possam promover e/ou manter a SP, importa compreender, por um lado, o que a promove (antecedentes) e, por outro, qual o seu impacto nas variáveis organizacionais (consequentes).

A SP pode ser influenciada por uma variedade de fatores, dependendo, com referido anteriormente, tanto da natureza do trabalho, como das expectativas individuais dos trabalhadores sobre as condições de trabalho (Lu *et al.*, 2005). Pessoas com o mesmo tipo de emprego e condições de trabalho similares podem apresentar diferentes níveis de SP, pelo há que considerar também a influência de fatores de ordem pessoal.

Spector (2012) classifica os antecedentes da SP quanto à sua origem: de causa pessoal, quando derivados de fatores associados ao indivíduo; de causa organizacional, quando derivados de fatores do ambiente de trabalho, tal como representado no quadro 2.

Quadro 2. Antecedentes da satisfação profissional: causas pessoais e organizacionais (Spector, 2012)

Causas Pessoais	Causas Organizacionais	
<ul style="list-style-type: none"> • Fatores demográficos (idade, género, habilitações literárias e profissionais, tempo de serviço, estado civil) • Diferenças individuais (afeto positivo, locus de controlo) • Personalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Salário • Trabalho em si mesmo • Estilo de chefia • Colegas • Condições de trabalho • Autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> • Horários • Formação profissional • Segurança no emprego

Tanto o ambiente de trabalho como a personalidade são importantes para a SP, pelo que os investigadores da área comportamental têm vindo a desenvolver vários estudos que relacionam esta dimensão às diversas variáveis ambientais e características pessoais (Spector, 2012).

A compreensão de como a SP pode ter influência nas diversas dimensões do comportamento organizacional, com conseqüente impacto no funcionamento e bem-estar das organizações, é um dado importante para a gestão das mesmas. A SP pode ter um efeito, positivo ou negativo, nomeadamente, no desempenho/produktividade, no empenhamento organizacional, nos comportamentos de cidadania organizacional, na satisfação com a vida, na satisfação dos clientes, no *burnout*, na rotatividade, e no absentismo (Miranda, 2014).

Não está comprovada uma relação consistente entre a SP e o desempenho/produktividade, pois trabalhadores satisfeitos não são forçosamente mais produtivos. Contudo, é aceitável considerar que trabalhadores mais produtivos se sintam mais satisfeitos, uma vez que podem ser melhor recompensados (Iffaldano e Muchinsky, 1985, citado por Miranda, 2014), sendo consensual entre a maioria dos autores que trabalhadores satisfeitos são mais produtivos e apresentam melhor desempenho (Sousa-Poza & Sousa-Poza, 2000, citado por Oliveira, 2012).

Um dos principais motivos que conduziu ao interesse do estudo da SP, prende-se com os seus efeitos na satisfação dos clientes, sendo também aliciente a relação direta da satisfação profissional com a qualidade do serviço (Cunha *et al.*, 2007). Soares (2007) também afirma que se o trabalhador estiver mais satisfeito, terá mais capacidade para dar resposta às solicitações do trabalho, tendo influência na qualidade dos resultados. Para Lu, Barriball, Zhang, & While (2012), embora não afirmando a existência de uma relação causal direta, a SP está associada a melhores resultados no trabalho, na organização e a uma melhoria da qualidade. Contudo, estudos mais recentes têm vindo a aprofundar o conhecimento do fenómeno, sendo que atualmente se estabelece a existência de uma relação da SP com a qualidade dos cuidados (Koy, Yunibhand, Angsuroch, & Fisher, 2015; Laschinger *et al.*, 2015). De resto, desde 2001 que a Comissão Europeia reconhece a existência de relação, propondo que a SP seja considerada como uma variável da qualidade do trabalho (Cabrita & Perista, 2006).

Segundo Meyer & Allen (1997) os trabalhadores tendem a apresentar maior empenhamento organizacional para com a organização, quanto mais satisfeitos estiverem com o seu trabalho. Rose, Kumar, & Pak (2009) identificam uma relação positiva entre a SP e os três componentes do empenhamento organizacional (afetivo,

de continuidade e normativo), e estabelecem uma relação também com a qualidade do serviço prestado e o desempenho dos trabalhadores. O empenhamento atua como dimensão mediadora entre a SP para a melhoria da qualidade do serviço, e, conseqüentemente, a satisfação do cliente (Rose *et al.*, 2009).

Os comportamentos de cidadania organizacional caracterizam-se por discricionários, que não são, direta ou explicitamente, reconhecidos pela organização, pelo que não são também formalmente exigidos, embora melhorem a eficácia da organização (Cunha *et al.*, 2007). Trabalhadores satisfeitos têm maior probabilidade de desenvolver comportamentos de cidadania, sendo mais prestáveis quer esses comportamentos se incluam, ou não, nas suas obrigações profissionais (Cunha *et al.*, 2007).

No que diz respeito à variável “satisfação com a vida”, apesar da maioria dos estudos sobre a SP considerarem os fatores do ambiente de trabalho, inevitavelmente, o trabalhador é também influenciado pelas situações ocorridas fora do local de trabalho e vice-versa. Esta afirmação é também fundamentada pelo fato de, atualmente, o trabalho ocupar uma proporção substancial da vida das pessoas, pelo que diversos estudos apontam para a existência de uma relação causal recíproca entre a SP e a satisfação com a vida (Rain, Lane & Steiner, 1991 e Judge & Watanable, 1993, citado por Miranda, 2014; Spector, 2012).

Na ausência de SP pode ocorrer um efeito negativo em outras dimensões organizacionais, tais como no absentismo e na rotatividade, e ainda contribuir para o *burnout*. No que se refere ao absentismo, importa esclarecer que se consideram dois tipos: o involuntário, que ocorre por motivos alheios à pessoa (por exemplo, doença, acidente ou gravidez); e o voluntário, que ocorre aparentemente sem causa de força maior. A análise de relação de consequência da SP com o absentismo aqui esplanada, prende-se com o do tipo voluntário (Scott & Tatlor, 1985, citado por Miranda, 2014). A existência de um comportamento de absentismo voluntário acentuado, para além de poder indicar a existência de insatisfação profissional, pode também conduzir ao abandono da organização ou rotatividade. A insatisfação é a primeira causa da rotatividade e abandono da organização (Steers & Rhodes, 1978, citado por Miranda, 2014).

O *burnout* surge num estado extremo de fadiga psicológica e emocional, sendo um resultado da situação de trabalho, que torna os trabalhares menos produtivos

(Maslach e Jackson, 1981), existindo uma relação significativa da SP com esta dimensão (Cunha *et al.*, 2007).

Os comportamentos dos trabalhadores face à insatisfação profissional podem classificar-se em quatro categorias: “saída” - a pessoa abandona a organização; “voz”- a pessoa permanece, mas expressa o seu descontentamento sugerindo mudanças; “lealdade” - permanece na organização com um comportamento passivo; “negligência” - a permanência na organização acontece acompanhada de negligência face ao trabalho (Cunha *et al.*, 2007).

Neste sentido, a compreensão dos comportamentos dos trabalhadores e da relação entre a SP e as dimensões que a antecedem e precedem, constitui uma mais-valia para a gestão de recursos humanos, com vista a melhorar os resultados da organização. Segundo Laschinger, Wong, & Grau (2012) a implementação de estruturas de empoderamento no trabalho (o acesso à informação, recursos, suporte, e oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, capacitam e habilitam os enfermeiros a realizar o seu trabalho) e uma liderança autêntica, representam estratégias promotoras da SP dos enfermeiros. Para Avolio & Gardner (2005) a liderança autêntica relaciona-se com o senso mais profundo do próprio eu do líder, em que a sua liderança se foca na transparência, na ética, na moral, na autoconsciência e na colaboração, promovendo um clima organizacional positivo, contribuindo para o desenvolvimento profissional e autonomia, e a SP dos colaboradores (Laschinger *et al.*, 2012).

Vários estudos se têm debruçado sobre a SP dos enfermeiros estabelecendo relações com outras dimensões do comportamento organizacional, tais como com a melhoria dos resultados e da qualidade dos cuidados (Bai, 2015), com a segurança e satisfação do próprio paciente, e com a diminuição da rotatividade e redução dos custos (Moneke & Umeh, 2013).

Segundo Gouzou *et al.* (2015), num estudo realizado, na Grécia, a enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos coronários, níveis baixos a moderados de SP estão relacionados com a carga de trabalho e são influenciados pelo trabalho por turnos. O autor sugere que para se obter níveis mais elevados de SP seria necessária a criação de melhores condições de trabalho, diminuição de trabalho por turnos e melhoria da remuneração.

Al-hussami (2008) estudou a relação da SP com o empenhamento organizacional, o suporte organizacional percebido, a liderança transacional, a liderança transformacional e nível de educação, verificando a existência de uma forte relação positiva entre a SP e estas dimensões.

Lin *et al.* (2012) num estudo acerca da relação da cultura organizacional com a SP e intenção de sair num serviço de urgência, concluem que a cultura de adhocracia é mais favorável, e que culturas do tipo de mercado e/ou de hierarquia, orientadas para o controlo, não são benéficas para os enfermeiros deste tipo de serviços.

Hayes, Bonner, & Pryor (2010), numa revisão da literatura acerca dos fatores que contribuem para a SP dos enfermeiros, afirmam que esta é multifacetada, complexa e altamente subjetiva.

Um estudo realizado em 9 países, a 98 110 enfermeiros, mostrou que a satisfação era menor no Japão, seguida da China, Reino Unido, Coreia do Sul, Nova Zelândia/Canadá, EUA e Alemanha (Aiken *et al.*, 2011). Apesar do nível de satisfação dos enfermeiros poder diferir nas dimensões que a influenciam, há um consenso no que se refere às relações profissionais e condições de trabalho (Lu *et al.*, 2012).

Melhores ratios enfermeiro/doente, mais formação dos enfermeiros e um maior envolvimento na tomada de decisão e políticas hospitalares, estão também associados a melhores níveis de produtividade e de satisfação, favorecendo os resultados dos cuidados de enfermagem e da organização (Aiken, 2002; International Council of Nurses, 2007). A SP dos enfermeiros pode variar da satisfação extrema à insatisfação extrema, sendo que o seu conhecimento permite ao enfermeiro gestor desenvolver estratégias que a possam manter e/ou promover e, conseqüentemente, gerir outras dimensões com impacto direto no desempenho da organização (George & Jones, 1999, citado por Cunha *et al.*, 2007), tais como a eficácia no trabalho, a produtividade, o absentismo, o abandono do trabalho, a rotatividade, a segurança do doente e qualidade dos cuidados (Gouzou *et al.*, 2015).

Apesar dos vários estudos já desenvolvidos em torno da SP nas organizações de saúde esta continua a ser um tema de interesse no contexto atual de mudanças na administração pública, nomeadamente devido às políticas de contenção financeira, pois são fatores que podem alterar esta dimensão. Numa revisão *scoping* da

literatura, realizada no período maio a julho de 2016, considerando a questão de pesquisa de partida: qual a satisfação profissional dos enfermeiros de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados?” emergiu da análise do conteúdo dos vários artigos utilizados que, independentemente, do contexto de prestação de cuidados, o ambiente de trabalho tem uma influência preponderante na SP. Esta, por sua vez, tem influência em outras dimensões importantes na gestão de recursos humanos em enfermagem, tais como: o compromisso organizacional, o desempenho profissional, a intenção de sair, a rotatividade, o stress, o *burnout*, o conflito trabalho-família e a qualidade dos cuidados. Os fatores do ambiente de trabalho percebidos pelos enfermeiros com maior relação com a SP, são o suporte estrutural e as práticas de gestão. Os gestores têm um papel muito importante no estabelecimento de estratégias que possam melhorar o ambiente de trabalho, e induzir a SP. Formas de liderança que suportem a construção de confiança, baseadas na comunicação com os profissionais e respeito pelas suas opiniões por parte dos gestores, promovem a SP. O estabelecimento de um ambiente saudável, permite reduzir o conflito família-trabalho, e em consequência aumentar a SP. Tal pode ser alcançado, por exemplo, através da oferta de diversos padrões de trabalho, do aumento de recursos humanos e aumento da atenção individual por parte dos gestores. Assim, estes devem privilegiar o conhecimento da SP dos seus enfermeiros, considerando as especificidades de cada contexto de prestação de cuidados, contribuindo para a retenção de enfermeiros e a melhoria dos cuidados (em preparação para publicação).

As ULS constituem um modelo de organização que procura “melhorar a capacidade de resposta do sistema da saúde e otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região”(Ministério da Saúde, 2012, p.6288). Esta representa uma integração vertical de cuidados de saúde, na medida em que é a única entidade gestora que detém o controlo de duas (ou mais) organizações, sendo que pelo menos uma delas utiliza como *input* (o que se recebe) o *output* (o que se dá) da outra (Samuelson, 1988 citado por Santana & Costa, 2008). Assim, as ULS gerem os centros de saúde, o hospital e os cuidados continuados, prestando cuidados em diferentes níveis com o intuito de melhorar o estado de saúde geral de uma população num determinado contexto regional geo-demográfico, ou seja, é responsável por todos os elementos

do *continuum* de cuidados, tal como representado na figura 2 (Mick *et al.*, 1993; Lifton, 1996, citado por Santana & Costa, 2008). Para a Organização Mundial de Saúde, este tipo de gestão que aglomera a prestação de cuidados na prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde, relaciona-se com o acesso, a qualidade, a satisfação do utente e da eficiência (Grone & Garcia-Barbero, 2001). A maior responsabilidade coletiva de uma forma multidisciplinar

“permite uma permanente formação onde a troca e partilha de conhecimento interpares eleva o know-how individual e necessariamente a sua capacidade de resolução dos problemas de saúde dos utentes. Assim, conseguem-se organizações mais dotadas, mais preparadas e mais evoluídas, parâmetros que permitem incrementar a qualidade assistencial aos consumidores” (Santana & Costa, 2008, p.46).

Figura 2. Integração vertical de cuidados (adaptado de Conrad e Shortell, 1996 citado por Santana & Costa, 2008)



Nas ULS a direção de enfermagem, composta pelo enfermeiro diretor assessorado por até três enfermeiros chefes/responsáveis, tem a competência de definir os padrões de cuidados de enfermagem, os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, bem como de gerir os recursos humanos e contribuir para a definição das políticas organizacionais (Ministério da Saúde, 2012). Neste sentido, pelo impacto das intervenções de enfermagem nos cuidados prestados, os enfermeiros gestores (a todos os níveis de decisão) são também responsáveis por promover a avaliação da SP dos enfermeiros, sendo este um elemento importante para as organizações na tomada de decisão sustentada para a prevenção/resolução de problemas. Este conhecimento constitui um elemento importante na gestão de recursos humanos, tendo inúmeros benefícios, nomeadamente, no que se refere à monitorização, compreensão e gestão das atitudes dos mesmos, e sendo ainda um dos critérios para a avaliação do Serviço Nacional de Saúde na qualidade de cuidados (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, 1990; Sá, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os resultados nesta área são ainda “um importante indicador da efetividade e da qualidade dos cuidados, devendo ser tidos em conta na gestão hospitalar para garantir a *accountability*” (Donabidean, 1992 citado por Amaral & Ferreira, 2013, p.67). Entende-se por gestor de pessoas alguém genuinamente preocupado com os resultados e com as pessoas, compreendendo que estas não são um mero

instrumento para alcançar objetivos. A função de gestão de RH tem a responsabilidade e o privilégio de se preocupar com o bem-estar humano, devendo o gestor de pessoas ter em mente que a razão de ser “última das organizações é a de produzir um impacto positivo nas pessoas – quer nas que trabalham na organização, quer nas que consomem os produtos e serviços” (Rego, Cunha, Gomes *et al.*, 2015, p.37). O enfermeiro gestor deve pautar pela tomada de decisão baseada na evidência, compreendendo que existem relações positivas entre: satisfação e desempenho; desempenho social da empresa e desempenho financeiro; características organizacionais autenticizóticas (a organização é autêntica, existindo relações de confiança) e desempenho financeiro (Rego *et al.*, 2015).

O enfermeiro gestor é responsável pela implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, pelo que a SP dos enfermeiros se apresenta como uma estratégia para alcançar esse objetivo. Enfermeiros satisfeitos têm maior capacidade de responder às solicitações do meio envolvente, prestando, conseqüentemente, cuidados de saúde de maior qualidade, com impacto nos resultados em saúde. Deste modo, a satisfação no trabalho constitui também por si um indicador de gestão em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Batista *et al.*, 2005; Wilkin, Hallam, & Doggett, 1992).

PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO

A parte II da presente dissertação destina-se ao estudo empírico, onde será apresentada a metodologia, a apresentação, análise e discussão dos resultados, bem como as conclusões apuradas.

1. METODOLOGIA

Na fase metodológica são determinados os métodos a utilizar durante o processo de investigação, com vista a dar resposta às questões colocadas (Fortin, 1999). De seguida serão definidos os métodos utilizados no presente estudo, designadamente, a questão de investigação, objetivos, população, tipo de estudo, procedimentos de colheita e tratamento de dados, bem como as considerações éticas tidas em conta.

1.1. Questão de investigação

Considerando as últimas políticas nacionais de contenção financeira, e a necessária influência nas condições e ambiente de trabalho, bem como nas políticas organizacionais, assumiu-se que poderá ter ocorrido impacto na SP dos enfermeiros.

A sensibilidade pessoal para o tema da SP dos enfermeiros e a noção de que esta pode influenciar de forma determinante várias dimensões do comportamento organizacional, como seja, o empenho pessoal, a vinculação organizacional e, direta ou indiretamente, a qualidade global dos cuidados prestados, constituíram a motivação para a realização do presente estudo. Através do fornecimento dos resultados obtidos aos gestores e decisores da ULS, espero poder contribuir para uma maior SP dos enfermeiros, a prestação de cuidados de excelência e obtenção de ganhos em saúde, na medida em que poderão ser implementadas estratégias organizacionais e estruturas de suporte locais que permitirão melhorar a gestão dos recursos.

Assim, face ao exposto, a questão de investigação estabelecida inicialmente, e que orientou todo o processo de investigação foi: Qual a satisfação profissional dos enfermeiros numa Unidade Local de Saúde?

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a satisfação profissional dos enfermeiros de uma Unidade Local de Saúde. Em termos de objetivos específicos, pretende-se:

- a) conhecer o grau de satisfação profissional total dos enfermeiros e nas diversas dimensões inquiridas;
- b) identificar a relação entre variáveis sociodemográficas e organizacionais e a satisfação profissional;
- c) comparar o grau de satisfação profissional nos diversos contextos de prestação de cuidados da Unidade Local de Saúde.

1.2. Tipo de estudo

Segundo (Fortin,1999) o método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e tem como principais características: a objetividade, a predição, o controlo e a generalização.

Optou-se pelo método quantitativo para colheita e tratamento de dados, recorrendo à utilização de técnicas estatísticas, por constituir um método objetivo, fiável, generalizável, e orientado para o resultado e comprovação (Hill & Hill, 2008). Contudo, o questionário IASP apresenta também uma questão aberta que implica o tratamento qualitativo dos resultados através da análise de conteúdo, que contribuirá para a compreensão de comportamentos, emoções e formas de estar (Amado, 2010). Deste modo, o presente estudo assume-se como descritivo, misto, com desenho observacional e transversal.

1.3. População e amostra

A ULS apresenta-se como um modelo organizacional de integração vertical dos cuidados, que tem vindo a ser implementado nos últimos anos em algumas regiões do País, tendo como objetivo melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde. Através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma determinada região, pretende-se promover a interligação entre os diferentes níveis de cuidados (Ministério da Saúde, 2014; Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

Uma ULS do Alentejo assegura a prestação de cuidados de saúde, agregando os seguintes tipos de organização: cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Existem ainda outras unidades que integram enfermeiros, relacionando-se com a prestação de cuidados indiretos, tais como as comissões e centro de formação, sendo incluídas na área de cuidados hospitalares.

A população é composta por 344 enfermeiros, sendo que a amostra inicial correspondia à totalidade desta população. Contudo, considerados os recursos humanos efetivos à data de distribuição dos questionários (9 a 12 de janeiro de 2017) foram entregues 311 questionários, correspondendo ao número de enfermeiros que se encontravam ao serviço e, portanto, à amostra final. Tal deveu-se a um conjunto de ausências, quer por doença, licença parental ou férias. A aplicação do questionário decorreu durante três semanas após a sua data de início.

1.4. Método e instrumento de colheita de dados

A variedade de fatores associados à SP, tornam difícil a sua avaliação, pelo que é muito importante ter em conta o objetivo pretendido aquando da escolha do método de colheita de dados. Optou-se pelo método de inquérito através da aplicação de um questionário, pois permite a recolha de dados de amostras de maior dimensão, a comparação precisa entre respostas e a possibilidade de generalização dos resultados à totalidade da população (Hill & Hill, 2008).

O questionário escolhido foi o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP) desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), por ser adaptado às especificidades dos profissionais de saúde, e por conter dimensões da qualidade orientadas para as questões do local de trabalho, da prestação de cuidados e da melhoria contínua. Este instrumento, com origem no *Hospital Employee Judgment System* desenvolvido por Nelson *et al.* (1992) para avaliar a qualidade dos serviços, traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Paulo (2003), tem sido utilizado em Portugal por diversos autores (Azevedo, 2012; Fonseca, 2014; Matos, 2012; Ferreira, 2011; Batista, Santos, & Duarte, 2010; Ferreira & Antunes, 2009; Tavares, 2008) nos últimos 10 anos.

O modelo concetual do IASP explica a influência existente entre as diferentes dimensões, concorrendo para satisfação profissional dos profissionais, estando representado na figura 3.

A versão utilizada, após as necessárias adaptações ao contexto, denomina-se IASP-ULSv3 e é apresentada em anexo (anexo 1). Este é constituído por 28 questões divididas em 7 grupos. O primeiro grupo foca-se nas questões relativas aos fatores organizacionais: identificação da unidade; quantificação das horas de

trabalho; tempo de serviço na unidade; tempo de serviço na saúde (profissão); e existência de acumulação de funções.

Figura 3. Modelo conceitual do IASP (Ferreira & Antunes, 2009)



O segundo, terceiro e quarto grupo do instrumento são compostos pelas escalas “Qualidade do Local de Trabalho” (QLT); “Qualidade na Prestação de Cuidados” (QC) e “Melhoria Contínua da Qualidade” (MCQ), solicitando-se a escolha de uma opção que melhor exprima a opinião, numa escala de Likert de 5 pontos, em que: 1 significa “Mau”; 2 “Regular”; 3 “Bom”; 4 “Muito Bom”; 5 “Excelente”, estando prevista também a opção “não se aplica”. A cada item da escala de *Likert* (1 a 5 pontos) corresponde uma escala percentual de 0 a 100 %, de acordo com o seguinte critério: Mau - 0%; Regular - 50%; Bom - 70%; Muito Bom - 90%; Excelente - 100%.

Considerando o modelo conceptual do IASP, e em particular a dimensão avaliada no questionário denominada “QLT”, esta divide-se em três subdimensões (Política de Recursos Humanos, Moral e Recursos Tecnológicos e Financeiros) e seis facetas (Órgãos de Gestão, Recursos Humanos, Estado Espírito, Coordenador, Vencimento e Local Trabalho Equipamento), conforme descrito no quadro 3.

Cada faceta da escala “QLT” é composta por vários itens, bem como as escalas QPC e MCQ, cuja descrição foi apresentada nos questionários distribuídos, e encontra-se em anexo transcrita (apêndice 1).

O grupo cinco inclui as questões 15 a 19 que visam avaliar a satisfação global, sendo que a escala do tipo Likert, de 1 a 4, apresenta uma inversão na pontuação atribuída em que 1 representa a situação mais satisfatória, e 4 a menos satisfatória.

Quadro 3. Perguntas do IASP segundo as escalas, subescalas e facetas (Ferreira, 2011)

	Escalas	Subescalas	Facetas	Questões
IASP	QLT	Política de Recursos Humanos	Órgãos de Gestão	12a-12d
			Recursos Humanos	8a-8c; 9a-9b
		Moral	Estado de Espírito	10a-10b
			Coordenador	6a-6k
		Recursos Tecnológicos e Financeiros	Vencimento	11a-11c
			Local Trabalho Equipamento	7a-7d
	QPC			13a-13g
MCQ			14a-14h	

A questão 20 constitui o grupo seis do instrumento, consistindo numa resposta aberta que tem como objetivo dar “voz” aos profissionais tendo a possibilidade de efetuar sugestões ou recomendações, tendo um caráter facultativo.

Por fim, o grupo sete agrega as questões 21 a 29 que são de enquadramento sociodemográfico (gênero; idade; situação familiar; agregado familiar; número de filhos; rendimento familiar; formação académica; categoria profissional; e emigração) para tratamento estatístico, tendo essa finalidade sido expressa na folha de rosto que acompanhou cada questionário, e cuja respostas eram facultativas.

A fiabilidade é um dos critérios psicométricos clássicos de qualidade de um questionário que avalia se o instrumento produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado. O *Alfa de Cronbach* é uma das medidas mais utilizadas para avaliar a consistência interna, podendo variar entre 0 e 1, sendo a fiabilidade considerada boa quando os valores de *Alfa de Cronbach* se situam entre 0,80 e 0,90. Para valores superiores a 0,90 é considerada excelente e, inaceitável, se o alfa for inferior a 0,6 (Pestana & Gageiro, 2014; Hill & Hill, 2008). No que se refere ao IASP, estudos anteriores verificaram que a fiabilidade do instrumento é excelente, dado que na análise do *Alpha de Cronbach* os resultados obtidos situam-se acima de 0,706 e na maioria das situações, acima de 0,9. Foi calculada a consistência interna neste estudo, tendo-se obtido valores de *Alpha de Cronbach* superiores 0,889 e a 0,9 em todas as escalas, subescalas e facetas. Assim, a consistência interna clássica-se como “boa” e “muito boa” (apêndice 2).

1.5. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

O período de distribuição dos questionários decorreu de 9 a 12 de janeiro, sendo que os enfermeiros chefes/responsáveis e coordenadores de todas as unidades da ULS foram contactados previamente via email, solicitando a sua colaboração para a distribuição dos questionários. Os questionários foram entregues pelo investigador ao respetivo enfermeiro chefe/responsável ou coordenador de cada unidade que se responsabilizou por fazer chegar ao resto dos elementos da equipa. Quando possível, os questionários foram também entregues diretamente aos participantes.

Após o seu preenchimento os questionários foram colocados pelos próprios participantes em uma das urnas existentes nas diversas unidades (para os serviços: Urgência Médico-Cirúrgica/Viatura Médica de Emergência e Reanimação, Serviço de Urgência Básica/Suporte Imediato de Vida, Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e Unidade de Saúde Pública (USP)) ou numa única urna localizada num espaço comum da instituição (restantes serviços). A recolha das urnas decorreu de 2 a 6 de fevereiro de 2017.

A organização, sistematização e tratamento estatístico dos dados foi realizada com recurso ao programa SPSS 24.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), permitindo a sua análise de forma descritiva, a verificação da existência de relações entre as variáveis, e a comparação entre grupos, de modo a determinar se as diferenças entre eles são estatisticamente significativas (Hill & Hill, 2008).

Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas e de comparação para analisar a SP dos enfermeiros na ULS. Como estatística descritiva foi utilizada a média (medidas de tendência central), desvio padrão (medida de dispersão), e frequências absolutas e relativas. Para determinar a diferença de médias nas dimensões da satisfação profissional segundo fatores (sociodemográficos e organizacionais) foram utilizados os testes paramétricos *t-Student* e *One-Way ANOVA*, pois, de acordo com Maroco (2007), para amostras grandes ($n=218$) estes são bastantes robustos mesmo quando a distribuição da variável sob o estudo não é do tipo normal. O teste *Post Hoc* de *Sheffe* foi utilizado para determinar em que grupos ocorrem as diferenças estatisticamente significativas. Foi considerado o nível de significância $p=0,05$, com um intervalo de confiança de 95%. Ou seja, para $< 0,05$ admite-se a

existência de diferença ou associação entre grupos. Se $> 0,05$ não se admite a existência de diferença ou associação entre grupos.

Os dados qualitativos foram tratados através da análise de conteúdo, sendo cada segmento de resposta codificado segundo as características de cada escala, subescala ou faceta do IASP (QLT, QPC, e MCQ), e criados descritores que permitiram agrupar as respostas obtidas.

1.6. Procedimentos éticos

Segundo Madge (2007) a realização de estudos deve obedecer a um conjunto de questões éticas a saber: consentimento informado, confidencialidade, privacidade dos dados e instruções. Estes elementos foram tidos em consideração durante a elaboração do questionário, nos procedimentos para a sua aplicação e tratamento de dados, no que se refere à organização e aos participantes no estudo.

Primeiramente foi solicitada a autorização de utilização ao autor do instrumento de colheita de dados selecionado, Dr. Pedro Lopes Ferreira, que a concedeu a 14 de setembro de 2016 (anexo 2). De seguida, foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração para a aplicação dos questionários na ULS, dirigindo-a à respectiva Enfermeira Diretora (apêndice 3). Esta mereceu a sua apreciação e, após parecer positivo da Comissão de Ética, posterior autorização a 29 de setembro de 2016 (anexo 3).

A participação no estudo foi voluntária, estando todos os questionários acompanhados de uma carta de apresentação do investigador onde foram explicados os objetivos do estudo. Com vista a preservar a confidencialidade das respostas, os questionários foram distribuídos ainda com um subscrito que permitia a sua selagem. Os próprios enfermeiros colocaram o referido subscrito numa urna, também selada. Durante o processo de recolha e abertura da urna, e introdução dos dados na base de dados, apenas o investigador teve contato com os questionários.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos da análise da amostra considerada, tendo por base os dados recolhidos dos instrumentos IASP aplicados. Posteriormente será realizada a análise e discussão dos referidos resultados, de acordo com o contexto e literatura mais recente sobre a temática.

2.1. Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados será agrupada nos seguintes subcapítulos: caracterização da população, incluindo a taxa de respostas obtidas, fatores sociodemográficos e organizacionais; a satisfação profissional, que contemplará os resultados das dimensões da QLT, QPC e MCQ; a satisfação global, incluindo o atual grau de satisfação global percebido pelos enfermeiros; a análise qualitativa, que espelhará as sugestões e recomendações dos participantes no estudo; e os determinantes da satisfação profissional, contendo a comparação de médias de satisfação profissional por fatores sociodemográficos e organizacionais, bem como segundo os itens da satisfação global.

2.1.1. Caracterização da amostra

A população em estudo é constituída por 311 enfermeiros. Responderam aos questionários 218 profissionais, distribuídos por três áreas de cuidados: Cuidados de Saúde Primários (CSP) (5 UCC, 5 UCSP, e 2 USP); Cuidados Hospitalares (CH) (6 unidades com internamento, 4 unidades de ambulatório, 5 unidades de cuidados críticos, e 3 unidades de cuidados indiretos); e Cuidados Continuados (CC) (1 Equipa de Gestão de Altas (EGA), e 1 Unidade Convalescença (UC). A taxa total de resposta foi de 70,1% (tabela 1).

Verificou-se maior taxa de resposta na área de CSP, com 94%, seguida dos CH, com 61%, e por fim, a menor taxa de adesão foi apurada no contexto de CC, com apenas 42% (tabela 1).

A nível dos CSP, a taxa média de respostas dos enfermeiros nas UCC foi de 96%, e nas UCSP/USP foi de 93%. Nos CH, a taxa média de respostas dos enfermeiros nas unidades de internamento foi de 60,5%, de ambulatório de 65%, de cuidados críticos de 60%, e de cuidados indiretos de 80%. Por fim, no que se refere aos CC, a taxa de respostas na UC foi de 36,4%, e na EGA de 100% (tabela 1).

Destaca-se a taxa de resposta de 100% em diversas unidades: de CSP (UCC B, C, D, e E; UCSP A, D e E; e USP B e E), de CH (Técnicas de Gastroenterologia, Esterilização e Formação), e de CC (Equipa de gestão de altas). Em contraste, as taxa de resposta na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidade de Convalescença (UC) não atingiu os 50% (40% e 36,4%, respetivamente) (tabela 1).

Tabela 1. Taxa de resposta por unidade da Unidade Local de Saúde

ÁREA	UNIDADES	Nº Enfº	Nº R	Tx R	
CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS	UCC	A	5	4	80%
		B	7	7	100%
		C	2	2	100%
		D	4	4	100%
		E	5	5	100%
	Total		23	22	96%
	UCSP	A	17	17	100%
		C	14	13	92,90%
		D	11	11	100%
	UCSP/ USP	B	19	15	79%
E		9	9	100%	
Total		70	65	93%	
Total		93	87	94,00%	
CUIDADOS HOSPITALARES	Internam.	Medicina	50	26	52,00%
		Cirurgia	19	13	68,40%
		Ortopedia	12	10	83,30%
		Total	81	49	60,50%
	Ambulatório	Hospital de dia	5	3	60,00%
		Consulta Externa	10	6	60,00%
		Cirur. Ambulatório	3	2	66,70%
		Técnicas Gastro.	2	2	100,00%
		Total	20	13	65,00%
	Cuidados Críticos	UCI	20	8	40,00%
		BO	23	16	69,50%
		SUMC/VMER	40	22	55,00%
		SUB/SIV	17	14	88,40%
		Total	100	60	60,00%
	Cuidados Indiretos	Esterilização	2	2	100,00%
		Com. Técnicas	3	1*	66,7%*
Formação		1	1	100,00%	
Total		5	4	80,00%	
TOTAL		206	126	61,20%	
CONT.	Unidade Convalescença	11	4	36,40%	
	Equipa gestão de altas	1	1	100,00%	
	TOTAL	12	5	42,00%	
TOTAL ULS		311	218	70,10%	

Legenda:BO - Bloco operatório; Com. Técnicas - Comissões técnicas; Cirur. Ambulatório - Cirurgia de ambulatório; CONT. - Cuidados continuados; SUB/SIV - Suporte imediato de vida/Serviço de urgência básica; SUMC/VMER - Serviço de urgência médico cirúrgico/Viatura médica de emergência e reanimação; UCC - Unidade de cuidados continuados na comunidade; UCI - Unidade de cuidados intensivos; UCSP - Unidade de cuidados de saúde personalizados; USP - Unidade de cuidados personalizados.

* Consideraram-se 2 respostas pois um dos elementos das comissões técnicas respondeu ao questionário como enfermeiro nas prestação de cuidados direta

Fatores Sociodemográficos

Considerando os fatores sociodemográficos (tabela 2), a amostra é composta por 84,7% profissionais do sexo feminino. O grupo etário 22-34 anos representa 53% da amostra, e o grupo 35-44 anos 26%. Acima dos 44 anos situa-se 21% da amostra. A média etária situa-se nos 33 anos, com um desvio padrão de 13 anos.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Fator	Grupo	n	(%)
Sexo	Masculino	31	15,35
	Feminino	171	84,65
Não responderam: 16		202	100
Grupo etário	22-34	105	53
	35-44	50	26
	45-54	33	17
	≥ 55	8	4
Não responderam: 22 M:33; DP±13		196	100
Situação Familiar	Solteiro	57	28
	Casado/União facto	128	64
	Víuvo	0	0
	Separado/divorciado	16	8
Não responderam: 17		201	100
Agregado Familiar (incluindo o próprio)	1 a 2	80	41
	3 a 4	110	56
	≥5	5	3
Não responderam: 23		195	100
Filhos	0	75	39
	1 a 2	114	59
	3 a 4	5	2
Não responderam: 24		194	100
Formação Académica	Bacharelato	3	2
	Licenciatura	116	58
	Pós-Graduação	47	23
	Mestrado	0	0
	Doutoramento	35	17
Não responderam: 17		201	100
Categoria Profissional	Enf.Supervisor	0	0
	Enf. Chefe	6	3
	Enf. Especialista	15	8
	Enf. com Especialidade	29	14
	Enf. Graduado	43	21
	Enfermeiro	110	54
	Não responderam: 15		203

Legenda: Enf. - Enfermeiro; DP - Desvio padrão; M - Média

Relativamente à situação familiar, 64% são casados ou em união de fato e 28% são solteiros. O agregado familiar (incluindo o próprio) da maioria dos participantes no estudo é composto por 3 a 4 elementos (56%), seguido de 1 a 2 elementos, representando 41% da amostra. No que se refere aos filhos 59% da amostra tem 1 a 2 filhos, 39% não tem filhos, 2 % tem entre 3 a 4 (tabela 2).

No que respeita à formação académica, 58% tem licenciatura, 23% tem uma pós-graduação e 17% doutoramento. No tocante da categoria profissional, 54% têm a categoria de enfermeiro, 21% de enfermeiro graduado, 14% tem especialidade, 8% são especialistas e 3% são enfermeiros chefes (tabela 2).

Tabela 3. Rendimento familiar e perspectivas de emigração da amostra

Fator	Grupo	n	(%)
Rendimento familiar	Mais que suficiente	1	0,5
	Suficiente	117	58
	Insuficiente	84	41,5
Não responderam: 16		202	100
Pensar em emigrar	Já emigrei	10	6
	Em preparação	14	7
	Não pensei	165	87
	Não responderam: 29	189	100

Quando questionada a relação do rendimento familiar com as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação 58% responderam que era suficiente e 41,5% que era insuficiente. No que se refere às perspectivas de emigração, a maioria (87%) dos participantes no estudo não pensam emigrar, 6% já emigraram e regressaram e 7% encontram-se em preparação (tabela 3).

Fatores organizacionais

Da análise dos fatores relacionados com a organização da ULS (tabela 4), constatou-se que 39,9% (n=87) dos profissionais da amostra trabalham na área dos CSP, 57,8% (n=125) dos CH e 2,3% (n=5) dos CC.

Relativamente à carga horária semanal que os participantes realizam, 50% apresenta a carga horária de 35 horas, 36,9% realiza entre 36 a 40 horas, e 8,5%, entre 41 a 45 horas.

No que respeita aos anos de serviço na instituição, 39,3% tem até 5 anos, 26% entre 11 e 20 anos e 24% entre 6 a 10 anos. Quanto ao tempo de serviço na saúde,

29% tem entre 11 a 20 anos, 25,4% entre 6 a 10 anos, 21,2% entre 0 a 5 anos e 19,2% entre 21 a 30 anos.

Tabela 4. Caracterização da amostra por fatores organizacionais

Fator	Grupo	n	(%)
Profissionais por área de cuidados	CSP	87	40
	CH	125	57,7
	CC	5	2,3
Não respondeu: 1		217	100
Anos de serviço na instituição	< 5	80	37,38
	6 a 10	51	23,83
	11 a 20	60	28,04
	21 a 30	20	9,35
	≥31	3	1,40
Não responderam: 4 Média:9,8; DP: ±8,2; min:0,08; máx:33,1		214	100,00
Anos de serviço na saúde	< 5	36	20,34
	6 a 10	43	24,29
	11 a 20	51	28,81
	21 a 30	37	20,90
	≥31	10	5,65
Não responderam: 25 Média:14; DP±11,4; min:1; máx:40,4		177	100
Carga horária semanal	35	107	50
	36-40	85	39,7
	≥41	22	10,3
Não responderam: 4 Média: 37,9; DP:±3,4; min:35; máx:55		214	100
Acumulação de funções	Sim	40	18,7
	Não	174	81,3
Não responderam: 4		214	100
Acumulação de funções: Horas semanais	1 a 15	24	58,54
	16 a 30	14	34,15
	≥31	3	7,32
Média: 14; DP:±9,8; min:2; máx:42		41	100
Acumulação de funções: Área	Cuidados de enfermagem	31	77,5
	Formação	5	12,5
	Outra	4	10
		40	100

Legenda: CC - Cuidados continuados; CH - Cuidados hospitalares; CSP - Cuidados de saúde primários; DP - Desvio padrão min. - mínimo; máx.-máximo

Em relação à realização de trabalho em regime de acumulação de funções, 81,3% não acumula funções e 18,7% afirma ter este regime. Dos que afirmam acumular funções, 52,5% realiza entre 1 a 10 horas semanais de trabalho e 32,5% entre 11 a 20 horas. A grande maioria (77,6%) destas horas são realizadas na área da prestação de cuidados de enfermagem, 12,5% na formação e 10% noutras áreas.

2.1.2. Satisfação profissional

O IASP é composto por várias escalas, subescalas e facetas, permitindo obter os valores médios de satisfação profissional em cada uma das dimensões constituintes (quadro 4). A “média total da satisfação” com a ULS, que representa a média de satisfação das escalas “QLT”, “QPC” e “MCQ”, é de 66,6%, sendo classificada como “regular”.

Os profissionais demonstraram uma satisfação média de 71,6 % com a faceta “coordenador”, representando a média mais elevada do estudo, e a faceta “vencimentos”, a mais baixa com 22,0% (quadro 4).

Quadro 4. Média da satisfação profissional da amostra por escala, subescalas e facetas

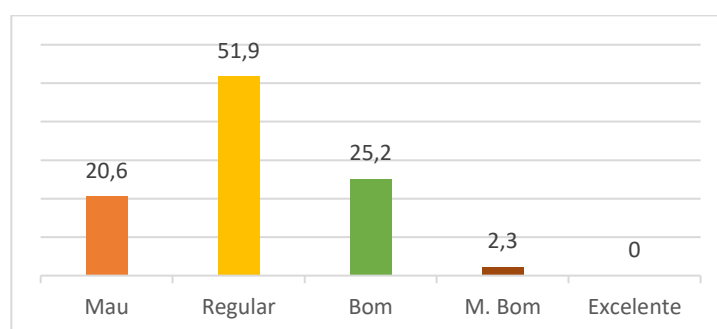
	Escalas	Subescalas	Facetas
Média Total Satisfação Média: 66,6% (M:2,83; DP±0,67)	QLT Média: 61,8% (M:2,58; DP:±0,67)	Política de Recursos Humanos Média: 55,6% (M:2,28; DP±0,66)	Órgãos de Gestão - Média: 51,4% (M: 2,07; DP:±0,82)
			Recursos Humanos - Média: 59,2% (M:2,46 ; DP:±0,74)
		Moral Média: 70,8% (M:3,04;DP±0,99)	Estado de Espírito - Média: 68,6% (M: 2,90; DP±0,82)
			Coordenador - Média: 71,6% (M: 3,06; DP±1,09)
		Recursos Tecnológicos e Financeiros Média: 52,6% (M:2,13; DP±0,65)	Vencimento - Média: 22,0% (M:1,44: DP±0,67)
			Local Trabalho Equipamento - Média: 63,0% (M:2,65; DP:±0,89)
	QPC - Média: 67,8% (M:2,89; DP±0,77)		
	MCQ - Média: 70,4% (M: 3,02; DP:±0,83)		

Legenda: M - Média aritmética; DP - Desvio padrão

Qualidade do local de trabalho

A escala “QLT” é composta pelas subescalas “políticas de recursos humanos”, “moral” e “recursos tecnológicos e financeiros”. A média da satisfação com a “QLT” é de 61,8%, sendo considerada como “regular” (quadro 4).

Gráfico 1 - Satisfação profissional com a qualidade do local de trabalho na ULS



Legenda: M.Bom - Muito bom; ULS - Unidade local de saúde;

Na distribuição da amostra por níveis de satisfação, verifica-se que 2,3% a classificam de “muito bom”, 25,2% de “bom”, 51,9% de “regular”, e 20,6% de “mau”. Não se verificaram classificações de “excelente” (gráfico 1).

A subescala “política de recursos humanos” engloba as facetas “órgãos de gestão” e “recursos humanos”. Na tabela 5 apresentam-se os resultados organizados por escala, subescala, faceta e itens.

Tabela 5. Qualidade do local de trabalho: subescala “política de recursos humanos”

Escala	Sub escala	Faceta	Itens	Exc	M Bom	Bom	Reg	Mau	Σ	Média Satisf	Média Satisf	DP	
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO				<i>n</i>	0,00	5,00	55,00	110,00	43,00	213	61,8	2,59	0,68
Não responderam: 3				%	0,00	2,35	25,82	51,64	20,19	100			
Política de Recursos Humanos				<i>n</i>	0,00	3,00	33,00	107,00	72,00	215	55,8	2,29	0,67
Não responderam:3				%	0,00	1,40	15,35	49,77	33,49	100			
Órgãos de Gestão				<i>n</i>	0,00	8,00	32,00	85,00	91,00	216	51,6	2,08	0,82
Não responderam:1; Não aplica: 1				%	0,00	3,70	14,81	39,35	42,13	100			
Reconhecimento direção				<i>n</i>	0,00	16,00	38,00	100,00	62,00	216	37,9	1,76	0,79
Não responderam:1; Não aplica: 1				%	0,00	7,41	17,59	46,30	28,70	100			
Comunicação				<i>n</i>	2,00	9,00	47,00	96,00	61,00	215	37,9	1,76	0,79
Não responderam:1; Não aplica: 2				%	0,93	4,19	21,86	44,65	28,37	100			
Queixas e objeções				<i>n</i>	0,00	13,00	31,00	104,00	65,00	213	48,3	1,97	1,32
Não responderam:1; Não aplica: 4				%	0,00	6,10	14,55	48,83	30,52	100			
Planificação das atividades				<i>n</i>	0,00	13,00	50,00	101,00	51,00	215	50,0	2,00	0,85
Não responderam:1; Não aplica: 2				%	0,00	6,05	23,26	46,98	23,72	100			
Recursos Humanos				<i>n</i>	0,00	10,00	44,00	111,00	50,00	215	59,2	2,46	0,76
Não responderam: 3				%	0,00	4,65	20,47	51,63	23,26	100			
Continuidade do pessoal				<i>n</i>	2,00	28,00	68,00	64,00	54,00	216	55,6	2,28	0,99
Não responderam:1; Não aplica: 1				%	0,93	12,96	31,48	29,63	25,00	100			
Proporção hierárquica				<i>n</i>	5,00	31,00	82,00	68,00	27,00	213	57,6	2,38	0,78
Não responderam:3; Não aplica: 2				%	2,35	14,55	38,50	31,92	12,68	100			
Número de profissionais				<i>n</i>	1,00	6,00	36,00	73,00	100,00	216	29,5	1,59	0,78
Não responderam:1; Não aplica: 1				%	0,46	2,78	16,67	33,80	46,30	100			
Trabalho de equipa				<i>n</i>	10,00	35,00	83,00	74,00	15,00	217	62,4	2,62	0,9
Não responderam: 1				%	4,61	16,13	38,25	34,10	6,91	100			
Comunicação				<i>n</i>	9,00	31,00	82,00	80,00	15,00	217	63,2	2,66	0,97
Não responderam:1				%	4,15	14,29	37,79	36,87	6,91	100			

Legenda: DP - Desvio padrão; M.Bom - Muito bom; Reg - Regular

A média da satisfação com a “política de recursos humanos” foi de 55,80%, correspondendo a uma classificação de “regular”, e com 49,77% da amostra distribuída no nível “regular”, 33,49% no “mau”, e 16,75% nos níveis “bom” e “muito bom”. Não se verificaram classificações de “excelente”.

Relativamente aos “órgãos de gestão”, a média de satisfação é de 51,60%, com 42,13% da amostra a classificar a satisfação em “mau”, 39,35% em “regular”, 14,8% em “bom”, 3,7% em “muito bom”.

A faceta “recursos humanos” obteve uma satisfação média de 59,2%, classificada como “regular”, com 51,63% da amostra a classificar a sua satisfação

com este nível, 23,72% como “mau”, 20,47% como “bom”, e 4,65% como “muito bom” (tabela 5). Esta faceta obteve a classificação mais elevada nos itens “comunicação” e “trabalho em equipa”, com, respetivamente, 63,2% e 62,4%.

A subescala “moral”, integrada na escala “QLT”, engloba as facetas “estado de espírito” e “coordenador”. Na tabela 6 verifica-se que a satisfação média relativamente à subescala “moral” foi de 71%, classificada como “bom”. A distribuição da amostra por níveis de satisfação foi de 49,3% no “muito bom” e “bom”, 32,56% no “regular” e 15,35% no “mau”.

Tabela 6. Qualidade do local de trabalho: subescala “moral”

Escala	Sub escala	Faceta	Itens	Exc	M Bom	Bom	Reg	Mau	Σ	Média Satisf	Média Satisf	DP	
	Moral			<i>n</i>	1	45	66	70	33	215			
				%	0,47	20,93	30,7	32,56	15,35	100	71	3,05	0,99
			Não responderam:3										
	Estado de Espírito			<i>n</i>	3	43	89	71	10	216			
				%	1,39	19,91	41,20	32,87	4,63	100	68,6	2,93	0,84
			Não responderam:1										
		Dos outros		<i>n</i>	3	44	93	70	7	217			
				%	1,38	20,28	42,86	32,26	3,23	100	65,2	2,76	0,87
			Não responderam:1										
		Do seu		<i>n</i>	10	57	85	53	11	216			
				%	4,63	26,39	39,35	24,54	5,09	100	69,4	2,97	1,02
			Não responderam: 2										
	Coordenador			<i>n</i>	8	52	53	64	38	215			
				%	3,72	24,19	24,65	29,77	17,67	100	71,4	3,07	1,09
			Não responderam: 2; Não se aplica:1										
		Abertura		<i>n</i>	43	72	48	39	14	216			
				%	19,91	33,33	22,22	18,06	6,48	100	75,6	3,28	1,92
			Não responderam:1; Não aplica: 1										
		Razoabilidade		<i>n</i>	27	62	42	62	23	216			
				%	12,50	28,70	19,44	28,70	10,65	100	64,4	2,72	1,25
			Não responderam:1; Não aplica: 1										
		Inovação		<i>n</i>	29	59	58	52	18	216			
				%	13,43	27,31	26,85	24,07	8,33	100	65,2	2,76	1,21
			Não responderam:1; Não aplica: 1										
		Liberdade		<i>n</i>	39	64	54	42	15	214			
				%	18,22	29,91	25,23	19,63	7,01	100	75,6	3,28	1,39
			Não responderam: 1; Não se aplica:3										
		Atitude positiva		<i>n</i>	29	50	38	59	39	215			
				%	13,49	23,26	17,67	27,44	18,14	100	59	2,45	1,35
			Não responderam:1; Não aplica: 2										
		Atitude construtiva		<i>n</i>	26	49	47	58	36	216			
				%	12,04	22,69	21,76	26,85	16,67	100	58,2	2,41	1,32
			Não responderam:1; Não aplica: 1										
		Investimento na qualidade		<i>n</i>	21	55	54	58	28	216			
				%	9,72	25,46	25,00	26,85	12,96	100	59	2,45	1,3
			Não responderam:1; Não aplica: 1										
		Apoio		<i>n</i>	29	54	53	56	24	216			
				%	13,43	25,00	24,54	25,93	11,11	100	64,4	2,72	1,31
			Não responderam:1; Não aplica: 1										
		Expetativas		<i>n</i>	27	53	58	55	23	216			
				%	12,50	24,54	26,85	25,46	10,65	100	64,4	2,72	1,33
			Não responderam: 1; Não se aplica:1										
		Conhecimentos		<i>n</i>	31	53	61	50	21	216			
				%	14,35	24,54	28,24	23,15	9,72	100	68	2,9	1,21
			Não responderam:1; Não se aplica:1										
		Circulação da informação		<i>n</i>	26	47	59	58	26	216			
				%	12,04	21,76	27,31	26,85	12,04	100	63,8	2,69	1,23
			Não responderam:1; Não se aplica:1										

Legenda: DP - Desvio padrão; M.Bom - Muito bom; Reg - Regular

O “estado de espírito” apresenta uma média de satisfação de 68,6%, com 62,50% da amostra a distribuir-se nos níveis de “excelente”, “muito bom” e “bom”. A classificação de “regular” foi atribuída por 32,87% da amostra.

A faceta “coordenador da unidade de saúde” obteve uma satisfação média de 71,4%, com 52,8% a classificarem de “muito bom” e “bom”, e 29,77% em “regular” e 17,67% em “mau” (tabela 6).

A subescala “recursos tecnológicos e financeiros”, integrada na escala “QLT”, engloba as facetas “vencimento” e “local de trabalho e equipamento”. Da análise da tabela 7, verifica-se que a satisfação média relativamente a esta subescala, foi de 52,6%, classificada como “regular”. A distribuição da amostra por níveis de satisfação foi de 47% no nível “mau”, 40,55% no “regular”, e 12,44% no “bom” e “muito bom”.

Tabela 7. Qualidade do local de trabalho: subescala “recursos tecnológicos e financeiros”

Escala	Sub escala	Faceta	Itens	Exc	M Bom	Bom	Reg	Mau	Σ	Média Satisf	Média Satisf	DP
Recursos Tecnológicos e Financeiros			<i>n</i>	0	2	25	88	102	217			
Não responderam:1			%	0	0,92	11,52	40,55	47	100	52,6	2,13	0,65
Vencimento			<i>n</i>	0	2	16	40	159	217			
Não responderam:1			%	0	0,92	7,37	18,43	73,27	100	22	1,44	0,67
Em relação à sua responsabilidade			<i>n</i>	0	2	17	51	146	216			
Não responderam:1; Não se aplica: 1			%	0	0,93	7,87	23,61	67,59	100	17	1,34	0,61
Em relação à sua experiência			<i>n</i>	0	3	23	49	142	217			
Não responderam:1			%	0	1,382	10,6	22,58	65,44	100	29,5	1,59	0,78
Em relação ao seu desempenho			<i>n</i>	0	4	16	44	153	217			
Não responderam:1			%	0	1,84	7,37	20,28	70,51	100	17	1,34	0,61
Local de Trabalho e Equipamento			<i>n</i>	1	25	55	91	45	217			
Não responderam: 1			%	0,46	11,52	25,35	41,94	20,74	100	62,8	2,64	0,89
Limpeza			<i>n</i>	15	56	72	56	18	217			
Não responderam:1			%	6,91	25,81	33,18	25,81	8,29	100	78,2	3,41	0,95
Segurança			<i>n</i>	5	33	60	63	55	216			
Não responderam:1; Não se aplica: 1			%	2,31	15,28	27,78	29,17	25,46	100	64,4	2,72	1,03
Organização do espaço			<i>n</i>	6	42	72	70	27	217			
Não responderam:1			%	2,76	19,35	33,18	32,26	12,44	100	68	2,9	0,94
Equipamento			<i>n</i>	9	32	53	86	37	217			
Não responderam: 1			%	4,15	14,75	24,42	39,63	17,05	100	62,4	2,62	0,98

Legenda: DP - Desvio padrão; M.Bom - Muito bom; Reg - Regular

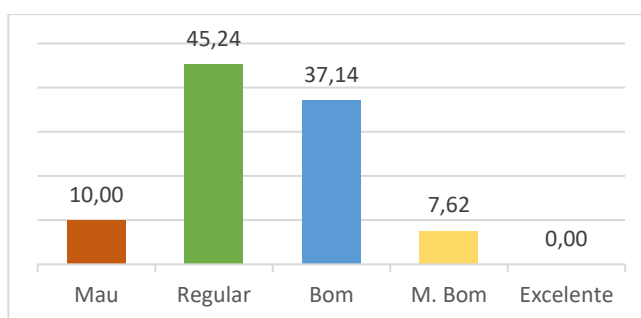
A faceta “vencimento” obteve uma média de satisfação de 22%, com uma amostra a distribuir-se com 73,27% no “mau”, 18,43% no “regular”, e 8,29% no “muito bom” e “bom” (tabela 7).

Relativamente à faceta “local de trabalho e equipamento” a média de satisfação foi de 62,8%, classificado como “regular”. A classificação da satisfação corresponde, maioritariamente, ao nível “regular” (41,94%), seguido dos níveis “excelente”, “muito bom”, “bom” que representam a perceção de satisfação de 37,33% da amostra. Mantêm-se, contudo, uma faixa da população cujo nível de SP é tido como “mau”, com 20,74% (tabela 7).

Qualidade da prestação de cuidados

A escala “QPC” é constituída por 7 itens (tabela 8). A média de satisfação obtida nesta escala foi de 67,8%, classificada como “regular”, sendo que 82,38% das classificações variaram entre “bom” e “regular”. Não se verificaram classificações de “excelente” (gráfico 2).

Gráfico 2. Satisfação profissional com a qualidade da prestação de cuidados na ULS



Legenda: M.Bom - Muito bom

Tabela 8. Qualidade da prestação de cuidados

Escala	Sub escala	Faceta	Itens	Exc	M Bom	Bom	Reg	Mau	Σ	Média Satisf	Média Satisf	DP	
Qualidade Prestação Cuidados				<i>n</i>	0	16	78	95	21	210	67,8	2,89	0,77
				%	0	7,619	37,14	45,24	10	100			
			Atendimento	<i>n</i>	4	40	82	72	15	213	62,4	2,62	0,73
				%	1,88	18,78	38,50	33,80	7,04	100			
			Coordenação de cuidados	<i>n</i>	4	43	88	64	12	211	62,4	2,62	0,86
				%	1,90	20,38	41,71	30,33	5,69	100			
			Capacidade dos profissionais	<i>n</i>	11	68	96	36	2	213	76,2	3,31	0,8
				%	5,16	31,92	45,07	16,90	0,94	100			
			Sensibilidade	<i>n</i>	17	67	77	46	7	214	72,8	3,14	0,95
				%	7,94	31,31	35,98	21,50	3,27	100			
			Condições das instalações	<i>n</i>	9	40	60	69	36	214	68	2,9	0,9
				%	4,21	18,69	28,04	32,24	16,82	100			
			Informações	<i>n</i>	6	32	79	78	12	207	59,6	2,48	0,79
				%	2,90	15,46	38,16	37,68	5,80	100			
			Custo dos cuidados	<i>n</i>	1	29	63	87	27	207	61,8	2,59	1,12
				%	0,48	14,01	30,43	42,03	13,04	100			

Legenda: DP - Desvio padrão; M.Bom - Muito bom; Reg - Regular

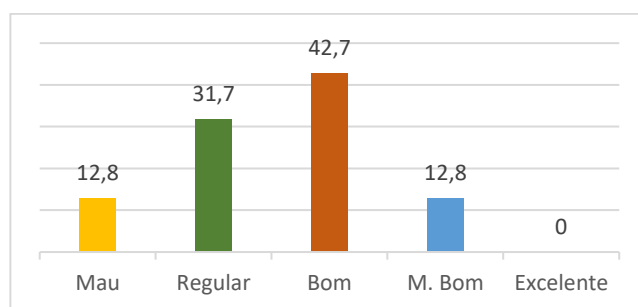
Os itens com melhor classificação quanto à satisfação foram a “capacidade dos profissionais” e “sensibilidade”, tendo obtido a classificação de, respetivamente, 76,2% e 72,8%. Neste âmbito o menor valor encontrado refere-se ao item “informações”.

Melhoria contínua da qualidade

A escala “MCQ” é constituído por 8 itens (tabela 9). A média da satisfação obtida nesta escala foi de 70,4%, com 55,5% da amostra a classificar como “muito bom” e

“bom”, e 31,7% como “regular” , e 12,8% como “mau”. Não se verificaram classificações de “excelente” (gráfico 3).

Gráfico 3. Satisfação profissional com a melhoria contínua da qualidade na ULS



Legenda: M.Bom - Muito bom

Dos itens integrantes na escala da “MCQ”, o que obteve melhor classificação foi o item “orgulho na profissão”, com 76,8%. Os restantes itens obtiveram classificações semelhantes, variando entre os valores de 62,4% a 71,4%.

Tabela 9. Melhoría contínua da qualidade

Escola	Sub escala	Faceta	Itens		Exc	M Bom	Bom	Reg	Mau	Σ	Média Satisf	Média Satisf	DP
Melhoria Contínua da Qualidade				<i>n</i>	0	27	93	69	25	214	70,4	3,02	0,83
Não responderam:3; Não se aplica:1				%	0	12,62	43,46	32,24	11,68	100			
Melhoria da qualidade				<i>n</i>	7	42	94	55	14	212	62,4	2,62	0,94
Não responderam:3; Não aplica: 3				%	3,30	19,81	44,34	25,94	6,60	100			
Bem à primeira vez				<i>n</i>	8	55	84	51	13	211	71,4	3,07	1,10
Não responderam:3; Não aplica: 4				%	3,79	26,07	39,81	24,17	6,16	100			
Forma como foi preparado				<i>n</i>	6	41	97	53	16	213	63,8	2,69	1,00
Não responderam:3; Não se aplica:2				%	2,82	19,25	45,54	24,88	7,51	100			
Ambiente de trabalho				<i>n</i>	11	46	92	51	15	215	67,2	2,86	0,79
Não responderam:2; Não se aplica:1				%	5,12	21,40	42,79	23,72	6,98	100			
Diminuir desperdício				<i>n</i>	5	53	79	51	24	212	67,2	2,86	1,19
Não responderam:3; Não aplica: 3				%	2,36	25,00	37,26	24,06	11,32	100			
Partilha de ideias				<i>n</i>	12	56	85	47	15	215	66,6	2,83	0,89
Não responderam:2; Não se aplica:1				%	5,58	26,05	39,53	21,86	6,98	100			
Orgulho na profissão				<i>n</i>	33	82	61	26	13	215	76,8	3,34	1,26
Não responderam: 2; Não se aplica:1				%	15,35	38,14	28,37	12,09	6,05	100			
Expetativas de qualidade				<i>n</i>	10	63	78	47	17	215	68,6	2,93	1,00
Não responderam: 2; Não se aplica:1				%	4,65	29,30	36,28	21,86	7,91	100			

Legenda: DP - Desvio padrão; M.Bom - Muito bom; Reg - Regular; Satisf - Satisfação

2.1.3. Satisfação global

A satisfação global baseia-se na resposta dos enfermeiros aos itens: “sente que a sua formação (profissional e académica) é adequada para desempenhar o seu trabalho?”; “Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo este contexto de prática clínica para trabalhar?”; “Recomendaria os serviços deste contexto de prática clínica a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?”; “Recorreria a este

contexto de prática clínica caso necessitasse de cuidados?"; e "Atualmente, qual é o seu grau de satisfação nesta instituição?" (tabela 10).

Tabela 10. Satisfação global

Satisfação Global		n	(%)		
Formação adequada	Claro que sim	156	72,2	Sim 93% Não 7% Odds Ratio 13_1	
	Provavelmente sim	45	20,8		
	Provavelmente não	13	6		
	Claro que não	2	1		
Não respondeu: 2		216	100		
Escolher de novo o seu contexto de prática clínica	Claro que sim	97	44,7	Sim 80% Não 20% Odds Ratio 4_1	
	Provavelmente sim	77	35,5		
	Provavelmente não	31	14,3		
	Claro que não	12	5,5		
Não responderam: 1		217	100		
Recomendaria os serviços do seu contexto de prática	Claro que sim	96	44,7	Sim 89% Não 11% Odds Ratio 8_1	
	Provavelmente sim	95	44,2		
	Provavelmente não	22	10,2		
	Claro que não	2	0,9		
Não responderam: 3		215	100		
Recorreria ao seu contexto de prática clínica para cuidados	Claro que sim	98	45,6	Sim 90% Não 10% Odds Ratio 9_1	
	Provavelmente sim	95	44,2		
	Provavelmente não	18	8,4		
	Claro que não	4	1,9		
Não responderam: 3		215	100		

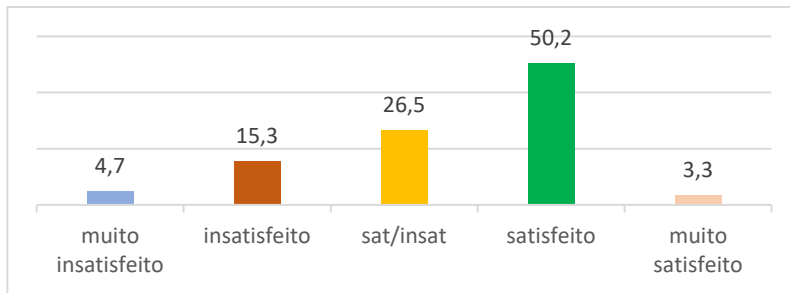
Relativamente à formação profissional ou acadêmica adequada, 72,2% consideram adequada respondendo "claro que sim" e 20,8% respondeu "provavelmente sim". Apenas 1% considerou inadequada, respondendo "claro que não", e 6% da amostra respondeu "provavelmente não".

Quando questionados se voltariam a escolher de novo o seu contexto de prática clínica se pudesse voltar atrás, 44,7% da amostra escolheriam, e 35,5% responderam "provavelmente sim". Apenas 5,5% da amostra refere que não escolheria, e 14,3% respondeu "provavelmente não".

No que se refere à questão acerca da possibilidade de recomendação do seu contexto de prática clínica a familiares ou amigos, 89% da amostra recomendaria, sendo que 44,7% respondeu "claro que sim", e 44,2%, "provavelmente sim". Apenas 0,9% respondeu "claro que não", e 10,2% diz que "provavelmente não".

Sobre a possibilidade do próprio utilizar a unidade de saúde, em caso de necessidades de cuidados, 45,6% da amostra respondeu "claro que sim", 44,2% que "provavelmente sim". Apenas 1,9% respondeu que não recorreria, e 8,4% que "provavelmente não".

Gráfico 4. Atual grau de satisfação da ULS



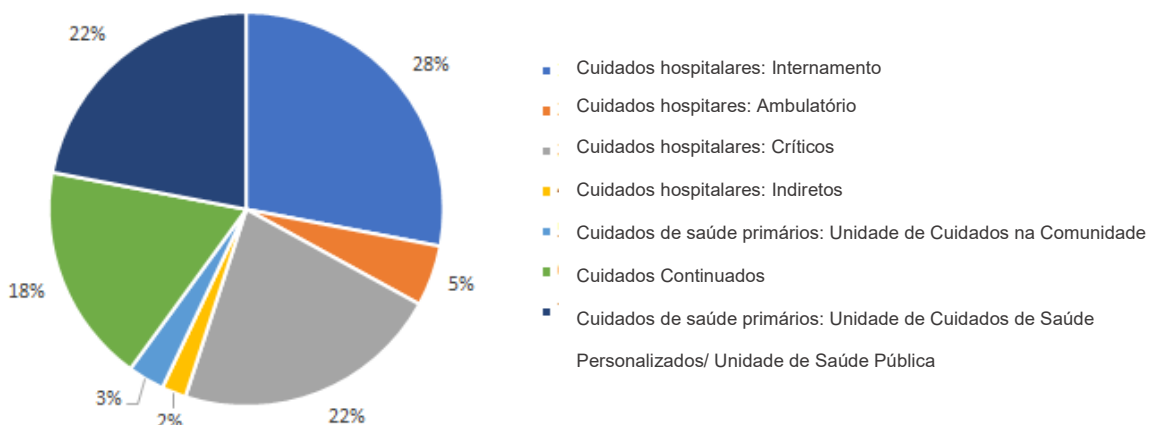
Relativamente à questão em que é pedido para classificar o seu grau de satisfação com a sua instituição, a maioria está satisfeito tendo-se obtido o valor de 53,5%, em que 50,2% da amostra está satisfeito, e 3,3% dizem-se muito satisfeitos. Cerca de 26,5% da amostra refere não estar satisfeito, nem insatisfeito, e 20% revela insatisfação (4,7% classifica-se como “muito insatisfeito/a” e 15,3%, “insatisfeito”).

2.1.4. Análise qualitativa

Foi formulada uma questão aberta no IASP_ULSv3 (“Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados pelo seu contexto de prática clínica?”) onde se pedia a opinião sobre a forma de melhorar o serviço prestado pela ULS e a qualidade como local de trabalho.

Foram escritas 3049 palavras, 260 frases, cerca de 12 páginas, por 100 profissionais, estando 57% integrados nos cuidados hospitalares (22% de cuidados críticos, 28% da área de internamento, 5% de ambulatório e 2% de cuidados indiretos), 40% nos cuidados de saúde primários (18% da UCC e 22% da UCSP/USP) e 3% nos cuidados continuados, tal como representado no gráfico 5.

Gráfico 5. Distribuição dos enfermeiros que responderam à questão aberta por área de cuidados



Foram efetuadas 216 sugestões, sendo que as mesmas, com base na análise de conteúdo, foram codificadas em referências correspondentes a cada escala/faceta da satisfação profissional (tabela 11).

Tabela 11. Número de referências por escala/faceta

Escalas/Facetas	QPC	MCQ	OG	RH	EE	COOR	VENC	LTE	OUT	Σ
Nº Referências	10	36	25	53	12	30	7	40	3	216

Legenda: COOR - Coordenador; EE - Estado de Espírito; LTE - Local de Trabalho e Equipamentos; MCQ - Melhoria Contínua da Qualidade; OG - Órgãos de Gestão; QPC - Qualidade da Prestação de Cuidados; RH - Recursos Humanos; VENC - Vencimento

Seguidamente será apresentada a análise realizada às referências atribuídas a cada faceta da escala da “QLT” e às escalas da “QPC” e “MCQ”, encontrando-se em anexo todas as respostas (apêndice 4).

A faceta “órgãos de gestão” da ULS constitui a primeira faceta da escala QLT, tendo sido atribuídas 25 referências relacionadas com a mesma. Os profissionais referem a necessidade da diminuição da carga horária semanal, em particular de 35 para 40 horas, sendo um fator que associam ao cansaço físico com repercussão na prestação de cuidados. A ser implementada esta medida é percebida como promotora da qualidade dos cuidados. Outra sugestão em comum na maioria das referências prende-se com a melhoria do rácio enfermeiro/utente. Verifica-se que a maioria dos participantes refere ainda a necessidade do desenvolvimento de uma maior proximidade com os órgãos de gestão, através da melhoria da comunicação. As respostas exemplificativas são:

“Diminuir a carga horária por semana” (OG 3)

“Menor burocracia” (OG 16)

“Que a tomada de decisão dos gestores tivesse em conta a experiência dos profissionais do terreno” (OG 17)

“Haver uma melhor comunicação dos órgãos de chefia para os profissionais” (OG 22)

À faceta “recursos humanos” foram atribuídas 53 referências. A necessidade do aumento do número de recursos humanos nas equipas de saúde, maioritariamente da classe de enfermagem, foi exaustivamente referida, sendo, no entanto, também mencionadas outras classes profissionais (assistentes operacionais e médicos). Para além do aumento do número de profissionais, surgem também associadas as questões relacionadas com a segurança dos cuidados. As respostas típicas foram:

“Aumentar o número de profissionais” (RH 4)

“Contratando mais profissionais, de modo a fazer face às necessidades dos serviços. Os enfermeiros fazem demasiados turnos extra” (RH 13)

“Dotações seguras” (RH 31)

À faceta “estado de espírito” foram atribuídas 10 referências. Neste tocante as sugestões dos participantes prendem-se com a necessidade de valorização da profissão de enfermagem e da prestação de cuidados, em particular por parte da organização. As respostas representativas desta necessidade foram:

“Valorização profissional por parte das chefias/conselho de administração” (EE 3)

“Começando pelo respeito entre classes profissionais diferentes, quando se começar a respeitar o trabalho de cada um, será um bom começo para a melhoria dos serviços prestados” (EE 6)

“Reconhecimento do trabalho dos profissionais por parte da organização” (EE 8)

À faceta “coordenador” foram atribuídas 30 referências, sendo que a maioria das sugestões efetuadas pelos participantes se relaciona com a necessidade de uma maior proximidade e compreensão por parte do enfermeiro chefe/responsável ou coordenador. Sugerem uma melhor gestão dos recursos humanos face à especificidade de cada unidade, a criação de mais momentos para planeamento e avaliação dos cuidados prestados, bem como maior capacidade de auscultação por parte dos responsáveis. As respostas típicas encontradas foram:

“Melhor auscultação das queixas dos profissionais” (COOR 4)

“Liderança em vez de chefia” (COOR 11)

“Responsáveis de serviços que soubessem executar as funções que se encontram habilitados para avaliar e que fossem representantes da equipa que chefiam perante os órgãos de direção e não o contrário” (COOR 17)

À faceta “vencimento” foram atribuídas 7 referências. Neste campo é consensual entre as referências a necessidade de auferir um salário superior, compatível com as habilitações académicas. As frases típicas foram:

“Reconhecimento financeiro mais adequado às funções que desempenhamos” (VENC 2)

“Adequação dos ordenados à formação académica” (VENC 4)

À faceta “local de trabalho e equipamento” foram atribuídas 40 referências. Os enfermeiros referem a necessidade de ter disponível os recursos materiais adequados em tempo útil. Particularizam a questão dos equipamentos que, em caso de avaria, a sua substituição/reparação deveria ser mais célere para não colocar em causa a prestação de cuidados. O espaço físico é também referido várias vezes como sendo um fator a melhorar, quer no se que refere à sua dimensão, quer no que se refere à adequação aos cuidados prestados em cada unidade. Os veículos de serviço são o elemento igualmente sentido como uma necessidade, sendo sugerido um aumento deste recurso. As frases que retratam esta necessidade foram:

“Ter melhor espaço físico - é pequeno” (LTE 4)

“Equipamentos adequados e atuais” (LTE 6)

“Aquisição de equipamentos em falta para a prática clínica” (LTE 15)

“Melhores instalações” (LTE 32)

“Viaturas em ótimas condições” (LTE 40)

À escala “QPC” foram atribuídas 10 referências. As sugestões realizadas pelos enfermeiros para melhorar a QPC relacionam-se com a questão das dotações seguras, o que implica um aumento dos recursos humanos atualmente existentes.

As respostas típicas encontradas foram:

“Tendo recursos humanos suficientes para os cuidados serem prestados, existindo deste modo mais qualidade nos serviços prestados como mais segurança para os doentes e profissionais” (QPC 2)

“Mais profissionais a fim de melhorar a prestação de cuidados holísticos e individualizados” (QPC 7)

À escala “MCQ” foram atribuídas 36 referências. A necessidade de formação lidera o tema das referências encontradas, sendo sugerida não só a formação no contexto específico da área de prestação de cuidados, mas também no que se refere à segurança. As questões do ambiente de trabalho, em particular a melhoria das relações interpessoais são também identificadas como fatores com influência nesta dimensão da satisfação profissional. As seguintes frases exemplificam-nos:

“Melhorar o contexto de segurança, tornando obrigatório a notificação de eventos adversos ou quase eventos (não há registos)” (MCQ 6)

“Formação intensiva sobre segurança e qualidade de cuidados aos enfermeiros da instituição” (MCQ 7)

“É urgente melhorar a articulação e a comunicação entre os profissionais das diferentes unidades da ULS e promover o trabalho em equipa para sermos uma real unidade local de saúde” (MCQ 30)

As sugestões de melhoria transmitidas pelos enfermeiros ao responder à questão aberta do questionário relacionam-se transversalmente, independentemente da área de cuidados, com a faceta dos recursos humanos. É uma necessidade sentida tanto pelos profissionais que prestam cuidados no meio hospitalar, cuidados continuados ou cuidados de saúde primários, havendo o estabelecimento de uma relação direta com a qualidade dos cuidados prestados.

As 3 referências classificadas como “outros” referiam-se a fatores da estrutura da carreira de enfermagem, não tendo sido considerada a existência de uma relação com as escalas/facetas em análise.

As sugestões efetuadas pelos 100 profissionais relacionaram-se maioritariamente com aspetos dos “recursos humanos” (24,5%), “local de trabalho e equipamento” (18,5%) e “MCQ” (16,7%). As sugestões relacionadas com os “recursos humanos”, proveem maioritariamente de profissionais dos CH em regime de internamento (30,2%) e da UCC (26,4%). As questões no “local de trabalho e equipamento” são partilhadas maioritariamente pelos enfermeiros dos CSP (32,5% -

UCSP/USP; 27,5% UCC) e CCr (20%). O mesmo se verificou na escala “MCQ”, em que as sugestões também tiveram origem, maioritariamente, nos participantes dos CCr (41,7%) e CSP (19,4% UCSP/USP; 13,9% - UCC) (apêndice 5).

2.1.5. Determinantes da satisfação profissional

Para analisar a relação existente entre a a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos e organizacionais, estes dados serão apresentados em tabelas que, em linha, apresentam todas as dimensões da satisfação e, em coluna, cada um dos fatores. Em cada tabela será apresentado o testes estatístico aplicado e o nível de significância, definido através do *p-value*, bem como o teste *a posteriori* que identifica onde se situa a diferença (*post Hoc* de *Sheffe*).

Satisfação profissional e fatores sociodemográficos

Na tabela 12 é apresentada a SP dos profissionais face aos fatores sociodemográficos em estudo (apêndice 6). Relativamente ao fator sexo, não se verificou diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) no nível de satisfação entre sexos em nenhuma das escalas, subescalas ou facetas.

No que se refere ao fator idade, verifica-se que a diferença no nível médio de satisfação é estatisticamente significativa, para a “moral” ($p=0,020$), com o grupo etário 45-54 anos (79,9%) a apresentar maior satisfação que o grupo de 35-44 anos (65,89%) (tabela 12 e apêndice 6).

Em relação ao “coordenador”, as diferenças estatisticamente significativas ($p=0,016$) de médias foram encontradas entre os grupos 45-54 anos (81,14%) e 35-44 anos (65,56%), sendo que este último apresenta o valor mais baixo.

Na dimensão “estado de espírito”, a diferença do nível médio de satisfação, por grupo etário, é estatisticamente significativa ($p=0,036$), sendo que o grupo de 45-54 anos (73,03%) apresenta satisfação superior ao grupo com ≥ 55 anos (53,75%).

Para a faceta “vencimento” encontrou-se uma diferença ($p=0.001$), apresentando os grupos de 22-34 anos (22,02%) e de ≥ 55 anos (45,83%) maior satisfação que o grupo de 35-44 anos (10,33%).

Para um nível de significância $p=0,05$ não é possível identificar diferenças de média estatisticamente significativas. Deste modo, nas dimensões “QLT” e “política de recursos humanos” não foi possível identificar diferenças de médias pois os valores de p são muito próximos de 0,05 ($p=0,048$ e $p=0,046$, respetivamente).

Tabela 12. Satisfação profissional segundo os fatores sociodemográficos¹

Escala	Sub escala	Faceta	Sexo		Idade			Situação familiar			Formação		Categoria		
			t	p	F	p	Post Hoc	F	p	Post Hoc	F	p	F	p	Post Hoc
QLT			-1,081	0,286	2,388	0,070		0,147	0,863		0,258	0,855	1,569	0,184	
	Política de Recursos Humanos		-1,535	0,132	2,578	0,055		0,181	0,835		0,248	0,863	1,342	0,256	
	Órgãos de Gestão		-1,715	0,094	2,210	0,088		0,225	0,799		0,322	0,810	1,235	0,297	
	Recursos Humanos		-0,905	0,369	1,988	0,117		1,075	0,343		0,370	0,775	1,312	0,267	
	Moral		-0,640	0,526	3,367	0,020*	3>2	0,244	0,784		0,344	0,793	1,587	0,179	
	Coordenador		-0,536	0,595	3,526	0,016*	3>2	0,295	0,745		0,445	0,721	1,480	0,210	
	Estado de Espírito		-1,109	0,274	2,896	0,036*	3>4	0,548	0,579		0,322	0,810	1,383	0,241	
	Recursos Tecnológicos e Financeiros		-0,612	0,544	0,485	0,693		4,673	0,010*	1>2	0,239	0,869	1,177	0,322	
	Vencimento		-1,745	0,087	5,916	0,001*	1>2, 4>2	5,134	0,007*	1>2	1,110	0,346	4,802	0,001*	5>4
	Local de trabalho e equipamento		0,006	0,996	0,888	0,449		2,239	0,109		0,091	0,965	0,701	0,592	
QPC			-0,409	0,685	1,098	0,351		0,376	0,687		0,826	0,481	2,243	0,066	
MCQ			-1,224	0,229	1,540	0,206		0,541	0,583		0,853	0,467	0,821	0,513	

Legenda: Legenda: F - One-Way ANOVA; MCQ - Melhoria contínua da qualidade; QLT - Qualidade do local de trabalho; QPC - Qualidade da prestação de cuidados; t - t Student; *p<0,005

No que se refere à situação familiar (estado civil) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos itens “recursos tecnológicos e financeiros” (p=0,010) e “vencimento” (p=0,007) (tabela12 e apêndice 6). As diferenças encontradas encontram-se entre os grupos “solteiro” e “união de fato/casado”, sendo que este último apresenta em ambos itens menor satisfação (“recursos tecnológicos e financeiros”: “solteiro” - 56,77% e “união de fato/casado” - 50,63%; “vencimento”: “solteiro” - 33,92% e “união de fato/casado”-17,58%).

Em relação à formação académica não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões (tabela12 e apêndice 6).

No que se refere à categoria profissional apenas se obteve diferenças nas médias de satisfação com significância estatística (p=0,001), na dimensão do

¹ Sexo: Masculino; Feminino; Idade: 1=22-34 anos, 2=35-44 anos, 3=45-54 anos, 4=≥55 anos; Situação familiar: 1=Solteiro, 2=Casado ou união de fato, 3=Separado ou divorciado; Formação académica: 1=Bacharelato, 2=Licenciatura, 3=Pós-graduação, e 4=Doutoramento; Categoria profissional: 1=Enfermeiro chefe, 2=enfermeiro especialista, 3=Enfermeiro com especialidade, 4=enfermeiro graduado, e 5=enfermeiro

“vencimento”. O grupo “enfermeiro” apresenta maior satisfação (29,85%) que o grupo “enfermeiro graduado” (7,75%) (tabela 12 e apêndice 6).

Satisfação Profissional e fatores organizacionais²

Na tabela 13 verifica-se que na satisfação profissional face à carga horária semanal realizada pelos enfermeiros, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas no “vencimento” ($p=0,000$). O grupo de profissionais que realiza entre 36 a 45 horas por semana apresenta maior satisfação (33,42%)

Tabela 13. Satisfação profissional segundo os fatores organizacionais

Escala	Sub escala	Faceta	Carga horária			Anos na instituição			Anos na saúde			Área de cuidados		
			F	p	Post Hoc	F	p	Post Hoc	F	p	Post Hoc	F	p	Post Hoc
QLT			2,811	0,062		1,541	0,192		2,585	0,039*	—	4,586	0,000*	5>3
	Política de Recursos Humanos		2,033	0,134		1,650	0,163		2,974	0,021*	4>2	4,174	0,001*	5>3
	Órgãos de Gestão		1,453	0,236		2,337	0,057		1,662	0,161		5,878	0,000*	5>1,2,3,6
	Recursos Humanos		1,261	0,286		1,185	0,319		2,659	0,035*	4>2	2,315	0,035*	5>3
	Moral		2,051	0,131		1,146	0,336		1,885	0,115		5,462	0,000*	5>3
	Coordenador		2,148	0,119		1,302	0,271		1,848	0,122		5,348	0,000*	5>3
	Estado de Espírito		0,307	0,736		1,712	0,149		1,464	0,215		4,203	0,001*	1>3; 5>3
	Recursos Tecnológicos e Financeiros		1,945	0,146		4,254	0,003*	1>2	2,838	0,026*	—	1,364	0,231	
	Vencimento		11,053	0,000*	2>1, 2>3	10,022	0,000*	1>2,3,4	6,669	0,000*	1>3,4	1,144	0,338	
	Local de trabalho e equipamento		0,204	0,816		1,607	0,174		2,140	0,078		0,947	0,462	
QPC			2,781	0,064		2,421	0,050		4,094	0,003*	4>2	6,944	0,000*	4>1,2,3,6,7; 5>3
MCQ			0,909	0,405		3,123	0,016*	—	3,679	0,007*	4>2	6,944	0,000*	4>2,3; 5>2,3;

Legenda: F - One-Way ANOVA; MCQ - Melhoria contínua da qualidade; QLT - Qualidade do local de trabalho; QPC - Qualidade da prestação de cuidados; t - t Student; * $p<0,005$

com a dimensão “vencimento”, comparativamente com os restantes grupos, 35 horas e 46 a 55 horas, que apresentam valores inferiores (21,42% e 10,61%, respetivamente) (apêndice 7).

² Carga horária: 1=35 horas, 2=36-45 horas, e 3=46-55 horas; anos na instituição e na saúde: 1= ≤ 5 anos, 2=6-10 anos, 3=11-20 anos, 4=21-30 anos, 5= ≥ 31 anos; Área de cuidados: 1=Internamento, 2=ambulatório, 3=cuidados críticos, 4=cuidados indiretos, 5=UCC, 6=UCSP/USP, 7=CC

No que se refere à satisfação profissional segundo o tempo de serviço na sua instituição verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “recursos tecnológicos e financeiros” ($p=0,003$), “vencimento” ($p=0,000$) e “MCQ” ($p=0,016$). O grupo com ≤ 5 anos apresenta maior satisfação (58%) com os “recursos tecnológicos e financeiros” que o grupo com 6 a 10 anos (47,14%) (tabela 13 e apêndice 7).

Quanto ao “vencimento” os profissionais com 5 ou menos anos de serviço na sua instituição apresentam maior satisfação (41,43%), comparativamente aos grupos 6-10 anos (14,07%), 11-20 anos (10,06%), e 21-30 anos (12,50%).

Na “MCQ”, apesar de haver diferença significativa entre os grupos, não foi possível identificar qual o que tem maior nível de satisfação, utilizando o teste *Post-Hoc de Scheffe*.

Relativamente à satisfação profissional segundo o tempo de trabalho na saúde, a identificação de diferenças estatisticamente significativas ocorreu nas dimensões “QLT” ($p=0,039$), “política de recursos humanos” ($p=0,021$), “recursos humanos” ($p=0,035$), “recursos tecnológicos e financeiros” ($p=0,026$), “vencimento” ($p=0,000$), “QPC” ($p=0,003$), e “MCQ” ($p=0,007$) (tabela 13 e apêndice 7).

No que se refere à “política de recursos humanos”, “recursos humanos”, “QPC” e “MCQ” verificou-se que o grupo com 21 a 30 anos de serviço na saúde apresenta maior satisfação (61,89%, 66,00%, 75,32% e 76,55%) que o grupo com 6 a 10 anos (53,20%, 56,51%, 63,10% e 66,51%).

Na faceta “vencimento”, os participantes com 5 ou menos anos de serviço na saúde apresentam maior satisfação, com 40,74%, do que os grupos com 11 a 20 anos (12,09%) ou 21 a 30 anos (9,01%).

Relativamente à “QLT” e aos “recursos tecnológicos e financeiros” apesar da existência da diferença significativa entre os grupos, não foi possível identificar qual o que tem maior nível de satisfação, utilizando o teste *Post-Hoc de Scheffe*.

No tocante da satisfação profissional por área de cuidados e unidade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) na maioria das dimensões da satisfação profissional: “QLT” ($p=0,000$); “política de recursos humanos” ($p=0,001$); “órgãos de gestão” ($p=0,000$); “recursos humanos” ($P=0,035$);

“moral” ($p=0,000$); “coordenador” ($p=0,000$); “estado de espírito” ($p=0,001$); “QPC” ($p=0,000$); e “MCQ” ($p=0,000$) (tabela 13 e apêndice 7).

Na escala “QLT” e subescala “política de recursos humanos”, o nível de satisfação profissional dos enfermeiros das UCC apresenta maior satisfação (71,69% e 66,16%) que o grupo de CCr (56,74% e 51,85%).

Relativamente aos “órgãos de gestão”, os enfermeiros das UCC apresentam maior satisfação (68,41%), do que os grupos das UCSP/USP (51,77%), dos CH em regime de internamento (48,21%) ou ambulatório (48,08%), e de CCr (41,95%).

No tocante da faceta “recursos humanos” e “coordenador”, apesar da diferença estatisticamente significativa entre os grupos, não foi possível identificar qual o que tem maior nível de satisfação, utilizando o teste *Post-Hoc de Scheffe*. Contudo, verifica-se que os enfermeiros do grupo de CH indiretos tendem a exibir maior satisfação (80,67% e 91,14%) do que os enfermeiros de CCr (55,9% e 62,91%). Relativamente à subescala “moral” e “estado de espírito” os enfermeiros das UCC exibem maior satisfação (86,15% e 77,27%) que o grupo integrante da área de CCr (62,83% e 62,37%).

No tocante da “QPC”, os enfermeiros de CH indiretos apresentam maior nível de satisfação profissional, com 96,79%, do que os enfermeiros dos grupos de CH em regime de internamento (69,52%) e de ambulatório (63,33%), de CCr (64,19%), das UCSP/USP (65,45%), e da UC/EGA (67,71%). Ainda nesta dimensão foi também identificada uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo das UCC e os de CCr, sendo que o primeiro apresenta maior satisfação (76,88%) que o segundo (64,19%).

No que respeita a “MCQ”, tanto os enfermeiros integrantes nas UCC como dos CH indiretos apresentam maior valor de satisfação (81,59% e 94,06%, respetivamente) que o grupo de CH em regime de ambulatório (61,54%) e de CCr (63,64%).

Relativamente a média total de satisfação por área de cuidados verificamos também existem diferenças estatisticamente significativas segundo a área de prestação de cuidados (tabela 14).

Tabela 14. Média total da satisfação profissional por área de cuidados

Média Total de SP (QLT, QPC, MCQ)	INT. (1)	AMB. (2)	CCr (3)	IND (4)	UCC (5)	UCSP/USP (6)	UC/EGA (7)	Σ	F	p	Post Hoc
	47	11	56	3	22	63	5	207			
M (arit.)	2,89	2,42	2,57	4,57	3,34	2,84	2,77	2,83			
M (%)	67,80	58,40	61,40	95,70	76,80	66,80	65,40	66,60	9,52	0,000*	4>1,2,3,6,7; 5>2,3
DP	0,72	0,64	0,57	0,67	0,52	0,54	0,55	0,67			

Legenda: AMB. - Ambulatório; CC - Cuidados Continuados; CCr - Cuidados Críticos; IND - Cuidados Indiretos INT - Internamento; DP - desvio padrão; EGA - Equipe de gestão de altas; F - One-Way ANOVA; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; MCQ - Melhoria contínua da qualidade; QLT - Qualidade do local de trabalho; QPC - Qualidade da prestação de cuidados; UC - Unidade de convalescença; UCC - Unidade de cuidados na comunidade; UCSP - Unidade de cuidados de saúde personalizados; USP - Unidade de saúde pública; *p<0,005

Os CH indiretos apresenta maior satisfação (95,7%), comparativamente aos contextos: CH em regime de internamento, ambulatório e CCr, UCC, UCSP/USP e UC/EGA, cujos valores variam entre 58,4% e 76,8%. É identificada também diferença entre a UCC (76,8%) e os CH em regime de ambulatório (58,4%) e CCr (61,4%), apresentando o primeiro maior satisfação que os últimos.

Satisfação profissional segundo itens da satisfação global

Relativamente à SP, segundo a questão “*sente que a sua formação (profissional e académica) é adequada para desempenhar o seu trabalho?*” (tabela 15), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (apêndice 8).

Para a questão “*recomendaria os serviços deste contexto de prática clínica a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?*”, a análise da comparação de médias revelou diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões (com p=0,000 a 0,001), com exceção da faceta “vencimento” (tabela 15 e apêndice 8).

No que se refere à “QLT”, o grupo que respondeu “claro que sim” apresenta maior satisfação (66,76%) que os grupos que responderam “provavelmente sim” e “provavelmente não” (60,43% e 41,69%, respetivamente). Relativamente à subescala “política de recursos humanos”, verificou-se que o grupo que respondeu “claro que sim” apresenta maior satisfação (61,74%) que os grupos que responderam “provavelmente sim” e “provavelmente não” (52,62% e 34,09%, respetivamente). Para a faceta “órgãos de gestão”, verifica-se que os enfermeiros que responderam “claro que sim” apresentam maior satisfação que os que responderam “provavelmente sim” (44,34%) ou “provavelmente não” (27,27%). Para a faceta “recursos humanos” conclui-se que o grupo que respondeu “claro que sim” exhibe maior satisfação (64,61%) que os que responderam “provavelmente sim” (56,72%) ou “provavelmente não” (39,55%). Verifica-se ainda diferença estatisticamente

significativa na comparação da satisfação dos participantes que responderam “provavelmente sim” (56,72%), quando comparada com os que responderam “provavelmente não” (39,55%).

Tabela 15. Satisfação profissional por itens da satisfação global

Escala	Sub escala	Faceta	Formação		Recomendaria			Recorreria			Voltar atrás		
			F	p	F	p	Post Hoc	F	p	Post Hoc	F	p	Post Hoc
QLT			1,084	0,357	17,265	0,000*	1>2,3; 2>3	18,86	0,000*	1>2,3,4 ; 2>3	2,546	0,057	
	Política de Recursos Humanos		0,476	0,700	18,278	0,000*	1>2,3; 2>3	19,53	0,000*	1>2,3; 2>3	0,892	0,446	
	Órgãos de Gestão		0,775	0,509	11,272	0,000*	1>2,3	9,81	0,000*	1>2,3	0,354	0,786	
	Recursos Humanos		0,539	0,656	13,406	0,000*	1>2,3; 2>3	16,27	0,000*	1>2,3; 2>3	1,042	0,375	
	Moral		1,956	0,122	11,521	0,000*	1,2>3	11,78	0,000*	1>2,3	2,200	0,089	
	Coordenador		1,920	0,127	9,643	0,000*	1,2>3	10,08	0,000*	1>2,3	1,815	0,145	
	Estado de Espírito		1,530	0,208	15,511	0,000*	1>2,3; 2>3	12,48	0,000*	1>2,3; 2>3	4,089	0,008*	1>3
	Recursos Tecnológicos e Financeiros		2,300	0,078	5,844	0,001*	1>3	6,20	0,000*	1>3	2,045	0,109	
	Vencimento		1,155	0,328	0,813	0,488		1,34	0,262		2,457	0,064	
	Local de trabalho e equipamento		2,191	0,090	6,720	0,000*	1,2>3	6,85	0,000*	1>3; 2>3	1,035	0,378	
	QPC		0,469	0,704	16,352	0,000*	1>2,3; 2>3	10,70	0,000*	1>2,3; 2>3	1,964	0,121	
	MCQ		2,009	0,114	20,228	0,000*	1>2,3; 2>3	13,17	0,000*	1>2,3; 2>3	4,334	0,005*	1>2

Legenda: F - One-Way ANOVA; MCQ - Melhoria contínua da qualidade; QLT - Qualidade do local de trabalho; QPC - Qualidade da prestação de cuidados; *p<0,005

No que se refere à “moral”, “coordenador” e “local de trabalho e equipamento”, verifica-se que os enfermeiros que responderam “claro que sim” (76,11%, 76,33% e 66,77%) e os que responderam “provavelmente sim” (70,64%, 71,53% e 62,05%), exibem maior satisfação do que os que responderam “provavelmente não” (50,35%, 50,08% e 49,43%). No que diz respeito ao “estado de espírito” o grupo que respondeu “claro que sim” apresenta maior satisfação (74,78%) que os grupos que responderam “provavelmente sim” e “provavelmente não” (65,74% e 51,82%, respetivamente).

Na subescala “recursos tecnológicos e financeiros” constata-se que os participantes apresentam maior satisfação (55,35%) quando a resposta foi “claro que sim” comparando com o grupo que respondeu “provavelmente não” (34,42%).

Na “QPC” e “MCQ” existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que em ambas as dimensões os participantes que responderam “claro que sim” exibem maior satisfação (73,89% e 76,46%), do que os grupo que responderam “provavelmente sim” (65,51% e 68,89%) e “provavelmente não” (52,21% e 49,72%).

O nível de satisfação profissional, segundo as escalas, subescalas e facetas, relativamente à questão “*recorreria a este contexto de prática clínica caso necessitasse de cuidados?*”, à semelhança da questão anterior, revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$ a $0,001$) em todas as dimensões, com exceção da faceta “vencimento” (tabela 15 e apêndice 8).

No que se refere à “QLT”, o grupo que respondeu “claro que sim” apresenta maior satisfação (67,65%) que os grupos que responderam “provavelmente sim”, “provavelmente não” e “claro que não” (58,88%, 45,40% e 43,97%, respetivamente).

Relativamente à subescala “política de recursos humanos”, verificou-se que o grupo que respondeu “claro que sim” apresenta maior satisfação (61,82%) que os grupos que responderam “provavelmente sim” e “provavelmente não” (52,29% e 31,48%, respetivamente). Para o item “órgãos de gestão”, verifica-se que os enfermeiros que responderam “claro que sim” apresentam maior satisfação (57,19%) que os que responderam “provavelmente sim” (45,92%) ou “provavelmente não” (24,31%). No tocante “recursos humanos” conclui-se que o grupo que respondeu “claro que sim” exhibe maior satisfação (65,34%) que os que responderam “provavelmente sim” (55,62%) ou “provavelmente não” (37,22%). Verifica-se ainda diferença estatisticamente significativa na comparação da satisfação dos participantes que responderam “provavelmente sim” (55,62%), quando comparada com os que responderam “provavelmente não” (37,22%).

No que se refere à “moral” e “coordenador”, verifica-se que os enfermeiros que responderam “claro que sim” (78,07% e 78,77%) e os que responderam “provavelmente sim” (67,43% e 67,80%), exibem maior satisfação do que os que responderam “provavelmente não” (54,79% e 55,25%). Relativamente ao “estado de espírito” o grupo que respondeu “claro que sim” apresenta maior satisfação (74,18%) que os grupos que responderam “provavelmente sim” e “provavelmente não” (65,64% e 52,22%, respetivamente). Verificou-se também que o grupo que

respondeu “provavelmente sim” apresenta maior satisfação (65,64%) que o grupo que responde “provavelmente não” (52,22%).

No que se refere aos “recursos tecnológicos e financeiros” verifica-se que os participantes apresentam maior satisfação (55,28%) quando a resposta foi “claro que sim” comparando com o grupo que respondeu “provavelmente não” (32,54%).

Quanto à “QPC” e “MCQ” verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que em ambas as dimensões os participantes que responderam “claro que sim” exibem maior satisfação (72,86% e 76,63%), do que os grupo que responderam “provavelmente sim” (65,59% e 67,11%) e “provavelmente não” (54,03% e 55,00%). Ainda em relação a estas dimensões, verificou-se também que o grupo que respondeu “provavelmente sim” exibe maior satisfação (65,59% e 67,11%) que o grupo que respondeu “provavelmente não” (54,03% e 55,00%).

Na tabela 15, onde se apresenta o nível de satisfação profissional, segundo as escalas, subescalas e facetas, relativamente à questão “*se pudesse voltar atrás, escolheria de novo este contexto de prática clínica para trabalhar?*”, 45% dos participantes responderam “claro que sim”, 35% “provavelmente sim”, 14% “provavelmente não”, e 6% “claro que não”. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “estado de espírito” ($p=0,006$) e “MCQ” ($p=0,005$) (tabela 15 e apêndice 8).

No que se refere à faceta “estado de espírito”, o grupo que respondeu “claro que sim” apresenta maior de satisfação (72,16%) do que o grupo que respondeu “provavelmente não”, com 61,29%.

Em relação à “QPC”, verifica-se que o grupo que responde “claro que sim” apresenta maior satisfação (74,54%) que o que respondeu “provavelmente sim” (66,14%).

Grau de satisfação global por área de cuidados

No final das questões que caracterizam a satisfação global da amostra, foi pedido aos participantes que definissem o seu atual grau de satisfação na sua instituição (“*atualmente, qual é o seu grau de satisfação nesta instituição?*”), sendo as respostas organizadas em cinco grupos: 1 - “muito insatisfeito/a”, 2 - “insatisfeito/a”, 3 - “nem satisfeito/a nem insatisfeito/a”, 4 - “satisfeito”, e 5 - “muito satisfeito/a”.

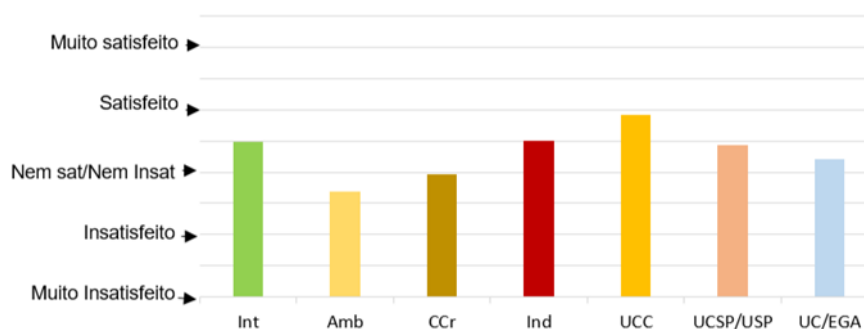
Constataram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) no grau de satisfação global segundo a área de prestação de cuidados (tabela 16).

Tabela 16. Grau de satisfação global percebido pelos enfermeiros por área de cuidados

		INT	AMB	CCr	IND	UCC (5)	UCSP/ USP (6)	UC/EGA (7)	F	p	Post Hoc
	n	49	13	59	4	22	65	5			
Grau Satisfação	M	3,49	2,69	2,96	3,50	3,91	3,43	3,20	4,711	0,000*	5>2,3
	DP	0,87	1,18	0,91	0,58	0,61	0,92	0,84			

Os enfermeiros da área de cuidados da UCC percecionam-se num grau de satisfação superior, aos enfermeiros de CH em regime de internamento e CCr.

Gráfico 6. Grau de satisfação global por área de cuidados



Legenda: Int: Internamento (Cuidados hospitalares); Amb: Ambulatório (Cuidados hospitalares); CCr: Cuidados Críticos (Cuidados hospitalares); Ind: Cuidados Indiretos (Cuidados hospitalares); UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade (Cuidados de saúde primários); UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Cuidados de saúde primários); USP: Unidade de Saúde Pública (Cuidados de saúde primários); UC/EGA - Unidade de Convalescença/Equipa de gestão de altas (Cuidados continuados)

O grupo de profissionais pertencentes às UCC posicionam-se num grau de satisfação de “satisfeito” e os que integram os CH de ambulatório e os CCr consideram-se “insatisfeitos” e “nem satisfeitos/nem insatisfeitos, respetivamente (gráfico 6).

2.2. Análise e discussão de resultados

Neste subcapítulo serão analisados e discutidos os principais resultados do estudo com base nos resultados anteriormente apresentados.

Comparando com a taxa de resposta obtida em estudos anteriores, em que o instrumento de colheita de dados (IASP) foi distribuído em papel, este estudo situa-se numa posição intermédia (70,10%), sendo inferior à conseguida por Mendes (2014), que foi de 91,1%, mas superior à de Matos (2012), com 59,4%. Esta posição mantêm-se quando confrontada com a taxa de resposta de estudos em que se optou pela distribuição do IASP pela internet, como sejam os de Ferreira & Antunes (2009)

(85%) e Fonseca (2014) (66,06%), pelo que a metodologia escolhida não parece ter influído na adesão dos profissionais.

Explorando a taxa de resposta do nosso estudo, vimos que a taxa de adesão nos CSP foi superior (94%) à da verificada nos CH (61,20%) ou CC (42%), podendo esta diferença ser explicada, eventualmente, pela falta de motivação dos profissionais e/ou pela escassez de tempo devido à sobrecarga de trabalho.

A confidencialidade e anonimato dos participantes constituem um fator vital no processo de investigação que devem ser asseguradas pelo investigador. Com vista a garantir a confidencialidade foi atribuído um caráter facultativo às questões relacionadas com as características sociodemográficas da amostra. Deste modo, parte dos profissionais optaram por não responder, num total de 16 para a questão relacionada com o sexo, 22 para a idade, 17 para a situação familiar, 16 para o rendimento familiar, 23 para o agregado familiar, 24 para o número de filhos, 17 para as habilitações académicas, 15 para a categoria profissional e 29 para as perspetivas de emigração. O anonimato foi garantido dado que a identificação dos participantes não foi solicitada em nenhuma das questões.

A amostra (n=218) é maioritariamente do sexo feminino, com idade média de 33 anos, cujo estado civil é união de fato ou casado, integrando um agregado composto por 3 a 4 elementos, com 1 a 2 filhos. Os enfermeiros realizam em média 37,9 horas de cuidados por semana, sendo o rendimento auferido classificado pela maioria dos profissionais como “suficiente” (58%). Contudo, é expressiva (42%) a faixa da amostra que discorda e o classifica como “insuficiente”. Tal é congruente com o fato de 19% dos participantes acumularem funções, em média de 14 horas por semana, maioritariamente na área de prestação de cuidados de enfermagem. Ainda assim, considerando a atual conjuntura da profissão de enfermagem em que a baixa empregabilidade, estabilidade contratual e vencimentos reduzidos motivaram nos últimos 8 anos a emigração de milhares de enfermeiros portugueses para o estrangeiro, a grande maioria da amostra nega alguma vez ter considerado a emigração como perspetiva para melhorar as condições de trabalho (Pinheiro, 2017).

Mais de metade da amostra apresenta a categoria profissional de “enfermeiro”, tendo a habilitação académica de “licenciatura”, contudo é relevante o número de enfermeiros (17%) com formação académica superior ao nível do 3º ciclo. Verificou-

se ainda que cerca de 22% da amostra realizou uma especialidade na área de Enfermagem, sendo que destes 36% não detém categoria profissional correspondente. Apresentam, em média, 14 anos de serviço na atual instituição e na saúde, possuindo conhecimento da prática profissional que se reporta ao contexto da ULS. Contudo, o tempo de serviço na instituição e na saúde entre os 6 e 10 anos também assume uma faixa com representatividade na amostra. A maioria da amostra provem dos CH, seguida dos CSP, sendo que os CC têm menor expressão devido à baixa taxa de resposta verificada.

Considerando o objetivo específico de conhecer o grau de SP dos enfermeiros nas diversas dimensões, verificou-se que a satisfação total obtida nas escalas QLT, QPC e MCQ foi de 66,6%, sendo considerada como “regular”. Apesar de este valor ser inferior aos de Azevedo (2012) (71,6%) ou Fonseca (2014) (71,5%), aproxima-se do verificado no estudo de Matos (2012) (67,7%) que se situa também no grau “regular”.

A SP das dimensões QLT (61,6%), QPC (67,8%) e MCQ (70,4%) mostrou-se inferior à verificada no estudo de Fonseca (2014) (QLT: 67,42%, QPC: 78,28% e MCQ: 80,71%), e Azevedo (2012) (QLT: 65,56%, QPC:74,12% e MCQ: 75,37%), sendo, contudo, semelhante o padrão em crescendo de SP identificado ao longo das escalas. Assim, os enfermeiros encontram-se mais satisfeitos com os aspetos da MCQ e QPC do que com os relacionados com a QLT, variando entre a classificação “regular” e “boa”.

Explorando os processos que influenciam a SP, e em particular, os que se relacionam com as facetas do IASP, segundo Laschinger, Heather, & Fida (2015), a liderança autêntica, através do empoderamento estrutural e suporte das práticas profissionais, pode influenciar a percepção da QPC, e esta, por sua vez, contribui fortemente para a SP dos enfermeiros. Nesta esfera a satisfação média da QPC (67,8%), embora classificada como “regular”, foi a segunda mais elevada das três dimensões que compõem a SP. Os itens com maior satisfação foram a “capacidade dos profissionais” e “sensibilidade”, sendo que os participantes se encontram mais satisfeitos quanto à forma como os enfermeiros compreendem o outro e como são prestados os cuidados. O item que obteve menor satisfação entre os enfermeiros reporta-se às “informações”, pelo que se perspetiva margem para crescimento no âmbito da continuidade de cuidados. As sugestões dos enfermeiros vão ao encontro

destes dados, na medida em que foi relatada a necessidade da existência de maior acessibilidade aos cuidados e aumento da literacia em saúde.

A QPC e a MCQ relacionam-se diretamente, através, nomeadamente, das questões do ambiente de trabalho, como sejam as medidas de suporte da prática clínica e as relações interpessoais. Estudos recentes corroboram com a existência de uma forte relação positiva entre o ambiente de trabalho (um dos itens da MCQ) e a SP (Koy, Yunibhand, Angsuroch, & Fisher, 2015; You, Aiken, Slone, Liu, ... & Shang, 2013). A satisfação com a MCQ constituiu o valor mais elevado (70,4%) alcançado a classificação de “bom”. O item desta dimensão que obteve maior índice de satisfação foi o “orgulho na profissão”, revelando que os enfermeiros sentem orgulho no desempenho das suas funções. O item com menor satisfação atribuída é a “melhoria contínua” e diz respeito ao esforço que é desenvolvido no contexto da prática clínica para que tal ocorra, bem como para promover a relação com os profissionais e utentes. Neste campo, é reconhecida uma oportunidade para melhorar, sendo concretizada nas cerca de 17% das sugestões efetuadas pelos enfermeiros na questão aberta do IASP, em que a necessidade de formação contínua surge como líder.

Considerando que a liderança autêntica, o empoderamento estrutural e o suporte das práticas profissionais enunciados constituem fatores que concorrem para a SP, e que o mesmo se verifica em relação aos “recursos humanos” (pois a sua redução influencia negativamente a perceção de QPC, e em consequência, promove a insatisfação), vimos que estamos precisamente perante duas facetas da QLT (Koy *et al.*, 2015; Laschinger *et al.*, 2015). A faceta “órgãos de gestão” obteve o menor valor médio (positivo) de satisfação (51,4%), seguindo-se dos “recursos humanos” (59,2%), contribuindo o também menor valor da QLT, sendo, portanto, este resultado sustentado pela literatura.

A subescala com menor classificação é a “política de recursos humanos” (55,8%). Analisando uma das facetas constituintes, “órgãos de gestão”, os itens que obtiveram menor classificação foram o “reconhecimento dos órgãos de direção” (37,9%) e as “queixas de objeções” (37,9%), o que é congruente com a análise de conteúdo das sugestões dos profissionais atribuídas a esta faceta, que transmitiram a necessidade de uma melhoria da comunicação, maior proximidade e conhecimento das dificuldades sentidas em cada contexto profissional. Na outra faceta, “recursos

humanos”, o item com menor classificação diz respeito ao número de profissionais, sendo este o conteúdo das referências que liderou as sugestões, estando sempre patente a necessidade do aumento do número de enfermeiros.

Entre as facetas avaliadas, o “estado de espírito” e o “coordenador”, constituindo a subescala “moral”, ostentam os valores mais elevados de satisfação entre os profissionais, com, respetivamente, 68,6% e 71,6%, tendo o mesmo sido verificado por Fonseca (2014) (79,77% e 80,74%), Azevedo (2012) (73,49% e 73,43%) e Matos (2012) (72,9% e 72,1%).

A faceta “coordenador”, obteve a menção qualitativa de “bom”. Os itens com melhor classificação são a “abertura” e “liberdade”, retratando um coordenador com abertura e disponibilidade para comunicar, e que confia nos enfermeiros conferindo liberdade para que tomem decisões quando necessário. Numa perspetiva de melhoria continua da qualidade, serão analisados os seus itens constituintes para identificar qual a principal área em que poderá haver margem para crescimento. Assim, os itens que obtiverem menor classificação foram: “atitude positiva”, “atitude construtiva” e “investimento na qualidade”. Mais uma vez se encontra uma correspondência com a análise de conteúdo das referências dos profissionais que traduzem a necessidade de maior compreensão das dificuldades sentidas diariamente, que se refletiria no que consideraram uma “melhor” gestão de recursos humanos e dos cuidados. Referem ainda aspetos da atitude do coordenador, relatando que apreciariam uma atitude mais positiva e construtiva, concretizada em competências de liderança em detrimento das de chefia. Segundo Rego *et al.* (2015) a perspetiva liderança assume-se como um processo mais emocional, criativo e inspirador, no qual o líder exerce influência sobre a equipa, enquanto que a gestão relaciona-se mais com os procedimentos, planeamento, caracterizada por uma racionalidade formal no trabalho com as equipas.

Apesar da faceta “estado de espírito” apresentar uma classificação de “regular”, trata-se de um valor elevado (68,6%). Seria expectável que assim fosse, pois os enfermeiros são profissionais empenhados que abraçam a filosofia holística de cuidados, independentemente das dificuldades, sendo que esta característica modela as expectativas dos mesmos (Baumann, 2007). De acordo com as sugestões, a satisfação com esta faceta poderia ser melhorada através de uma maior valorização da profissão e dos cuidados de enfermagem por parte da organização. O sentimento

de valorização é tido como fator de satisfação para os enfermeiros, resultando de uma imagem positiva da profissão e orgulho nas suas competências clínicas, sendo que estas são potenciadas pela relação interpessoal com os outros (Morgan & Lynn, 2009).

Por fim, a SP com a subescala “recursos tecnológicos e financeiros” obtêm o nível de SP mais baixo da escala QLT, sobretudo devido à faceta “vencimento”, a única com valor negativo (22%), classificada como “mau”. Este achado é transversal a vários estudos da SP de enfermeiros, tais como em Fonseca (2014), que se obteve o valor de 39,01%, de Azevedo (2012) (36,78%), ou de Matos (2012) (35,2%). Os enfermeiros consideram que a menor satisfação com esta faceta tem maior expressão quando comparado com o seu desempenho e responsabilidade assumida. Ainda assim, esta faceta foi a que obteve menor referências (cerca de 3%) no campo destinado às recomendações, o que poderá ser explicado pela teoria de Herzberg, (2003) que afirma que o vencimento não provocando a satisfação, pode apenas ser responsável pelo aumento ou diminuição a insatisfação. Poderá também revelar que os enfermeiros conseguem separar o que poderão ser causas de menor satisfação nas quais a ULS não poderá interferir, como seja a atualização de vencimentos que exige uma tomada de decisão governamental.

A faceta “local de trabalho e equipamento”, obteve um valor superior ao verificado em Fonseca (2014) (53,24%), em Matos (2012) (53,7%) ou Azevedo (2012) (60,9%). Analisando os seus itens constituintes observamos que os enfermeiros classificam o seu local de trabalho como limpo e organizado, havendo, no entanto, margem para melhoria no que se refere à segurança e aos equipamentos. As sugestões efetuadas pelos profissionais incidiram também sobre este aspeto, identificando a necessidade da existência de equipamento adequado, bem como uma mais célere substituição ou reparação em tempo útil, sob pena de diminuir a segurança dos cuidados.

Relativamente à “satisfação global”, que traduz a atitude dos profissionais perante o trabalho, verificou-se que cerca de 90% dos profissionais recomendariam o seu contexto de prática clínica e admitem utilizá-lo em caso de necessidade, o que poderá traduzir confiança nos cuidados prestados. Como seria expectável, estes enfermeiros apresentam maior nível de satisfação do que os que responderam negativamente. Contudo, quando questionados se voltariam a escolher de novo o

seu contexto de prática clínica, há uma faixa expressiva da amostra (20%) que responde “provavelmente não” ou “claro que não”, sendo um valor superior ao encontrado em Fonseca (2014) (7%), em Azevedo (2012) (3,8%) ou Matos (2012) (11,2%). Este valor pode estar relacionado com fatores de causa pessoal ou organizacionais, nomeadamente a remuneração, as condições de trabalho e o relacionamento com os órgãos de gestão (uma vez que obtiveram menor nível de SP), e não com o trabalho em si (Spector, 2012). Analisando o grau de SP percebido pelos próprios, a faixa de insatisfação (“insatisfeito” e “muito insatisfeito”) é congruente com este achado, representando também 20% da amostra. Contudo, a maioria dos profissionais da ULS percebem-se como “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”, ainda que se verifique que existe uma outra porção da amostra (26,5 %) com dificuldade em classificar o seu grau de SP (“nem satisfeito/nem insatisfeito”).

A identificação da relação entre as variáveis sociodemográficas e organizacionais face à SP, constituiu o segundo objetivo específico deste estudo. Considerando os fatores sociodemográficos estudados, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na SP segundo o sexo, nem segundo a formação académica, mas existem quanto à idade, situação familiar e categorial profissional.

No que se refere à idade, essas diferenças foram encontradas nas facetas “coordenador” e “estado de espírito”, que constituem a subescala “moral”, e na faceta “vencimento”. No estudo de (Fonseca, 2014) também se verificaram diferenças estatisticamente significativas segundo a idade, embora em diferentes facetas tendo apenas em comum a que diz respeito ao “vencimento”. Já nos estudos de Azevedo (2012) e Matos (2012) tal não se verificou.

Os enfermeiros que apresentam maior satisfação face ao “coordenador” e “estado de espírito” têm entre 45 a 54 anos, classificando-a como “boa”. Já os participantes com idades compreendidas entre os 35 e 44 anos apresentam menor satisfação face ao “coordenador”, e os com idade igual ou superior a 55 anos face ao “estado de espírito”, cujas classificações correspondem ambas à menção qualitativa de “regular”. Os profissionais mais velhos e mais novos tendem a apresentar maior satisfação, em comparação com os de idade intermédia. No que se refere aos mais velhos, a causa da maior satisfação é atribuída ao fato das

atitudes e expectativas face ao trabalho se alterarem ao longo da vida, podendo induzir um decréscimo do grau exigência face ao “estado de espírito” e “coordenador” (Mendes, 2014). A apresentação do fator idade por grupos etários permitiu identificar uma porção da amostra (≥ 55 anos) em que se verifica uma menor SP, apesar de corresponder ao de maior idade. Este achado poderá dever-se à alteração da idade de reforma, cujo agravamento se iniciou em 2007, conduzindo a uma alteração no que poderia ser o projeto de vida dos profissionais, no início e ao longo da maioria da sua carreira contributiva (Martins, 2015; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2007).

No que se refere ao “vencimento”, embora todos atribuam a classificação de “mau”, identificou-se que o grupo menos satisfeito têm entre 35 a 44 anos de idade. Considerando que a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 30,3 (INE, 2017a), tal poderá, eventualmente, explicar a menor SP deste grupo etário pelo fato das despesas familiares serem superiores neste período devido à educação dos filhos, habitualmente, menores e em idade escolar. Este achado poderá também justificar as diferenças estatisticamente significativas encontradas da SP face à situação familiar, pois a idade média para o primeiro casamento é 32,8 para os homens e 31,3 para as mulheres (INE, 2017b), sendo precisamente os participantes com esta faixa etária que constituirão o grupo de “casados/união de fato”, e os menos satisfeitos.

Quanto à categoria profissional verificou-se que os “enfermeiros graduados” encontram-se menos satisfeitos que os “enfermeiros” face ao “vencimento”. Tal poderá dever-se a fatores externos ao local de trabalho, e, nomeadamente devido ao congelamento de progressão na carreira dos profissionais da administração pública que ocorreu em 2011, data a partir da qual teve início a restrição de valorizações remuneratórias aos trabalhadores do setor público. Esta medida tem gerado descontentamento e sentimentos de injustiça entre a classe profissional, pois os vencimentos auferidos entre os “enfermeiros” e “enfermeiros graduados” não espelham as diferenças do tempo de serviço e, necessariamente, a experiência profissional que vem associada. Expecta-se que estas diferenças possam ser esbatidas em breve pela recente publicação do Despacho nº3746/2017 que prevê o descongelamento das carreiras dos trabalhadores que exercem funções públicas para o ano de 2018 (Gabinete dos Ministros Adjunto e das Finanças, 2017). A

literatura corrobora com esta possibilidade, pois para Bauk (1985) citado por Cristina & Moreno (2005), os fatores considerados com maior capacidade de promover a insatisfação no trabalho são a falta de perspectivas de oportunidades de progresso e promoção no trabalho.

Considerando os fatores organizacionais estudados, verificou-se a existência de diferenças de médias quanto à “carga horária semanal” o “tempo de serviço na instituição” na faceta “vencimento”. Os enfermeiros que realizam entre 36 a 40 horas por semana encontram-se mais satisfeitos que os que realizam 35 ou mais de 40 horas. Tal pode ser explicado por fatores externos ao ambiente de trabalho, na medida em que o vencimento base auferido pelos enfermeiros é inferior ao de outros cursos com equivalente grau académico (licenciatura), sendo de todos os funcionários públicos aqueles com maior desequilíbrio na relação formação-salário (Varela, 2014). Este pode ser um motivo para parte dos enfermeiros realizar horas além das contratualizadas, aumentando o seu vencimento líquido e, em relação a esse aspeto, poderão sentir-se mais satisfeitos. Resalva-se, no entanto, a possibilidade de persistirem vínculos contratuais de 40 horas cuja remuneração pode não ser proporcional ao trabalho realizado em comparação com os vínculos de 35 horas semanais. Os enfermeiros que ultrapassam a realização mais de 20 horas extra mensais (≥ 41 horas por semana), por outro lado, voltam a apresentar menor satisfação, pois possivelmente devido aos escalões de incidência do IRS³ a relação trabalho realizado e rendimento auferido tornar-se-é prejudicial. Quem realiza as 35 horas semanais contratuais terá um vencimento líquido inferior, podendo ser esse a eventual causa de menor satisfação.

Curiosamente, quando examinada a SP segundo o “tempo de serviço na saúde”, verificou-se um maior número de diferenças estatisticamente significativas. Dissecando a caracterização da amostra verifica-se uma ligeira inversão nas percentagens nos grupos <5 e 21-30 anos, entre o “tempo de serviço na instituição” e “tempo de serviço na saúde”. Este aumento da amostra com 20 a 31 anos, de 9 para 21%, poderá explicar o fato de não se terem identificado diferenças estatisticamente significativas na SP segundo o “tempo de serviço na instituição” neste grupo, mas estarem patentes quando analisada segundo o “tempo de serviço

³ Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

na saúde”. De acordo com a literatura, e a par da justificação apresentada para o fator idade, os profissionais mais velhos tendem a expressar maior SP pela alteração das expectativas almejadas ao longo da vida, tendo sido notória essa diferença na faceta “recursos humanos” e nas escalas “QPC” e “MCQ” (Mendes, 2014).

A área de cuidados constitui o último fator organizacional estudado, sendo que a sua análise também dará resposta ao terceiro objetivo específico definido, que consiste em comparar o grau de SP nos diversos contextos da ULS.

Verificou-se que os enfermeiros da UCC estão mais satisfeitos que os enfermeiros de CCr em todas as dimensões estudadas, QLT, QPC e MCQ, sendo a SP dos primeiros classificada de “boa” e aos últimos de “regular”. Este resultado é congruente com a análise da média total da SP em que também se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre estas áreas, apresentando-se os enfermeiros da UCC com um grau de satisfação considerado de “bom” (76,8%) e os de CCr de “regular” (61,4%). Destaca-se a faceta “órgãos de gestão” pelos valores de SP negativos nos CH, sendo que o valor mais baixo diz precisamente respeito aos CCr (41,95%), seguidos do CH em regime de ambulatório (48,21%) e de internamento (48,08%), em contraste com o valor mais elevado da ULS, de 68,41%, que surge na área das UCC.

No entanto, considerando que esta diferença só não se verificou na subescala “recursos tecnológicos e financeiros”, este resultado exige uma análise de forma mais global. Assim, coloca-se a possibilidade para que este se deva à natureza e condições de trabalho, pois a SP dos enfermeiros é profundamente influenciada pelo tipo de cuidados que desenvolvem (Abreu, 2001).

A maior satisfação nos enfermeiros da UCC poder-se-á dever à maior autonomia e participação na tomada de decisão, subjacente ao modelo organizacional que a caracteriza, podendo conduzir a uma maior satisfação com as políticas da ULS (Bauk, 1985 citado por Cristina & Moreno, 2005; Cavanagh, 1992; Weston, 2010).

No que se refere aos CH (onde se inclui os CCr), uma das possíveis explicações para os menores níveis de SP, poderá relacionar-se com o trabalho por turnos. A contínua exposição a alteração dos ritmos biológicos, pode proporcionar o aparecimento de fatores prejudiciais para saúde, tais como perturbações do sono, alterações cardiovasculares, gastrintestinais e nervosas, bem, como a restrição da

vida social e familiar, gerando uma relação dicotômica entre a qualidade de vida e o trabalho. (Martins, 2002). Neste sentido, a gestão de horários e a alocação de recursos humanos, sendo esta uma responsabilidade do “coordenador”, tem um papel fundamental na minimização destas consequências, e, inevitavelmente, na SP dos enfermeiros (Kovner, Brewer, Wu, Cheng, & Suzuki, 2006). Na ausência desta gestão adequada poderá ocorrer um desgaste físico e mental com consequências a curto, médio e longo prazo, tanto na qualidade de vida do trabalhador como da sua família, na qualidade e segurança dos cuidados prestados, e, conseqüentemente, na SP dos enfermeiros (Martins, 2002).

A prestação de CH, em particular em CCr (área de menor SP), é percebida como geradora de sobrecarga física e mental para os profissionais. A enfermagem não se concebe sem a dimensão relacional, pelo que o contato diário com a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, exige o desenvolvimento de estratégias de *coping*. (Britto & Carvalho, 2004; Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Nos CCr, caracterizados por um ambiente adverso em constante mutação, não são raras as vezes em que não há tempo para uma reflexão crítica das práticas, o que pode ter um impacto negativo na percepção de bem-estar e de SP dos enfermeiros (Britto & Carvalho, 2004).

Em jeito de síntese, quanto à área de cuidados, observou-se que na maioria das facetas, os enfermeiros de CCr apresentam os valores mais baixos de satisfação, seguidos dos de CH em regime de ambulatório e CC. Os valores mais elevados de satisfação distribuem-se entre os enfermeiros de CH indiretos e das UCC, sendo congruente com as médias totais de satisfação e as diferenças estatisticamente significativas identificadas. Comparando com o grau de percepção dos enfermeiros acerca da sua SP, é identificada uma correspondência, onde os profissionais de CH em regime de ambulatório se consideram como “insatisfeitos” e apenas os enfermeiros da UCC se consideram “satisfeitos”. Nas restantes áreas há uma indefinição quanto ao grau de SP, tendo os participantes optado pela resposta “nem satisfeito/nem insatisfeito”.

Coloca-se a hipótese para a explicação dos valores mais baixos encontrados, tendo como comparação os estudos similares anteriores já mencionados, o fato da profissão de enfermagem deter uma formação superior específica para o exercício diário das suas funções, possuindo concepções muito definidas e estruturadas dos

padrões de qualidade, o que eleva as suas exigências e expectativas. Acrescido a este elemento, vimos que nesta amostra, para além do grau de licenciatura (58%), 40% apresenta ainda formação pós-licenciada (pós-graduação e doutoramento). O pensamento crítico é uma característica inerente ao percurso formativo, contribuindo para um maior grau de exigência por parte destes profissionais, nomeadamente, em relação à qualidade dos cuidados e políticas de recursos humanos da ULS (incluindo as facetas “órgãos de gestão” e “recursos humanos”) (Hayes *et al.*, 2010).

Este estudo não permite concluir se existirá, em simultâneo, uma causa macro, contudo, o prolongamento no tempo da crise financeira sentida em Portugal nas últimas décadas, tendo o seu auge em 2011 após a solicitação de resgate financeiro à União Europeia (FMI⁴ e BCE⁵), que teve como consequência planos de austeridade nacionais, poderá contribuir para essa explicação. Esta justificação assume particular importância se considerarmos os itens que constituem a faceta “recursos humanos”, que se relacionam, nomeadamente, com o número de profissionais, proporção hierárquica e continuidade de pessoal, na medida em que os planos de contenção financeira a que assistimos tiveram um inevitável impacto negativo nestas áreas. As exigências centrais de redução de custos colocam desafios aos gestores de topo, pois tal impõe o desenvolvimento de medidas com maior eficiência sem prejuízo para a sua efetividade, mantendo como fim último a qualidade.

⁴ Fundo Monetário Internacional

⁵ Banco Central Europeu

3. CONCLUSÃO

A presente dissertação tinha como objetivo geral analisar a satisfação profissional dos enfermeiros de uma ULS. Em simultâneo, espera-se que este estudo possa constituir um documento de trabalho para os órgãos de gestão, por forma a identificarem quais as áreas passíveis de desenvolvimento, para manter e/ou melhorar a SP dos enfermeiros neste contexto específico.

Este estudo de investigação envolveu 38 unidades, de CSP, CH e CC, que constituem uma ULS. A amostra ficou constituída por 218 enfermeiros, a que correspondeu uma taxa de resposta de 70,1%. Exerciam funções nos CSP 39,9% dos participantes, 57,8% nos CH e 2,3% nos CC. O perfil do enfermeiro desta amostra caracteriza-se por ser do sexo feminino, com idade média de 33 anos, em união de fato ou casado, integrando um agregado composto por 3 a 4 elementos, com 1 a 2 filhos. Mais de metade da amostra apresenta a categoria profissional de “enfermeiro”, correspondendo ao grau académico de licenciatura. Contudo, é notória a faixa da amostra com formação de pós-licenciatura, designadamente, pós-graduação, especialização em Enfermagem, e doutoramento. Os enfermeiros realizam, em média, 37,9 horas de cuidados por semana, sendo que 19% dos participantes tem um segundo emprego que se traduz num acréscimo de 14 horas por semana de acumulação de funções. Não é consensual a relação vencimento-despesas familiar, sendo que as opiniões se dividem entre “suficiente” e “insuficiente”. Ainda assim, a possibilidade de emigração não constitui uma perspetiva para estes enfermeiros.

A SP foi avaliada através da aplicação do IASP, que subdivide esta dimensão em três escalas: QLT, QPC e MCQ. Dando resposta ao primeiro objetivo específico de conhecer o grau de SP total dos enfermeiros e nas diversas dimensões inquiridas, constatou-se que a média total obtida na ULS foi de 66,6%, correspondendo a uma classificação de “regular”. A QLT apresenta uma satisfação de 61,8%, a QPC de 67,8% e a MCQ de 70,4%, correspondendo às classificações qualitativas de “regular” e “bom”.

A QLT obteve a menor classificação, sendo que esta se deve principalmente à menor satisfação com as políticas de recursos humanos e vencimento auferido. Nesta esfera, os enfermeiros reiteram a necessidade de uma melhoria na

comunicação com os órgãos de gestão, uma maior aproximação e conhecimento das dificuldades sentidas em cada contexto profissional. A dotação de recursos humanos (enfermeiros) é também reconhecida como manifestamente insuficiente face à quantidade e complexidade dos cuidados, sendo fator de menor satisfação. Relativamente ao vencimento auferido, este não se adequa à formação académica, experiência, desempenho ou responsabilidades assumidas, sendo um fator que pode agravar a insatisfação. Em contraste, os enfermeiros classificam o seu nível de satisfação de “bom” no que respeita à moral. Reconhecem no coordenador a detenção de conhecimento sobre o desempenho dos enfermeiros da sua equipa, uma postura de abertura e disponibilidade, e que lhes confere liberdade para a tomada de decisão quando necessário. Contudo, identificam margem de crescimento na sua responsabilidade para o investimento na qualidade, e uma atitude mais positiva e construtiva. As competências de liderança em detrimento das de chefia são almejadas, bem como uma maior compreensão das dificuldades sentidas na prática clínica.

A QPC obteve um valor intermédio de satisfação, correspondendo à classificação qualitativa de “regular”. A prestação de cuidados de enfermagem apresenta qualidade na perspetiva da forma como são prestados e na relação que é estabelecida com a pessoa cuidada. Contudo, verifica-se que há necessidade de melhorar a continuidade dos cuidados através da melhoria da informação prestada aos utentes acerca da sua situação clínica, tratamento e acompanhamento após alta.

A MCQ é a dimensão da SP com melhor classificação, correspondendo à menção qualitativa de “bom”. Os enfermeiros consideram que deveria haver um maior esforço da parte dos diversos contextos de prática clínica para promover a melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, através do investimento na formação contínua dos profissionais. No entanto, tal não influi no orgulho que sentem na profissão, nem na prestação de cuidados de enfermagem.

A nível da satisfação global percecionada pelos enfermeiros, a grande maioria recomendariam o seu contexto de prática clínica e admitem utilizá-lo em caso de necessidade, o que poderá traduzir confiança nos cuidados prestados. A maioria também escolheria de novo o seu contexto de prática clínica, ainda que um quinto da amostra não o fizesse, sendo que esta faixa da amostra se percebe como insatisfeita. Os restantes participantes percecionam-se maioritariamente com

satisfeitos, seguidos uma parte da amostra que se posiciona num grau de indefinição designado por “nem satisfeitos/nem insatisfeitos”. Quando comparadas estas percepções com a SP, verifica-se que os enfermeiros que responderam positivamente às questões quanto à recomendação e utilização dos seus contextos de prática clínica, apresentam maior satisfação que os que responderam negativamente.

Dando resposta ao segundo objetivo específico do estudo, verificou-se que existe relação dos fatores sociodemográficos estudados com a SP, mas apenas na QLT, relativamente à idade, situação familiar e categoria profissional. Já os fatores organizacionais relacionam-se com todas as dimensões da SP, no que se refere à carga horária, tempo de serviço na instituição e na saúde e área de prestação de cuidados, sendo este último fator o que apresentou maior relação com a SP.

O terceiro objetivo específico visava comparar o grau de SP nas diversas unidades da ULS, tendo sido identificadas diferenças de médias estatisticamente significativas entre estas. A área de cuidados com menor nível de SP na maioria das facetas e, conseqüentemente, na média total, é a de CCr, seguidos dos CH em regime de ambulatório e CC. Os valores mais elevados de satisfação distribuem-se entre os enfermeiros de CH indiretos e das UCC.

Deste modo, apresentadas as conclusões, verificou-se o alcance dos objetivos inicialmente propostos. Confirma-se, tal como explanado no modelo conceptual do IASP, que os fatores sociodemográficos e organizacionais influenciam a SP nas várias dimensões constituintes (QLT, QPC e MCQ), condicionando as opiniões e atitudes dos enfermeiros. Estas materializam-se, designadamente, no que é a sua percepção quanto à: utilização e recomentação dos seus contextos de prática clínica para prestação de cuidados; escolha de novo do seu contexto; e a sua satisfação global.

As dimensões da SP não são estanques, possuem fronteiras muito ténues, em que todos os elementos se interligam por uma relação de influência. Uma vez identificada as áreas de menor satisfação, poder-se-ão delinear estratégias e medidas de suporte organizacional, que não só promovam a SP nestas, mas também potenciem a de outras onde a satisfação possa ser superior. A definição das várias medidas de suporte organizacional promotoras da SP, cruza-se com o que são as dimensões de estrutura e processo da efetividade dos cuidados de Enfermagem,

tendo por base o *Nursing Role Effectiveness Model*. A organização, através dos seus gestores, (aos níveis de decisão de topo - órgãos de gestão - e intermédio - coordenador), tem a capacidade e competência para intervir na estrutura (organização - ambiente de trabalho, dotações seguras, carga de trabalho e método de distribuição de trabalho; enfermeiro - proporcionando condições para a formação contínua) e nos processos (funções dependentes e interdependentes - melhorando os canais de comunicação entre a equipa, aumentando o envolvimento na tomada de decisão e condições de trabalho) com vista a aumentar os resultados sensíveis à prática de enfermagem, que se traduzem, na segurança e qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, em ganhos em saúde.

Limitações do estudo

Nesta fase é importante tecer algumas considerações sobre alguns aspetos que possam constituir limitações do estudo. Considerando as diferenças de médias verificadas na SP segundo a área de cuidados, assume-se como possível limitação o fato de os estudos prévios utilizados como comparação, em que foi avaliada a SP de enfermeiros através da aplicação do IASP, se reportarem apenas a contextos de cuidados de saúde primários. Identifica-se também a baixa taxa de resposta dos participantes da área de CC, podendo ter limitado a compreensão da variável SP neste contexto específico.

Implicações/recomendações para a investigação, gestão e formação

Uma ULS constitui um modelo de organização que tem como objetivo melhorar a capacidade e otimização dos cuidados prestados à população, através de uma gestão integrada de unidades de diferentes áreas, retratando, talvez, o expoente máximo da integração e continuidade de cuidados. Contudo, apesar das áreas de CSP, CH e CC deverem ser encaradas como uma só organização, numa perspetiva holística do cuidar, em que o todo é mais que a soma das partes, do ponto de vista da gestão de recursos humanos a abordagem a ter poderá não ser igual. Certamente que parte das necessidades e dificuldades sentidas serão transversais a todos os enfermeiros, no entanto, outras decorrem do contexto, podendo, assim, estas variarem de acordo com a área de prestação de cuidados. Sugere-se a realização uma análise independente da SP em cada área (CSP, CH e CC) para uma

identificação mais fina da percepção dos enfermeiros, aproveitando as potencialidades proporcionadas pela recolha de dados já realizada.

A compreensão da SP dos enfermeiros na ULS, e da relação com as diferentes variáveis do comportamento organizacional, constitui um potente indicador de gestão. Reitera-se que os profissionais se sentem valorizados na sua profissão, apresentam menor probabilidade de abandonar o trabalho, mais comportamentos de cidadania organizacional, maior satisfação, melhor desempenho, mais confiança, desenvolvem sentimentos de lealdade para com a organização e menor absentismo voluntário. A SP apresenta também uma associação estatisticamente significativa com a saúde mental, sendo que uma maior satisfação induz um menor número de manifestações físicas e comportamentais. Entre estas inclui-se o *Burnout*, que condiciona o bem-estar dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados (Cristina & Moreno, 2005; Rego *et al.*, 2015). Neste sentido, sugere-se também o estudo da influência da SP noutras variáveis do comportamento organizacional, tais como o empenhamento, produtividade, qualidade e segurança dos cuidados, bem como na satisfação dos utentes.

A taxa de resposta do estudo encontra-se numa posição intermédia em relação a outros estudos similares realizados, contudo, num segundo estudo recomendar-se-ia o desenvolvimento de novas estratégias de sensibilização à participação, nomeadamente, na área de CC, com vista a melhor compreensão do fenómeno. Nesta perspetiva, e visto a participação dos enfermeiros na resposta aberta ter sido positiva, futuramente poder-se-ia considerar a existência de uma maior proporção da metodologia qualitativa no questionário a aplicar.

Assim, tendo em conta os resultados obtidos, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias que promovam uma comunicação eficaz entre os órgão de gestão e os enfermeiros, facilitando o conhecimento das reais dificuldades dos enfermeiros em cada contextos de prática clínica. Neste sentido, elege-se como fator essencial a maior disponibilização de formação na área da liderança, por parte das escolas de enfermagem, constituindo-se uma ferramenta para melhorar a comunicação entre os gestores e os enfermeiros. Recomenda-se ainda a instituição de políticas organizacionais que promovam as dotações seguras de recursos humanos e condições de trabalho, o que poderá ser alcançado, por exemplo, pelo aumento de recursos humanos e da oferta de diversos padrões de trabalho. Analogamente,

sugerem-se estratégias que promovam a continuidade dos cuidados aos utentes através da melhoria da informação prestada (situação clínica, tratamento e acompanhamento após alta), e a melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, através do investimento na formação dos profissionais.

Destaca-se a importância do fortalecimento das relações interpessoais entre pares e aproximação dos órgãos de gestão, sugerindo-se a realização de atividades de cariz social, cultural e desportivo dentro da ULS, sendo uma medida com uma boa relação custo-benefício. Para o seu sucesso é essencial o envolvimento dos profissionais em todo o processo através de ações multidisciplinares, tendo como objetivo último a promoção da saúde dos mesmos.

Apesar das dificuldades sentidas pelos enfermeiros, estes demonstraram interesse e empenho, uma vez em que se verificou uma boa adesão ao questionário, em particular no que se refere à pergunta aberta. Vislumbra-se uma atitude ativa e construtiva que se manifesta pelo protesto (Rego *et al.*, 2015). Além disso, o fato de cerca de metade da amostra apresentar formação académica superior de pós-licenciatura, mesmo sem compensação monetária, antevê-se enfermeiros empenhados e que abraçam a profissão, expectando-se que estejam recetivos à inovação e mudança para melhorar a qualidade dos cuidados. Tendo em conta o exposto assume-se como principal medida a valorização do capital humano, que pode ocorrer através da definição de políticas organizacionais de suporte, da fomentação de uma maior participação nas tomadas de decisão de nível intermédio e autonomia. Estas medidas terão, necessariamente, um impacto positivo no estado de espírito e na moral.

A retenção de enfermeiros empenhados e satisfeitos é essencial para garantir a elevada qualidade dos cuidados, sendo que nesta área os líderes autênticos desempenham um papel importante na criação de ambientes com um suporte efetivo das práticas profissionais, resultando numa perceção de elevada QPC e maior SP (Laschinger *et al.*, 2015). As crescentes necessidades de qualidade da população exigem uma inovação na prestação de cuidados, que deve ser sustentada pela investigação. Apesar da gestão de talentos poder constituir um desafio para a gestão de recursos humanos, esta não deve ser encarada como uma dificuldade, mas antes como uma oportunidade para responder às referidas necessidades, elevando os padrões de qualidade e acrescentando valor às organizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos Enfermeiros*. (Formasau, Ed.). Coimbra.
- Aiken, L. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993. <http://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., ... Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>
- Al-hussami, M. (2008). A study of Nurses' Job Satisfaction: The Relationship between Transformational Leadership Behaviors , Organizational Justice , Leader-Member Exchange , Perceived Organizational Support , Trust in Management and Organizational Citizenship Behaviors. *European Journal of Scientific Research*, 22(2), 227–242. Retrieved from http://scholar.google.es/scholar?hl=es&lr=&scoring=r&q=allintitle:+organizational+justice+trust&as_ylo=2006&lr=#2
- Amado, J. (2010). Ensinar e aprender a investigar - reflexões a pretexto de um programa de iniciação à pesquisa qualitativa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44.
- Amaral, A. F. S. (2010). a Efectividade Dos Cuidados De Enfermagem : *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 96–105.
- Amaral, A. F. S., & Ferreira, P. L. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem, (1), 66–74.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2010). Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão. Retrieved December 13, 2016, from [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial de Competencias.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial_de_Competicencias.pdf)
- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership. *Leadership Quarterly*, 16, 315–338.
- Azevedo, R. O. B. de. (2012). *Satisfação no Trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários Satisfação no Trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários*. Universidade Fernando Pessoa.
- Bai, J. (2015). Does job satisfaction mediate the relationship between healthy work environment and care quality? *Nursing in Critical Care*, 21(1), 18–27. <http://doi.org/10.1111/nicc.12122>
- Barbosa, A. M. (2011). *A Organização interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde-Secretaria Geral.
- Batista, A. A. V., Vieira, M. J., Cardoso, N. C. D. S., & de Carvalho, G. R. P. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista Da*

Escola de Enfermagem Da U S P., 39(1), 85–91. <http://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100011>

Batista, V. L. D., Santos, R. M. F., & Duarte, J. C. (2010). Satisfação dos Enfermeiros : estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Revista Referência*, 2(12), 57–69.

Baumann, A. (2007). *Ambientes Favoráveis À Prática : condições de trabalho= cuidados de qualidade. Instrumento de Informação e Acção*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros.

Brief, A. P. (1998). *Attitudes in and around organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Britto, E. S., & Carvalho, A. M. P. (2004). Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de assistência a portadores de aids e problemas hematológicos. *Enfermeria Global*, 4(3).

Brum, L. M. (2013). *Satisfação profissional dos profissionais de saúde: comparação entre serviços com e sem sistema de gestão da qualidade*. Instituto Politécnico de Lisboa e Universidade do Algarve.

Buitrago, S. C. C., & Martinez, G. G. (2011). Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASSBASALUD E.S.E Manizales. *Archivos de Medicina*, 11. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273821489004.pdf>

Cabrita, J., & Perista, H. (2006). *Measuring job satisfaction in surveys - Comparative analytical report. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. Retrieved from <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0671.htm>

Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(nº6), 704–711.

Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf> <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>

Cristina, M., & Moreno, C. R. de C. (2005). Satisfação no trabalho – uma breve revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 30(112), 69–79. <http://doi.org/10.1590/S0303-76572005000200007>

Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (Editora, Ed.) (6ª). Lisboa.

Davis, S. (2012). Why Nurses Are the Unsung Heroes of Global Health. Retrieved December 22, 2016, from http://www.huffingtonpost.com/sheila-davis-dnp-anpbcb-faan/international-nurses-week_b_1499802.html

Decreto-Lei nº 187/2007 de 10 de maio. (2007). Decreto-Lei nº 187/2007 de 10 de maio. *Diário Da República, 1ª Série - Nº 90 - 10 de Maio de 2007*, 3100–3116.

- Donabedian, A. (1988). The quality of care - How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, 260, 1743–1748.
- Donabedian, A. (1990). *The seven pillars of quality*. (A. of P. & L. Medicin, Ed.).
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29–39. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>
- Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes: the state of science*. (J. & B. Learning, Ed.) (2ª edição). Sudbury.
- Ferreira, C. I. da S. R. A. (2015). *Gestão em Enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/EA1.pdf>
- Ferreira, J. M., Neves, J., & Caetano, A. (2011). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Ferreira, L. N. (2005). Avaliação Económica no Sector da Saúde. *Revista Dos Algarves*, 13, 42–49.
- Ferreira, P. L., & Antunes, P. (2009). *Monotorização da Satisfação dos Profissionais das USF*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/us_prof_rel.pdf
- Ferreira, V. L. A. (2011). *Satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saude primarios no distrito de Braga*. Universidade do Porto.
- Fonseca, R. M. P. da. (2014). *Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho*. Universidade de Coimbra.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo da Investigação: da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico - complexidade e performance* (Almedina). Coimbra.
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Gabinete dos Ministros Adjunto e das Finanças. (2017). Despacho nº3746/2017. *Diário Da República 2ª Série, Nº86 de 4 de Maio de 2017*, 1(Oe 2017), 8399. Retrieved from <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+ao+primeiro+casamento++por+se xo-421>
- George, J. M., & Jones, G. R. (1999). *Understanding and managing organizational behavior*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gouzou, M., Karanikola, M., Lemonidou, C., Papathanassoglou, E., & Giannakopoulou, M. (2015). Measuring professional satisfaction and nursing workload among nursing staff at a Greek Coronary Care Unit. *Revista Da*

Escola de Enfermagem Da USP, 49(spe), 15–21. <http://doi.org/10.1590/S0080-6234201500000003>

- Grone, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care A position paper of the WHO European office for integrated health care services The position of WHO on integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 1(June).
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse satisfaction in acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18.
- Herzberg, F. (1996). A Teoria Motivação - Higiene. In *Comportamento Organizacional e Gestão de Empresas* (pp. 43–65). Lisboa: Dom Quixote.
- Herzberg, F. (2003). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 81(1). <http://doi.org/z>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário (2ª edição)*. Lisboa: Sílabo.
- Huber, D. (2006). *Leadership and Nursing Care Management*. Philadelphia: Saunders.
- INE. (2017a). Idade média ao nascimento do primeiro filho. Retrieved May 13, 2017, from <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+da+mãe+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- INE. (2017b). Idade média ao primeiro casamento, por sexo. Retrieved May 13, 2017, from <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+média+ao+primeiro+casamento++por+sexo-421>
- International Council of Nurses. (2007). Positive Practice Environments: Quality workplaces=quality care. Geneva, Switzerland.
- International Council of Nurses. (2010). Management of nursing and health care services. Geneve: International council of Nurses. Retrieved from file:///G:/PC Asus/Mestrado/GESTÃO/3º semestre/Bibliografia/A08_Management_Nsg_Health_Care_Services.pdf
- Kovner, C., Brewer, C., Wu, W., Cheng, Y., & Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal Of Nursing Scholarship*, 38, 71–79.
- Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y., & Fisher, M. L. (2015). Relationship between nursing care quality , nurse staffing , nurse job satisfaction , nurse practice environment , and burnout: Literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(8), 1825–1831. <http://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150288>
- Laschinger, H. K., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: a cross-sectional study. *International Journal*

- Laschinger, S., Heather, K., & Fida, R. (2015). Linking Nurses' Perceptions of Patient Care Quality to Job Satisfaction. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(5), 276–283.
<http://doi.org/10.1097/NNA.000000000000198>
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República*, 1ª Série - Nº 159.
- Lin, B. Y.-J., Wan, T. T. H., Hsu, C.-P. C., Hung, F.-R., Juan, C.-W., & Lin, C.-C. (2012). Relationships of hospital-based emergency department culture to work satisfaction and intent to leave of emergency physicians and nurses. *Health Services Management Research : An Official Journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA*, 25(2), 68–77.
<http://doi.org/10.1258/hsmr.2012.012011>
- Locke, E. A. (1976). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand MacNally.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017–1038. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009>
- Lu, H., While, A. E., & Louise Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211–227.
<http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>
- Madge, C. (2007). Developing a geographers' agenda for online research ethics. *Progress in Human Geography*. London: Sage Publications.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. (E. Sílabo, Ed.). Lisboa.
- Martins, A. E., & Lopes, A. (2012). *Capital Intelectual e Gestão Estratégica de Recursos Humanos: Fundamentos e Estrutura da Gestão e do Conhecimento nas Organizações*. (Editora RH, Ed.). Lisboa.
- Martins, M. M. (2002). *Qualidade De Vida E Capacidade Para O Trabalho Dos Profissionais Em Enfermagem No Trabalho Em Turnos*.
- Martins, R. (2015). Cronologia: As principais mudanças. Retrieved from <https://www.publico.pt/2015/05/31/economia/noticia/as-principais-mudancas-nas-pensoes-1697360>
- Matos, V. M. M. (2012). *Monitorização da Satisfação Profissional num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro*. Universidade de Coimbra.
- McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity, and organizational commitment. *Journal Os Nursing Administration*, 25(Nº9), 17–26.
- Mendes, A. P. C. (2014). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários do ACES Baixo Mondego II*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). Commitment in the workplace: Theory, Research

- and Application. Thousand Oaks.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos*. (Manole, Ed.). Tamboré.
- Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei nº 238/2012. *Diário Da República*, 1.^a Série — N.º 211 — 31 Outubro de 2012, 6288–6297.
- Miranda, M. dos A. C. (2014). *A satisfação no trabalho*. Universidade dos Açores.
- Moneke, N., & Umeh, O. J. (2013). How leadership behaviors impact critical care nurse job satisfaction. *Nursing Management*, 44(January), 53–55. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L368219008%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1097/01.NUMA.0000424019.83292.fa%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=07446314&id=doi:10.1097/01.NUMA.0000424019.83292.fa&atitle=How+lea>
- Morgan, J. C., & Lynn, M. R. (2009). Satisfaction in nursing in the context of shortage. *Journal of Nursing Management*, 17, 401–410.
- Mullins, L. J. (2004). *Gestão da hospitalidade e comportamento organizacional*. (Bookman, Ed.) (4^a edição). Porto Alegre.
- Nelson, E., Larson, C., Hays, R., Nelson, S., Ward, D., & Batalden, P. (1992). The physician and employee judgment system: reability and validity of a hospital quality measurement method. *Quality Review Bulletin*, 18, 284–292.
- Newbold, D. (2008). The production economics of nursing: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 1(45), 120–128.
- Oliveira, P. A. R. de. (2012). *SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E EMPENHAMENTO ORGANIZACIONAL : ESTUDO COM UMA AMOSTRA DE UMA UNIDADE HOTELEIRA*. Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem Enfermeiros - Suplemento Da Revista*, 13.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário Da República*, 2^a Série - N.º48 de 10 de Março, 5948–5952.
- Paulo, G. (2003). *Satisfação dos Profissionais de saúde-avaliação em dois modelos de gestão hospitalar. Adaptação e validação cultural do hospital employee judgment system*. Universidade de Coimbra.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais*. (E. Sílabo, Ed.) (6^a edição). Lisboa.
- Pinheiro, A. M. (2017). Brexit faz sair 2700 enfermeiros europeus do Reino Unido. Retrieved May 16, 2017, from <http://www.dn.pt/dinheiro/interior/brexit-faz-sair-2700-enfermeiros-europeus-do-reino-unido-5734643.html>
- Pisco, L. (2001, June). Qualidade na prestação de cuidados de saúde. *Ordem Dos Enfermaeiros*, 36–38.
- Rego, A., Cunha, M. P. e, Gomes, J. F. S., Cunha, R. C. e, Cabral-Cardoso, C., &

- Marques, C. A. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. (M. Robalo, Ed.) (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2ª Série, Nº35 (18-02-2011)*, 8656–8657.
- Rose, R. C., Kumar, N., & Pak, O. G. (2009). The effect of organizational learning on organizational commitment, job satisfaction and work performance. *The Journal of Applied Business Research*, 25(6), 55–66.
- Sá, A. I. G. de. (2014). *SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO ACeS - UM INDICADOR DE GESTÃO*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Santana, R. U. I., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde : aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29–56.
- Silva, M. do R. M. da. (2012). *A satisfação profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1674>
- Soares, J. M. A. de R. (2007). *Satisfação geral no trabalho dos Enfermeiros. Clima organizacional e características pessoais*. Universidade de Aveiro.
- Somense, C. B., Christiane, E., & Duran, M. (2014). ARTIGO ORIGINAL SATISFAÇÃO / MOTIVAÇÃO DO ENFERMEIRO : REVISÃO INTEGRATIVA SATISFACTION / MOTIVATION OF NURSES : INTEGRATIVE REVIEW. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 8(9). <http://doi.org/10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201428>
- Spector, P. (2012). *Psicologia nas organizações*. (E. Saraiva, Ed.) (4ª edição). São Paulo.
- Spector, P. E. (2003). *Psicologia nas organizações*. (Editora Saraiva, Ed.).
- Tavares, Ó. M. da C. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Universidade de Coimbra.
- Teixeira, A. C. da C. (2003). *A evolução da gestão de recursos humanos e a implementação de sistemas de certificação pela qualidade*. Universidade do Minho. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/201/2/Dissertação.pdf>
- Varela, R. (2014). Enfermeiros, o que parece e o que é. Retrieved May 13, 2017, from <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/enfermeiros-o-que-parece-e-o-que-e>
- Weston, M. J. (2010). Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1), 10. <http://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No01Man02>
- Wilkin, D., Hallam, L., & Doggett, M. A. (1992). *Measures of need and outcomes for*

primary health care. Oxford: Oxford University Press.

You, L. ming, Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. ping, Hu, Y., ... Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154–161.
<http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>

ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento de colheita de dados - IASP-ULSv3



Satisfação Profissional dos Enfermeiros da ULS Litoral Alentejano

Bem-vindo/a ao inquérito de satisfação profissional dos enfermeiros da ULS Litoral Alentejano, projeto do Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEISUC) e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este questionário contém perguntas que nos ajudarão a compreender a imagem que os enfermeiros têm sobre o seu contexto de prática clínica nesta ULS.

Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. A sua honestidade no preenchimento deste questionário é-nos essencial.

Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer. Assim, nunca ninguém poderá vir a ser identificado a partir dos resultados deste inquérito.

Obrigado por partilhar connosco a sua opinião

DADOS SOBRE AS SUAS FUNÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

1. Indique a instituição onde exerce a sua atividade principal, isto é, onde desempenha funções a tempo total ou a maior parte do tempo:

CUIDADOS HOSPITALARES

- Internamento
 - ₀₁ Medicina (Cuidados Paliativos e Intermédios)
 - ₀₂ Cirurgia
 - ₀₃ Ortopedia
- Ambulatório
 - ₀₄ Hospital de dia
 - ₀₅ Consulta externa
 - ₀₆ Cirurgia de Ambulatório
 - ₀₇ Técnicas de Gastroenterologia
- Cuidados Críticos
 - ₀₈ Unidade de cuidados intensivos
 - ₀₉ Bloco operatório
 - ₁₀ Serviço de urgência médico-cirúrgico /VMER
 - ₁₁ Serviço de urgência básica /SIV
- Cuidados Indiretos
 - ₁₂ Esterilização
 - ₁₃ Comissões técnicas
 - ₁₄ Formação

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- ₁₅ UCC
- ₁₆ UCSP
- ₁₇ USP

CUIDADOS CONTINUADOS

- ₁₈ Unidade convalescença
- ₁₉ EGA / ECL

2. Quantas horas trabalha, em média, por semana nesta instituição? _____ horas.
3. Aproximadamente há quanto tempo trabalha
na sua instituição principal? _____ anos _____ meses
e na saúde? _____ anos _____ meses
4. Desempenha funções noutra instituição em regime de acumulação? ₁ Sim ₂ Não
5. Se SIM, quantas horas trabalha, em média, por semana nesta instituição? _____ horas.
e em que área? ₁ Cuidados de enfermagem ₂ Formação ₃ Outra, Qual? _____

A QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO ONDE EXERCE A SUA ATIVIDADE PRINCIPAL

Pense no/a Responsável do seu contexto de prática clínica, a pessoa que diretamente lhe distribui as tarefas, avalia o seu desempenho ou a quem deve apresentar os problemas. Como é que classificaria essa pessoa nos seguintes itens?

6. O/A RESPONSÁVEL

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. ABERTURA: abertura e disponibilidade revelada para consigo	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b. RAZOABILIDADE: justo e razoável para si e para os outros.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
c. INOVAÇÃO: permite-lhe experimentar novas formas de executar o seu trabalho.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
d. LIBERDADE: liberdade e responsabilidade que lhe é dada para tomar decisões quando necessário.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
e. ATITUDE POSITIVA: diz quando algo é bem feito.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
f. ATITUDE CONSTRUTIVA: diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
g. INVESTIMENTO NA QUALIDADE: esforço despendido pelo/a Responsável para melhorar a qualidade.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
h. APOIO: forma como o/a Responsável o/a apoia perante os outros quando necessita.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
i. EXPECTATIVAS: informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
j. CONHECIMENTOS: experiência e conhecimentos do/a Responsável sobre o seu desempenho.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
k. CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO: informação adequada e a tempo.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

7. O SEU CONTEXTO DE PRÁTICA E O EQUIPAMENTO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. LIMPEZA: nível de limpeza das salas de consulta, de tratamento ou outras e equipamento.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b. SEGURANÇA: nível de segurança das salas e equipamentos (roubo, segurança física).	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
c. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO: forma como o seu contexto de prática clínica se encontra organizado para que consiga trabalhar de forma adequada.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
d. EQUIPAMENTO: disponibilidade de bom equipamento.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

8. RECURSOS HUMANOS		Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a.	CONTINUIDADE DO PESSOAL: estabilidade da equipa do seu contexto de prática clínica.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b.	PROPORÇÃO HIERÁRQUICA: relação entre o número de pessoas com funções de coordenação e de supervisão e com funções de execução.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
c.	NÚMERO DE PROFISSIONAIS: adequação entre o número de profissionais do serviço e a quantidade de trabalho.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
9. RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPAS E PROFISSIONAIS		Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a.	TRABALHO DE EQUIPA: forma como os vários contextos colaboram com o seu contexto de prática clínica.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b.	COMUNICAÇÃO: forma como é feita a comunicação entre profissionais.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
10. ESTADO DE ESPÍRITO NO LOCAL DE TRABALHO		Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a.	DOS OUTROS: forma como pensa ser encarado/a pelos outros pelo facto de trabalhar neste contexto.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b.	DO SEU: forma como encara o facto de trabalhar neste contexto de prática clínica.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
11. COMO CARACTERIZA O SEU VENCIMENTO EM RELAÇÃO...		Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a.	... à sua responsabilidade na Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b.	... à sua experiência como profissional	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
c.	... ao seu desempenho na Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
12. ÓRGÃOS DE GESTÃO E POLÍTICA DA ULS		Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a.	RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE DIRECÇÃO: forma como os órgãos de direcção tratam, apreciam e apoiam os profissionais.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b.	COMUNICAÇÃO: forma como os órgãos de direcção comunicam e dialogam com os profissionais.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
c.	QUEIXAS E OBJECÇÕES: forma como os órgãos de direcção lidam com as queixas dos profissionais.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
d.	PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES: forma como os órgãos de direcção informam os profissionais acerca dos projetos e objetivos do seu contexto de prática clínica.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

A QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
13. Como classifica a qualidade dos cuidados que este seu contexto de prática clínica presta aos utentes						
a. ATENDIMENTO: facilidade no processo de atendimento dos doentes, incluindo o tempo despendido.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b. COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: trabalho de equipa de todos os profissionais do seu contexto de prática clínica na prestação de cuidados de saúde aos utentes.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
c. CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: forma como os profissionais de saúde desempenham as suas funções.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
d. SENSIBILIDADE: sensibilidade dos profissionais em relação aos problemas e preocupações dos utentes.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
e. CONDIÇÕES DAS INSTALAÇÕES: limpeza, conforto, iluminação e temperatura das instalações do seu contexto de prática clínica.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
f. INFORMAÇÕES: forma como os utentes são informados acerca da sua doença e do tratamento e do que fazer após a alta.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
g. CUSTO DOS CUIDADOS: capacidade do seu contexto de prática clínica em ter informação e em controlar os custos com os cuidados prestados.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

14. Este próximo grupo de perguntas servirá para avaliar a forma como o seu contexto de prática clínica está a caminhar na melhoria da qualidade. Por favor responda tendo em atenção o seu contexto de prática clínica e a organização em que se insere.

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. MELHORIA DA QUALIDADE: esforço do seu contexto de prática clínica na melhoria contínua, na relação com os doentes e profissionais.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
b. BEM À PRIMEIRA VEZ: forma como o seu contexto de prática clínica tenta fazer bem à primeira, em vez de corrigir os erros depois.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
c. CONHECIMENTOS SOBRE QUALIDADE: forma como foi preparado/a para melhorar a qualidade no seu contexto de prática clínica.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
d. AMBIENTE DE TRABALHO: confiança e afeto que os profissionais do seu contexto de prática clínica têm uns pelos outros.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆
e. DIMINUIR O DESPÉRDÍCIO: esforço desenvolvido no sentido de evitar desperdícios e repetição de tarefas.	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₆

- f. **PARTILHA DE IDEIAS:** *encorajamento e partilha de ideias que permitam melhorar o seu contexto de prática clínica.* ₅ ₄ ₃ ₂ ₁ ₆
- g. **ORGULHO DA PROFISSÃO:** *orgulho que sente no desempenho de funções da sua profissão.* ₅ ₄ ₃ ₂ ₁ ₆
- h. **EXPECTATIVAS NA QUALIDADE:** *compreensão da missão e dos objetivos da sua Unidade de Saúde e as suas expectativas de qualidade.* ₅ ₄ ₃ ₂ ₁ ₆

SATISFAÇÃO GLOBAL

15. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?

- ₁ Claro que sim
₂ Provavelmente sim
₃ Provavelmente não
₄ Claro que não

Se não, indique por favor as razões _____

16. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo este contexto de prática clínica para trabalhar?

- ₁ Claro que sim
₂ Provavelmente sim
₃ Provavelmente não
₄ Claro que não

Se não, indique por favor as razões _____

17. Recomendaria os serviços deste contexto de prática clínica a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?

- ₁ Claro que sim
₂ Provavelmente sim
₃ Provavelmente não
₄ Claro que não

Se não, indique por favor as razões _____

18. Recorreria a este contexto de prática clínica caso necessitasse de cuidados?

- ₁ Claro que sim
₂ Provavelmente sim
₃ Provavelmente não
₄ Claro que não

Se não, indique por favor as razões _____

19. Atualmente, qual é o seu grau de satisfação nesta instituição?

- ₁ Muito insatisfeito/a
₂ Insatisfeito/a
₃ Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a
₄ Satisfeito/a
₄ Muito satisfeito/a

Se não, indique por favor as razões _____

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

20. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados pelo seu contexto de prática clínica?

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

21. Qual é o seu sexo? ₁ Masculino ₂ Feminino

22. Qual é a sua idade? _____ anos

23. Qual é a sua situação familiar?

- ₁ Solteiro/a
- ₂ Casado/a ou em união de facto
- ₃ Viúvo/a
- ₄ Separado/a ou divorciado/a

24. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar, contando consigo? _____

25. Quantos filhos tem? _____

26. De que forma é que o seu rendimento familiar é suficiente para as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação?

- ₁ Mais do que suficiente
- ₂ Suficiente
- ₃ Insuficiente

27. Que nível máximo de ensino é que completou em termos de formação académica?

- ₁ Bacharelato
- ₂ Licenciatura
- ₃ Pós-Graduação
- ₄ Mestrado
- ₅ Doutoramento
- ₆ Outro. Qual? _____

28. Qual é a sua categoria profissional?

- ₁ Enfermeiro/a Supervisor/a
- ₂ Enfermeiro/a Chefe
- ₃ Enfermeiro/a Especialista
- ₄ Enfermeiro/a com Especialidade
- ₅ Enfermeiro/a Graduado
- ₆ Enfermeiro/a

29. Já emigrou ou pensou em emigrar?

- ₁ Já emigrei e regressei a Portugal
- ₂ Estou a preparar-me para emigrar
- ₃ Não pensei em emigrar

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO DISPENSADO AO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

ANEXO 2. Autorização de utilização do autor do instrumento IASP

Pedido de Utilização - IASP

Pedro Lopes Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>
Para: claudiasilva1@campus.esel.pt

14 de setembro de 2016 às 23:49

Cara Enf. Cláudia Silva,

Na sequência da nossa conversa telefónica, é com muito gosto que a autorizo a utilizar o IASP na sua investigação.

Gostaria, como aliás também lhe disse, de acompanhar de perto a sua utilização, em especial a metodologia utilizada.

Melhores cumprimentos.

Pedro L Ferreira

Pedro Lopes Ferreira
Prof. Associado com Agregação
pedrof@fe.uc.pt

Av. Dias da Silva, 165
3004-512 Coimbra - Portugal
Tel: +351 239 790 552 / 507
Fax: +351 239 790 514



FEUC - FACULDADE DE ECONOMIA
CEISUC - CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



**ANEXO 3. Autorização ULS para aplicação dos questionários de
SP**

Autorização do Conselho de Administração ao pedido de aplicação de questionário no âmbito de estudo académico

Ana Margarida Pidwell Varela Judice da Costa Cardoso

ter 04-10-2016 10:28

Para: Cláudia Isabel Neves Pacheco Da Silva <claudia.silva@ulsia.min-saude.pt>; 'claudiasilva@campus.esel.pt' <claudiasilva@campus.esel.pt>;

Cc: Ada Cristina Mateus Cortes Lopes <ada.lopes@ulsia.min-saude.pt>;

📎 1 anexos (114 KB)

Pedido de Aplicação de Questionário.pdf;

Exma. Senhora
Enf^a Cláudia Silva,

Serve o presente para informar que foi deliberado em reunião do Conselho de Administração de 29/09/2016, autorizar o pedido de V.Exa. para a aplicação de um questionário no âmbito de estudo académico, do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Gestão de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Cardoso
Secretariado do Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.
Monte do Gibardinho, 7540-230 Santiago do Cacém
Email: secretariado.administracao@ulsia.min-saude.pt
Tel. 269 818 100/Fax. 269 818 156

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - Descrição dos itens das facetas da QLT e escalas
QPC e MCQ**

Faceta	Item	Descrição
Órgãos de gestão e política da ULS	Reconhecimento dos órgãos de direção	Forma como os órgãos de direção tratam, apreciam e apoiam os profissionais
	Comunicação	Forma como os órgãos de direção comunicam e dialogam com os profissionais
	Queixas e Objeções	Forma como os órgãos de direção lidam com as queixas dos profissionais
	Planificação das atividades	Forma como os órgãos de direção informam os profissionais acerca dos projetos e objetivos do seu contexto de prática clínica
Recursos humanos	Continuidade do pessoal	Estabilidade da equipa do seu contexto de prática clínica
	Proporção hierárquica	Relação entre o número de pessoas com funções de coordenação e de supervisão e com funções de execução
	Número de profissionais	Adequação entre o número de profissionais do serviço e a quantidade de trabalho
	Trabalho de equipa	Forma como os vários contextos colaboram com o seu contexto de prática clínica
	Comunicação	Forma como é feita a comunicação entre profissionais
Coordenação	Abertura	Abertura e disponibilidade revelada para consigo
	Razoabilidade	Justo e razoável para si e para os outros
	Inovação	Permite-lhe experimentar novas formas de executar o seu trabalho
	Liberdade	Liberdade e responsabilidade que lhe é dada para tomar decisões, quando necessário
	Atitude positiva	Diz quando algo é bem feito
	Atitude construtiva	Diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado
	Investimento na qualidade	Esforço despendido pelo/a responsável para melhorar a qualidade
	Apoio	Forma como o/a responsável o/a apoia perante os outros quando necessita
	Expectativas	Informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras
	Conhecimentos	A experiência e conhecimentos do seu responsável sobre o seu desempenho
	Circulação da informação	Informação adequada e a tempo
Estado de Espírito	Dos outros	Forma como pensa ser encarado/a pelos outros pelo facto de trabalhar neste contexto
	Do seu	Forma como encara o facto de trabalhar neste contexto de prática clínica
Vencimento	Em relação à sua responsabilidade na unidade de saúde Em relação à sua experiência como profissional Em relação ao seu desempenho nesta unidade de saúde	
Local de trabalho e equipamentos	Limpeza	Nível de limpeza das salas de consulta, de tratamento ou outras e equipamento
	Segurança	Nível de segurança das salas e equipamentos (roubo, segurança física)
	Organização do espaço	Forma como o seu contexto de prática clínica se encontra organizada para que consiga trabalhar de forma adequada
	Equipamento	Disponibilidade de bom equipamento.

Escala	Item	Descrição
Qualidade da prestação de cuidados	Atendimento	Facilidade no processo dos doentes, incluindo o tempo despendido
	Coordenação dos cuidados	Trabalho de equipa de todos os profissionais da Unidade na prestação de cuidados de saúde aos utentes
	Capacidade dos profissionais de saúde	forma como os profissionais de saúde desempenham as suas funções
	Sensibilidade	Sensibilidade dos profissionais em relação aos problemas e preocupação dos utentes
	Condições das Instalações	Limpeza, conforto, iluminação e temperatura das salas de espera e sanitários
	Informações	Forma como os utentes são informados acerca da sua doença e tratamento
	Custo dos cuidados	Capacidade de Unidade em ter informação e em controlar os custos com os cuidados prestados
Melhoria contínua da qualidade	Melhoria da qualidade	Esforço da sua Unidade na melhoria contínua, na relação com os doentes e profissionais
	Bem à primeira vez	Forma como a sua Unidade tenta fazer bem à primeira, em vez de corrigir os erros depois
	Conhecimentos sobre qualidade	Forma como foi preparado/a para melhorar a qualidade no serviço
	Ambiente de trabalho	Confiança e afeto que os profissionais da sua Unidade têm uns pelos outros
	Diminuir o desperdício	Esforço desenvolvido no sentido de evitar desperdícios e repetição de tarefas
	Partilha de ideias	Encorajamento e partilha de ideias para melhorar o serviço
	Orgulho da profissão	Orgulho que sente no desempenho da sua profissão
Expetativas na qualidade	Compreensão da missão e dos objetivos da sua Unidade e as suas expectativas de qualidade	

APÊNDICE 2 – Análise do *Alfa* de *Cronbach* das escalas do IASP

Dimensões			Alpha de Cronbach					
Escala	Subescala	Facetas	Tavares (2008)	Ferreira (2011)	Azevedo (2012)	Fonseca (2014)	O nosso estudo	
Qualidade Local de Trabalho			0,942	0,954	0,901	0,893	0,889	
			0,843	0,915	0,904	0,895	0,893	
	Política de Recursos Humanos	Órgãos de Gestão	0,856	0,949	0,910	0,909	0,902	
		Recursos Humanos	0,803	0,877	0,904	0,897	0,894	
	Moral			0,774	0,952	0,904	0,900	0,892
		Estado de Espírito	0,706	0,938	0,910	0,902	0,899	
		Coordenador	0,967	0,971	0,907	0,902	0,903	
	Recursos Tecnológicos e Financeiros			0,951	0,763	0,910	0,898	0,899
		Vencimento	0,910	0,942	0,929	0,929	0,909	
		Local Trabalho Equipamento	0,766	0,824	0,927	0,906	0,902	
	Qualidade na Prestação de Cuidados			0,926/0,821*	0,899	0,910	0,901	0,9
Melhoria Contínua da Qualidade			0,877	0,949	0,907	0,901	0,898	
Satisfação Global			na	0,771	0,013	0,894		

* No serviço/No hospital; na = não aplicável

**APÊNDICE 3 – Pedido de autorização para aplicação dos
questionários de SP**

Pedido para aplicação de questionário no âmbito de estudo académico

Claudia Isabel Neves Pacheco Da Silva

ter 06-09-2016 19:01

Para: Susana Maria Garlito Sanches <susana.sanches@ulsla.min-saude.pt>;

Cc: Maria Celestina Velhuco Machado <maria.machado@ulsla.min-saude.pt>; tsantos@esel.pt <tsantos@esel.pt>;

Exma. Sra. Enfermeira Diretora da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Chamo-me Cláudia Silva, sou enfermeira a exercer funções no SUB de Odemira e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito do referido curso estou a desenvolver, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Santos Potra e integrada na linha de investigação da UI&DE - Ambiente Organizacional: Qualidade e Gestão dos Cuidados - Q&GC, uma Dissertação de natureza científica cujo foco é a satisfação profissional dos enfermeiros.

A pertinência do tema prende-se com a evidência da satisfação profissional ser uma das variáveis de comportamento organizacional mais estudada nas várias organizações, refletindo os sentimentos do profissional em relação ao trabalho. Esta depende não só da natureza do trabalho, mas também das expectativas individuais dos trabalhadores sobre as condições de trabalho. Nas organizações de saúde o conhecimento da satisfação profissional dos trabalhadores, nomeadamente dos enfermeiros que constituem a classe profissional com maior representatividade no setor, é um dado relevante para a gestão de recursos humanos, sendo também um dos critérios para a avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde considerando os seus eventuais impactos na qualidade dos cuidados.

O estudo a realizar será de âmbito quantitativo, descritivo e correlacional, tendo como objetivo geral: avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros de uma unidade local de saúde.

Considerando a importância do tema venho por este meio solicitar autorização para a aplicação de um questionário denominado Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional (IASP) desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), para avaliar a satisfação profissional aos enfermeiros da ULSLA, a exercer funções nos seus diversos contextos: cuidados de saúde primários; cuidados hospitalares; e cuidados continuados.

O trabalho supracitado tem apenas finalidade académica, pelo que será salvaguardada a proteção dos direitos e liberdade dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar nesta

investigação. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos enfermeiros que respondam ao questionário assim como da Instituição, sendo que os dados de investigação não serão utilizados para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos da investigação.

Comprometo-me ainda a fornecer os resultados obtidos após a análise à ULSLA.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Sem outro assunto de momento, os melhores cumprimentos,

Peço deferimento

Cláudia Silva

**APÊNDICE 4 - Dados qualitativos por dimensão da satisfação
profissional**

DADOS QUALITATIVOS POR DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

(Na sua opinião, como poderia melhorar os serviços prestados pelo seu contexto de prática clínica?)

1 - CUIDADOS HOSPITALARES - INTERNAMENTO

QPC - Qualidade da prestação de cuidados

QPC 1 - “Maior número de recursos humanos, permitia uma maior qualidade de cuidados, pois tínhamos mais disponibilidade para frequentar formação para melhorar a prestação de cuidados”

QPC 2 - “Tendo recursos humanos suficientes para os cuidados serem prestados, existindo deste modo mais qualidade nos serviços prestados como mais segurança para os doentes e profissionais”

QPC 3 - “Incremento da formação específica aos profissionais”

QPC 4 - “Contratação de mais enfermeiros, de modo a garantir a boa qualidade da prestação de cuidados”

MCQ - Melhoria contínua da qualidade

MCQ 1 - “Aumentar a formação em serviço dos profissionais”

MCQ 2 - “Mais formação disponibilizada pela instituição ou financiadas”

MCQ 3 - “Também investir na formação de todos os profissionais”

MCQ 4 - “Melhor compreensão entre as pessoas”

OG - Órgãos de gestão

OG 1 - “Diminuição de burocracia”

OG 2 - “Organização, formação, incentivo por parte das chefias e administração dos hospitais/centro de saúde”

OG 3 - “Diminuir a carga horária por semana”

OG 4 - “Diminuir carga horária semanal”

OG 5 - “Aumento rácio enfermeiro/doente”

OG 6 - “Redução de 40h para 35H”

OG 7 - “Incentivar na instituição uma política efetiva de qualidade de segurança”

OG 8 - “Incutir uma política de respeito e apoio aos profissionais”

OG 9 - “Diminuir o número de horas de trabalho, para quem realiza 40h/semana”

OG 10 - “Menor sobrecarga de horas semanais de trabalho”

OG 12 - “Melhores rácios enfermeiro/doente”

OG 13 - “Os chefes e direção poderiam procurar saber melhor o que se passa exatamente dentro dos serviços. Muitas situações importantes passam ao lado ou não são valorizadas”

OG 14 - “Melhorar as desigualdades em enfermagem”

RH - Recursos humanos

RH 1 - “A contratação de mais profissionais (enfermeiros)”

RH 2 - “No reforço da equipa de enfermagem”

RH 3 - “Essencialmente mais recursos humanos em todas as áreas profissionais”

RH 4 - "Aumentar o número de profissionais"

RH 5 - "Contratação de recursos humanos, nomeadamente médicos, enfermeiros e assistentes operacionais"

RH 6 - "Mais pessoal de enfermagem e auxiliar"

RH 7 - "Aumentar o número de profissionais nos serviços que necessitem"

RH 8 - "Aumentar o número de profissionais afetos à prestação de cuidados"

RH 9 - "Aumentar o número de elementos das equipas de enfermagem e das equipas os AO"

RH 10 - "Melhor adequação de recursos humanos"

RH 11 - "Aumento do número de profissionais (enfermeiros, médicos e outros)"

RH 12 - "Aumento do número de médicos especialistas"

RH 13 - "Contratando mais profissionais, de modo a fazer face às necessidades dos serviços. Os enfermeiros fazem demasiados turnos extra"

RH 14 - "A existência de mais recursos humanos"

RH 15 - "Com o aumento do número de profissionais"

RH 16 - "Aumento do número de profissionais"

EE - Estado de Espírito

EE 1 - "Seremos reconhecidos como parte importante da qualidade, e reconhecerem o trabalho excelente e importante que realizamos"

EE 2 - "Entreajuda"

EE 3 - "Valorização profissional por parte das chefias/conselho administração"

EE 4 - "Valorizando a classe (enfermeiros)"

COOR - Coordenador

COOR 1 - "Organização, formação, incentivo por parte das chefias e administração dos hospitais/centro de saúde"

COOR 2 - "Debates semanais em equipa de enfermagem (colegas). Na passagem de turno é debatido, mas temos pouco tempo, por vezes, para desenvolver temas"

COOR 3 - "Incentivo e/ou gratificações quando os cuidados são de qualidade"

COOR 4 - "Melhor gestão das tarefas para turnos em que existe melhor rácio enfermeiro/doente"

COOR 5 - "Maior auscultação das queixas dos profissionais"

COOR 6 - "Melhorar a gestão de pessoal"

VENC - Vencimento

VENC 1 - "Remuneração aumentada"

VENC 2 - "Reconhecimento financeiro mais adequado às funções que desempenhamos"

LTE - Local de trabalho e equipamento

LTE 1 - "Monitorização de material que não funciona corretamente, com aquisição de novo material ou arranjo em tempo útil do material avariado ou que funciona menos bem (camas, janelas, material técnico como monitores etc.)"

OUTROS

OT 1 - Reformular as carreiras, voltar a existir enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes"

2 - CUIDADOS HOSPITALARES - AMBULATÓRIO

QPC - Qualidade da prestação de cuidados

QPC 5 - "Maior facilidade de acesso dos utentes aos cuidados"

MCQ - Melhoria contínua da qualidade

MCQ 5 - "Mais formação interna"

MCQ 6 - "Melhorar o contexto de segurança, tornando obrigatório a notificação de eventos adversos ou quase eventos (não há registos)"

MCQ 7 - "Formação intensiva sobre segurança e qualidade de cuidados aos enfermeiros da instituição"

OG - Órgãos de gestão

OG 16 - "Menor burocracia"

RH - Recursos humanos

RH 17 - "Aumento do número de profissionais na prestação de cuidados"

RH 18 - "Integrar mais enfermeiros e AO"

RH 19 - "Maior número de recursos humanos e materiais"

VENC - Vencimento

VENC 3 - "Equiparar vencimentos dos enfermeiros especialistas à sua prática"

LTE - Local de trabalho e equipamento

LTE 2 - "Melhoria do espaço físico"

LTE 3 - "Maior número de recursos humanos e materiais"

LTE 4 - "Ter melhor espaço físico - é pequeno"

3 - CUIDADOS HOSPITALARES - CUIDADOS CRÍTICOS

QPC - Qualidade da prestação de cuidados

QPC 6 - "Mais profissionais a fim de melhorar a prestação de cuidados holística e individualizada"

QPC 7 - "Na minha opinião poder-se-ia melhorar os serviços prestados, adequando os rácios de enfermagem, melhorando o espaço físico de forma a manter a privacidade e assegurar uma vigilância adequada dos utentes"

MCQ - Melhoria contínua da qualidade

MCQ 8 - "Mais formação dos profissionais oferecida pela instituição"

MCQ 9 - "Registos efetuados em aplicação adequada ao serviço (SUB)"

MCQ 10 - "Mais formação aos enfermeiros"

MCQ 11 - "Formação contínua e atualizada"

MCQ 12 - "Visto ser uma equipa com grande formação académica elevada, desenvolvimento de projetos"

MCQ 13 - "Existência de formação em serviço"

MCQ 14 - "Formação contínua dos profissionais"

MCQ 15 - "Maior disponibilidade para formação"

MCQ 16 - "Horas para participar em grupos de trabalho"

MCQ 17 - "Melhorar a cooperação e comunicação multidisciplinar"

MCQ 18 - "Maior colaboração entre profissionais"

MCQ 19 - "Desenvolver e melhorar a reação entre equipa multidisciplinar (todos com o mesmo objetivo)"

MCQ 20 - "Melhor cooperação entre todos os elementos da equipa"

MCQ 21 - "Melhorar a comunicação entre todos os profissionais de saúde que exercem funções dentro do serviço"

MCQ 22 - "Formação dos profissionais"

OG - Órgãos de gestão

OG 17 - "Que a tomada de decisão dos gestores tivesse em conta a experiência dos profissionais do terreno"

OG 18 - "Redução de carga horária"

OG 19 - "Contratos de trabalho estáveis"

OG 20 - "Redução do número de horas semanais de trabalho de 40h para 35h"

OG 21 - "Órgãos de direção mais próximos dos profissionais que realmente fazem com que as coisas funcionem num hospital e que estes tenham noção das dificuldades com que os profissionais se deparam diariamente"

RH - Recursos humanos

RH 20 - "Médicos com maior preparação para trabalhar em contexto de urgência e emergência"

RH 21 - "Número de enfermeiros adequados para manter 2 enfermeiros no SUB e um na SIV as 24h"

RH 22 - "Aumento do número de enfermeiros"

RH 23 - "Aquisição de mais profissionais de saúde"

RH 24 - "Melhorar recursos humanos em quantidade e qualidade"

EE - Estado de Espírito

EE 5 - "Mais espírito de equipa"

EE 6 - "Começando pelo respeito entre classes profissionais diferentes, quando se começar a respeitar o trabalho de cada um, será um bom começo para a melhoria dos serviços prestados"

EE 7 - "Melhor reconhecimento profissional"

COOR - Coordenador

COOR 7 - "E que esta unidade fosse coordenada por coordenadores com sensibilidade para a área de cuidados críticos"

COOR 8 - "Melhoria do espaço físico, antevisão de situações complicadas com reforço da equipa."

COOR 9 - "Normas e procedimentos e clarificação do cumprimento das mesmas"

COOR 10 - "Chefes de equipa qualificados/informados/perfil adequado"

COOR 11 - "Liderança em vez de chefia"

COOR 12 - "Diminuir horas de trabalho; passar para turnos de 12 h"

COOR 13 - Intercâmbio de equipas de urgência - médicos e enfermeiros do SU - HLA fazerem turnos nos SUBs e vice-versa"

COOR 14 - "Intercâmbio/troca de ideias (sugestões) entre profissionais"

COOR 15 - "Essencialmente melhorando a gestão de cuidados, que é o pilar fundamental e primordial de uma boa gestão de chefia de um serviço, que não deve nunca ser substituída em detrimento das restantes questões da gestão (burocráticas) do serviço."

COOR 16 - "A gestão de cuidados deve ser acompanhada por uma pessoa integrada nas funções e que defende integralmente a melhoria desses cuidados"

COOR 17 - "Responsáveis de serviços que soubessem executar as funções que se encontram habilitadas para avaliar e que fossem representantes da equipa que chefiam perante os órgãos de direção e não o contrário"

VENC - Vencimento

VENC 4 - "Adequação dos ordenados à formação académica"

VENC 5 - "Melhor salário"

VENC 6 - "Atualização da carreira/vencimentos"

VENC 7 - "Melhorar salários"

LTE - Local de trabalho e equipamento

LTE 5 - "Mais e melhores equipamento. Por ex.: um monitor para transporte, um ventilador. Implementação da triagem de Manchester"

LTE 6 - "Equipamentos adequados e atuais"

LTE 7 - "Melhoria do espaço físico, antevisão de situações complicadas com reforço da equipa."

LTE 8 - "Melhorar as condições físicas e recursos materiais"

LTE 9 - "Melhoramento a nível da estrutura física do serviço"

LTE 10 - "Disponer de equipamentos adequados e em número suficiente para as necessidades"

LTE 11 - "Melhoria dos recursos físicos e matérias do local de trabalho"

LTE 12 - "Melhorar os equipamentos"

OUTROS

OT 1 - "Atualização da carreira/vencimentos"

OT 2 - "Neste momento nada a sugerir"

4 - CUIDADOS HOSPITALARES - INDIRETOS

MCQ - Melhoria contínua da qualidade

MCQ 22 - "Fazer mais formação para que possam otimizar os seus saberes, nas diferentes áreas de domínio ou interesse"

RH - Recursos humanos

RH 25 - "Número de recursos humanos adequados à complexidade das atividades"

LTE - Local de trabalho e equipamento

LTE 13 - "Criar um espaço no qual possa funcionar o "Gabinete de cuidados ao cuidador informal"

5 - CUIDADOS CONTINUADOS

MCQ - Melhoria contínua da qualidade

MCQ 23 - “Formação de SBV e SAV a todos os enfermeiros e/ou profissionais de saúde da instituição”

RH - Recursos humanos

RH 26 - “Um maior número de profissionais (enfermagem e assistentes operacionais), no geral e por turno, que permitisse rácios ajustados às necessidades dos utentes que se encontram na unidade (visto que o objetivo é a reabilitação)”

RH 27 - “Aumento do número de recursos, quer pessoas como instrumentais”

COOR - Coordenador

COOR 18 - “Reuniões mensais para debate de várias temáticas no serviço”

LTE - Local de trabalho e equipamento

LTE 14 - “Maior rapidez no arranjar/substituição de vários equipamentos”

LTE 15 - “Aquisição de equipamentos em falta para a prática clínica”

LTE 16 - “Aumento do número de recursos, quer pessoas como instrumentais”

6 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - UCSP/USP

QPC - Qualidade da prestação de cuidados

QPC 8 - “Penso que se a equipa multidisciplinar trabalhasse com os mesmos objetivos e para o mesmo fim, ou seja, em prol do utente, conseguia-se melhorar os serviços prestados”

QPC 9 - “Melhorar o trabalho em equipa médico/enfermagem”

MCQ - Melhoria contínua da qualidade

MCQ 24 - “Formação na gestão de conflitos”

MCQ 25 - “Melhorar comunicação”

MCQ 26 - “Promover ciclos de melhoria contínua da qualidade”

MCQ 27 - “Promover a inovação”

MCQ 28 - “Aglutinação da informação e uniformização de procedimentos nos CSP”

MCQ 29 - “Apostar na formação contínua”

MCQ 30 - “É urgente melhorar a articulação e a comunicação entre os profissionais das diferentes unidades da ULS e promover o trabalho em equipa para sermos uma real unidade local de saúde”

OG - Órgãos de gestão

OG 22 - “Haver uma melhor comunicação dos órgãos de chefia para os profissionais”

OG 23 - “Reuniões com os decisores”

OG 24 - “Assim como diminuir as 40h/semanais dos elementos de enfermagem, que as passem para 35h/semanais, de modo a diminuir o cansaço físico, logo aumentando a qualidade da prestação de cuidados”

OG 25 - “Melhor gestão a nível micro e macro”

OG 26 - “Continuidade de políticas”

RH - Recursos humanos

RH 28 - "Mais AO para dar apoio aos utentes que recorrem aos serviços"

RH 29 - "Mais um profissional de Enfª na equipa onde exerço funções"

RH 30 - "Mais profissionais para trabalhar"

RH 31 - "Dotações seguras"

RH 32 - "Estabilidade da equipa multiprofissional"

RH 33 - "Número de enfermeiros adequados"

RH 34 - "Mais profissionais de saúde, existência de segurança para proteção dos utentes e dos profissionais"

RH 35 - "Melhoria das condições físicas, recursos materiais e humanos"

RH 36 - "Aumento do número de enfermeiros para a população existente (atualmente está muito abaixo do necessário)"

RH 37 - "Através da contratação de mais recursos humanos que, em minha opinião, em períodos de férias ou doença dos profissionais, se revela manifestamente insuficiente, pondo em causa a qualidade"

RH 38 - "Aumentando o número de recursos humanos, tanto ao nível de pessoal de enfermagem bem como de administrativos e assistentes operacionais"

RH 39 - "Aumentar o número de profissionais em todas as áreas"

EE - Estado de Espírito

EE 8 - "Reconhecimento do trabalho dos profissionais por parte da organização"

EE 9 - "Espírito de equipa"

EE 10 - "Reconhecimento da especialidade"

EE 11 - "Precisava também de dar mais visibilidade às funções que desempenho na minha unidade: USP - unidade de saúde pública"

COOR - Coordenador

COOR 19 - "Melhor supervisão da responsável com reuniões mais objetivas, de acordo com as metas a atingir"

COOR 20 - "Considero que a existência do Departamento CSP irá permitir ultrapassar algumas dificuldades"

COOR 21 - "Equidade entre profissionais e saber dialogar (Escutar e falar sem se exaltar). Saber ouvir críticas, mesmo negativas"

COOR 22 - "Melhor gestão a nível micro e macro"

COOR 23 - "Aumento do rácio enfermeiro/doente"

COOR 24 - "Neste momento para evoluir necessitava de supervisão da minha prática clínica"

LTE - Local de trabalho e equipamento

LTE 17 - "Melhor qualidade dos sistemas de informação"

LTE 18 - "Quantidade suficiente de material informático para a prestação de cuidados"

LTE 19 - "Maior número de veículos de serviço"

LTE 20 - "Melhores condições de matérias para trabalhar"

LTE 21 - "Presença de todo o material necessário"

- LTE 22 - "Existência de mais meios complementares de diagnóstico"
- LTE 23 - "Melhoria das condições físicas, recursos materiais e humanos"
- LTE 24 - "Melhoria da estrutura física do centro de saúde"
- LTE 25 - "Construção de um novo centro de saúde (edifício)"
- LTE 26 - "Melhores condições físicas (edifício)"
- LTE 27 - "Melhorar o sistema do ar condicionado para melhorar o conforto de utentes e profissionais"
- LTE 28 - "Melhorar frota automóvel utilizada na visita domiciliária para que não seja necessário recorrer ao táxi"
- LTE 29 - "Meios adequados para fazer face às necessidades dos utentes"

7 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - UCC

QPC - Qualidade da prestação de cuidados

QPC 10 - "Aumento da literacia em saúde dos cidadãos"

MCQ - Melhoria contínua da qualidade

MCQ 31 - "Formação contínua em contexto de prática clínica"

MCQ 32 - "Compreensão/ tolerância /entrega"

MCQ 33 - "Criação de equipa multidisciplinar"

MCQ 34 - "Melhorando o conhecimento que a população tem sobre os cuidados prestados nesta unidade"

MCQ 35 - "Melhores condições ambientais"

OG - Órgãos de gestão

OG 27 - "Reavaliação das unidades (extensões) de saúde a nível da ULS. Verificar todas as capacidades e limitações de cada uma de modo a melhorar a prestação de cuidados. Delegar responsabilidades a quem de direito nas extensões, longe das sedes"

RH - Recursos humanos

RH 40 - "Mais recursos (pessoal e material)"

RH 41 - "Maior número de recursos humanos (↑ satisfação e motivação)"

RH 42 - "Recursos humanos - mais enfermeiros e outros profissionais"

RH 43 - "Aumento do nº de enfermeiros"

RH 44 - "Com mais enfermeiros e melhores instalações"

RH 45 - "↓ enfermeiros para ↑ área geográfica e ↓ carros"

RH 46 - "Existir um número correto de enfº/profissionais de saúde para responder às exigências dos cuidados de saúde dos utentes"

RH 47 - "Mais recursos humanos e materiais "

RH 48 - "Ter outros perfis profissionais na equipa de forma a prestar cuidados holísticos, e equipa multidisciplinar"

RH 49 - "Mais profissionais afetos às atividades"

RH 50 - "Uma equipa multidisciplinar"

RH 51 - "Adequando a dotação de profissionais na equipa multidisciplinar"

RH 52 - "Motoristas para efetuarem os domicílios com os técnicos"

RH 53 - "Mais elementos a integrar a visita domiciliária por dia (mais um elemento)"

EE - Estado de Espírito

EE 12 - "Melhorar a visibilidade na comunidade das atividades desenvolvidas pela unidade funcional"

COOR - Coordenador

COOR 25 - "Melhor organização em termos de recursos humanos e a prática clínica"

COOR 26 - "Definição de estratégias e eixos de intervenção em função das necessidades da comunidade, utente/família e mais centrada nos profissionais"

COOR 27 - "Maior disponibilidade e melhor gestão da coordenadora na planificação das atividades"

COOR 28 - "Reuniões/encontros bimensais entre chefias e profissionais locais, para debates sobre prestação dos cuidados efetuados e melhorias a efetuar"

COOR 29 - "Mais tempo para articulação entre equipas e partilha de ideias"

COOR 30 - "Adequando a multidisciplinariedade da equipa ao plano de ação e os indicadores contratualizados"

LTE - Local de trabalho e equipamento

LTE 30 - "Mais recursos (pessoal e material)"

LTE 31 - "Maior número de recursos materiais (gabinetes, computadores, carros, telefone de serviço, materiais para atividades na comunidade, nomeadamente escolas)"

LTE 32 - "Melhores instalações"

LTE 33 - "Com mais enfermeiros e melhores instalações"

LTE 34 - "Fazem falta computadores para o número de profissionais"

LTE 35 - "↓ enfermeiros para ↑ área geográfica e ↓ carros"

LTE 36 - "Número de viaturas de serviço suficiente para responder às solicitações diárias"

LTE 37 - "Mais recursos humanos e materiais"

LTE 38 - "Adequando os recursos materiais (viaturas, equipamento informático e de fisioterapia)"

LTE 39 - "Aquecimento das instalações físicas da UCSP/UCC"

LTE 40 - "Viaturas em condições ótimas"

**APÊNDICE 5. Referências por escala, subescala e faceta e por
área de cuidados**

Escalas/ Subescalas		Facetas	
QLT	PRH	OG 11,6% (56% INT; 20% CCr; 20% UCSP/USP; 4% AMB)	
		RH 24,5% (30,2% INT; 26,4% UCC; 22,6% UCSP/USP; 9,4% CCr; 5,7% AMB; 3,8% CC; 1,9% IND)	
	M	EE 5,6% (33,3% INT; 33,3% UCSP/USP; 25% CCr; 8,3% UCC)	
		COOR 13,9% (36,7% CCr; 20% INT; 20% UCC; 20% UCSP/USP; 3,3% CC)	
	RTF	VENC 3,2% (57,1% CCr; 28,6% INT; 14,3% AMB)	
		LTE 18,5% (32,5% UCSP/USP; 27,5% UCC; 20% CCr; 7,5 AMB; 7,5% CC; 2,5% INT; 2,5% IND)	
			QPC 4,6% (40% INT; 20% CCr; 20% UCSP/USP; 10% AMB; 10% UCC)
			MCQ 16,7% (41,7% CCr; 19,4% UCSP/USP; 13,9% UCC; 11,1 INT; 8,3% AMB; 2,8% IND; 2,8% CC)

Legenda: AMB - Ambulatório; CC - Cuidados continuados; CCr - Cuidados Críticos; IND - Cuidados indiretos; INT - Cuidados hospitalares em regime de internamento; UCC - Unidade de cuidados na comunidade; UCSP/USP - Unidade de cuidados de saúde personalizados/unidade de saúde pública

**APÊNDICE 6 - Satisfação profissional segundo fatores
sociodemográficos**

Satisfação profissional segundo o sexo

Escala	Subescala	Faceta	Sexo	n	M (arit.)	DP	M (%)	t	p
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO			M	31	2,49	0,63	59,74	-1,081	0,286
			F	167	2,62	0,67	62,44		
Política de Recursos Humanos			M	31	2,14	0,61	52,80	-1,535	0,132
			F	169	2,33	0,68	56,54		
Orgãos de Gestão			M	31	1,86	0,88	43,15	-1,715	0,094
			F	171	2,15	0,80	53,04		
Recursos Humanos			M	31	2,36	0,55	57,23	-0,905	0,369
			F	169	2,47	0,78	59,33		
Moral			M	31	2,96	1,03	69,26	-0,640	0,526
			F	169	3,09	0,98	71,82		
Coordenador			M	31	3,00	1,14	69,94	-0,536	0,595
			F	170	3,11	1,08	72,30		
Estado de Espirito			M	31	2,77	0,85	65,48	-1,109	0,274
			F	170	2,96	0,84	69,18		
Recursos Tecnológicos e Financeiros			M	31	2,05	0,65	51,01	-0,612	0,544
			F	171	2,13	0,64	52,56		
Vencimento			M	31	1,29	0,50	14,52	-1,745	0,087
			F	171	1,47	0,69	23,59		
Local de trabalho e equipamento			M	31	2,62	1,00	62,42	0,006	0,996
			F	171	2,62	0,86	62,40		
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO CUIDADOS			M	30	2,85	0,73	66,95	-0,409	0,685
			F	168	2,91	0,78	68,15		
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE			M	30	2,85	0,90	67,00	-1,224	0,229
			F	170	3,06	0,81	71,28		

Legenda: F - Feminino; M - masculino; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; T - Teste t de Student

Satisfação profissional segundo a idade

Escala	Subescala	Faceta	Σ	22-34	35-44	45-54	≥ 55	F	p	Post Hoc
				(1)	(2)	(3)	(4)			
			n	196	105	50	33	8		
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	<i>M (%)</i>		62,02	61,75	59,35	67,42	60,60	2,388	0,070	
	<i>M (arit.)</i>		2,60	2,59	2,47	2,87	2,53			
	<i>DP</i>		0,67	0,67	0,65	0,60	0,94			
Política de Recursos Humanos	<i>M (%)</i>		56,01	54,49	56,26	61,60	52,22	2,578	0,055	
	<i>M (arit.)</i>		2,30	2,22	2,31	2,58	2,11			
	<i>DP</i>		0,67	0,67	0,67	0,61	0,80			
Orgãos de Gestão	<i>M (%)</i>		52,22	50,29	53,40	57,88	42,19	2,210	0,088	
	<i>M (arit.)</i>		2,11	2,01	2,17	2,39	1,84			
	<i>DP</i>		0,82	0,81	0,83	0,77	0,97			
Recursos Humanos	<i>M (%)</i>		59,05	57,85	58,24	64,88	56,50	1,988	0,117	
	<i>M (arit.)</i>		2,45	2,39	2,41	2,74	2,33			
	<i>DP</i>		0,75	0,73	0,72	0,70	1,16			
Moral	<i>M (%)</i>		71,36	71,30	65,89	79,90	71,54	3,367	0,020*	3>2
	<i>M (arit.)</i>		3,07	3,07	2,79	3,50	3,08			
	<i>DP</i>		0,99	0,94	0,99	0,89	1,51			
Coordenador	<i>M (%)</i>		71,87	71,84	65,56	81,14	74,77	3,526	0,016*	3>2
	<i>M (arit.)</i>		3,09	3,09	2,78	3,56	3,24			
	<i>DP</i>		1,09	1,02	1,08	1,00	1,67			
Estado de Espírito	<i>M (%)</i>		68,56	68,38	68,37	73,03	53,75	2,896	0,036*	3>4
	<i>M (arit.)</i>		2,93	2,92	2,92	3,15	2,19			
	<i>DP</i>		0,85	0,86	0,90	0,67	0,75			
Recursos Tecnológicos e Financeiros	<i>M (%)</i>		52,36	53,35	50,80	51,90	51,07	0,485	0,693	
	<i>M (arit.)</i>		2,12	2,17	2,04	2,10	2,05			
	<i>DP</i>		0,65	0,73	0,54	0,57	0,42			
Vencimento	<i>M (%)</i>		22,02	28,41	10,33	13,64	45,83	5,916	0,001*	1>2, 4>2
	<i>M (arit.)</i>		1,44	1,57	1,21	1,27	1,92			
	<i>DP</i>		0,66	0,72	0,45	0,59	0,58			
Local de trabalho e equipamento	<i>M (%)</i>		62,53	62,33	63,30	64,24	53,13	0,888	0,449	
	<i>M (arit.)</i>		2,63	2,62	2,67	2,71	2,16			
	<i>DP</i>		0,89	0,94	0,83	0,84	0,64			
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	<i>M (%)</i>		68,15	66,87	68,63	69,46	76,43	1,098	0,351	
	<i>M (arit.)</i>		2,91	2,84	2,93	2,97	3,32			
	<i>DP</i>		0,77	0,73	0,71	0,62	1,73			
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	<i>M (%)</i>		70,65	69,38	69,30	75,61	75,31	1,540	0,206	
	<i>M (arit.)</i>		3,03	2,97	2,97	3,28	3,27			
	<i>DP</i>		0,82	0,85	0,68	0,76	1,42			

Satisfação profissional segundo a situação familiar

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	Solteiro	Cas/Uni	Sep/Div	F	p	Post hoc
				(1)	(2)	(3)			
		n	201	57	128	16			
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO		M (%)	61,97	62,75	61,73	61,08	0,147	0,863	
		M (arit.)	2,60	2,64	2,59	2,55			
		DP	0,67	0,70	0,66	0,68			
Política de Recursos Humanos		M (%)	55,91	55,52	55,84	57,78	0,181	0,835	
		M (arit.)	2,30	2,28	2,29	2,39			
		DP	0,67	0,74	0,63	0,74			
Orgãos de Gestão		M (%)	52,06	51,75	52,50	49,22	0,225	0,799	
		M (arit.)	2,10	2,09	2,13	1,98			
		DP	0,81	0,91	0,75	0,99			
Recursos Humanos		M (%)	58,98	58,79	58,41	64,25	1,075	0,343	
		M (arit.)	2,45	2,44	2,42	2,71			
		DP	0,75	0,77	0,76	0,68			
Moral		M (%)	71,24	71,11	71,70	67,95	0,244	0,784	
		M (arit.)	3,06	3,06	3,08	2,90			
		DP	0,98	0,94	1,02	0,92			
Coordenador		M (%)	71,74	71,21	72,42	68,18	0,295	0,745	
		M (arit.)	3,09	3,06	3,12	2,91			
		DP	1,08	1,01	1,13	0,97			
Estado de Espírito		M (%)	68,55	70,53	67,73	68,00	0,548	0,579	
		M (arit.)	2,93	3,03	2,89	2,90			
		DP	0,84	0,89	0,83	0,74			
Recursos Tecnológicos e Financeiros		M (%)	52,52	56,77	50,63	52,50	4,673	0,010*	1>2
		M (arit.)	2,13	2,34	2,03	2,13			
		DP	0,64	0,70	0,61	0,49			
Vencimento		M (%)	22,22	33,92	17,58	17,71	5,134	0,007*	1>2
		M (arit.)	1,44	1,68	1,35	1,35			
		DP	0,66	0,76	0,61	0,56			
Local de trabalho e equipamento		M (%)	62,74	66,67	60,82	64,06	2,239	0,109	
		M (arit.)	2,64	2,83	2,54	2,70			
		DP	0,88	0,89	0,87	0,88			
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		M (%)	67,97	67,30	67,87	102,68	0,376	0,687	
		M (arit.)	2,90	2,86	2,89	3,05			
		DP	0,77	0,72	0,79	0,84			
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE		M (%)	70,50	71,38	70,61	66,56	0,541	0,583	
		M (arit.)	3,03	3,07	3,03	2,83			
		DP	0,82	0,80	0,82	0,93			

Legenda: cas/uni - Casado/União de fato; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; F - One-Way ANOVA; Seo/Div - Separado/Divorciado; *p<0,005

Satisfação profissional segundo a formação académica

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	Bach (1)	Licen (2)	PG (3)	Dout (4)	F	p	Post Hoc
			n	201	3	116	47	35		
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO			M (%)	61,88	61,49	61,98	60,61	63,26	0,258	0,855
			M (arit.)	2,59	2,57	2,60	2,53	2,66		
			DP	0,67	0,59	0,70	0,67	0,63		
Política de Recursos Humanos			M (%)	55,74	53,70	55,29	55,70	57,43	0,248	0,863
			M (arit.)	2,29	2,19	2,26	2,29	2,37		
			DP	0,67	0,56	0,69	0,69	0,60		
		Orgãos de Gestão	M (%)	51,94	55,00	50,99	52,98	53,43	0,322	0,810
			M (arit.)	2,10	2,25	2,05	2,15	2,17		
			DP	0,82	0,43	0,85	0,84	0,71		
		Recursos Humanos	M (%)	58,78	52,67	58,63	58,17	60,63	0,370	0,775
			M (arit.)	2,44	2,13	2,43	2,41	2,53		
			DP	0,75	0,70	0,75	0,76	0,76		
		Moral	M (%)	71,21	74,62	71,42	68,99	73,21	0,344	0,793
			M (arit.)	3,06	3,23	3,07	2,95	3,16		
			DP	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00		
		Coordenador	M (%)	71,72	77,27	71,87	69,11	74,26	0,445	0,721
			M (arit.)	3,09	3,36	3,09	2,96	3,21		
			DP	1,09	1,18	1,10	1,08	1,11		
		Estado de Espírito	M (%)	68,40	60,00	68,96	68,30	67,43	0,322	0,810
			M (arit.)	2,92	2,50	2,95	2,91	2,87		
			DP	0,85	0,50	0,84	0,88	0,87		
		Recursos Tecnológicos e Financeiros	M (%)	52,44	42,86	52,86	51,88	52,29	0,239	0,869
			M (arit.)	2,12	1,86	2,14	2,09	2,11		
			DP	0,64	0,38	0,68	0,56	0,65		
		Vencimento	M (%)	22,31	0,00	25,29	20,21	17,14	1,110	0,346
			M (arit.)	1,45	1,00	1,51	1,40	1,34		
			DP	0,66	0,00	0,70	0,63	0,61		
		Local de trabalho e equipamento	M (%)	62,59	60,00	62,41	62,23	63,86	0,091	0,965
			M (arit.)	2,63	2,50	2,62	2,61	2,69		
			DP	0,88	0,66	0,90	0,81	0,96		
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS			M (%)	67,81	59,52	67,32	67,20	71,01	0,826	0,481
			M (arit.)	2,89	2,48	2,87	2,86	3,05		
			DP	0,78	0,79	0,70	0,83	0,94		
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE			M (%)	70,43	71,67	70,87	67,34	73,00	0,853	0,467
			M (arit.)	3,02	3,08	3,04	2,87	3,15		
			DP	0,83	0,79	0,84	0,87	0,76		

Situação profissional segundo a categoria profissional

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	Bach (1)	Licen (2)	PG (3)	Dout (4)	F	p	
			n	201	3	116	47	35		
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	<i>M (%)</i>		61,88	61,49	61,98	60,61	63,26	0,258	0,855	
	<i>M (arit.)</i>		2,59	2,57	2,60	2,53	2,66			
	<i>DP</i>		0,67	0,59	0,70	0,67	0,63			
Política de Recursos Humanos	<i>M (%)</i>		55,74	53,70	55,29	55,70	57,43	0,248	0,863	
	<i>M (arit.)</i>		2,29	2,19	2,26	2,29	2,37			
	<i>DP</i>		0,67	0,56	0,69	0,69	0,60			
Orgãos de Gestão	<i>M (%)</i>		51,94	55,00	50,99	52,98	53,43	0,322	0,810	
	<i>M (arit.)</i>		2,10	2,25	2,05	2,15	2,17			
	<i>DP</i>		0,82	0,43	0,85	0,84	0,71			
Recursos Humanos	<i>M (%)</i>		58,78	52,67	58,63	58,17	60,63	0,370	0,775	
	<i>M (arit.)</i>		2,44	2,13	2,43	2,41	2,53			
	<i>DP</i>		0,75	0,70	0,75	0,76	0,76			
Moral	<i>M (%)</i>		71,21	74,62	71,42	68,99	73,21	0,344	0,793	
	<i>M (arit.)</i>		3,06	3,23	3,07	2,95	3,16			
	<i>DP</i>		0,99	1,00	1,00	1,00	1,00			
Coordenador	<i>M (%)</i>		71,72	77,27	71,87	69,11	74,26	0,445	0,721	
	<i>M (arit.)</i>		3,09	3,36	3,09	2,96	3,21			
	<i>DP</i>		1,09	1,18	1,10	1,08	1,11			
Estado de Espírito	<i>M (%)</i>		68,40	60,00	68,96	68,30	67,43	0,322	0,810	
	<i>M (arit.)</i>		2,92	2,50	2,95	2,91	2,87			
	<i>DP</i>		0,85	0,50	0,84	0,88	0,87			
Recursos Tecnológicos e Financeiros	<i>M (%)</i>		52,44	42,86	52,86	51,88	52,29	0,239	0,869	
	<i>M (arit.)</i>		2,12	1,86	2,14	2,09	2,11			
	<i>DP</i>		0,64	0,38	0,68	0,56	0,65			
Vencimento	<i>M (%)</i>		22,31	0,00	25,29	20,21	17,14	1,110	0,346	
	<i>M (arit.)</i>		1,45	1,00	1,51	1,40	1,34			
	<i>DP</i>		0,66	0,00	0,70	0,63	0,61			
Local de trabalho e equipamento	<i>M (%)</i>		62,59	60,00	62,41	62,23	63,86	0,091	0,965	
	<i>M (arit.)</i>		2,63	2,50	2,62	2,61	2,69			
	<i>DP</i>		0,88	0,66	0,90	0,81	0,96			
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADO	<i>M (%)</i>		67,81	59,52	67,32	67,20	71,01	0,826	0,481	
	<i>M (arit.)</i>		2,89	2,48	2,87	2,86	3,05			
	<i>DP</i>		0,78	0,79	0,70	0,83	0,94			
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	<i>M (%)</i>		70,43	71,67	70,87	67,34	73,00	0,853	0,467	
	<i>M (arit.)</i>		3,02	3,08	3,04	2,87	3,15			
	<i>DP</i>		0,83	0,79	0,84	0,87	0,76			

Legenda: Bacha - Bacharelato; Douto - Doutorado; Licen - Licenciatura; F - One-Way ANOVA; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; Pós-gra - Pós-graduação.; * $p < 0,005$

**APÊNDICE 7. Satisfação profissional segundo fatores
organizacionais**

Satisfação profissional segundo carga horária semanal

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	35h (1)	36 - 45h (2)	46-55h (3)	F	p	Post Hoc
			n	214	107	85			
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO			<i>M (%)</i>	61,77	61,80	63,28	55,62	2,811	0,062
			<i>M (arit.)</i>	2,59	2,59	2,66	2,28		
			<i>DP</i>	0,67	0,69	0,67	0,43		
Política de Recursos Humanos			<i>M (%)</i>	55,75	56,73	55,85	50,42	2,033	0,134
			<i>M (arit.)</i>	2,29	2,34	2,29	2,02		
			<i>DP</i>	0,66	0,68	0,67	0,42		
		Orgãos de Gestão	<i>M (%)</i>	51,73	52,48	52,24	40,34	1,453	0,236
			<i>M (arit.)</i>	2,09	2,12	2,11	1,81		
			<i>DP</i>	0,82	0,81	0,87	0,57		
		Recursos Humanos	<i>M (%)</i>	58,98	60,13	58,57	54,76	1,261	0,286
			<i>M (arit.)</i>	2,45	2,51	2,43	2,24		
			<i>DP</i>	0,73	0,78	0,66	0,65		
		Moral	<i>M (%)</i>	70,92	70,91	72,89	63,43	2,051	0,131
			<i>M (arit.)</i>	3,05	3,05	3,14	2,67		
			<i>DP</i>	0,98	1,03	0,94	0,84		
		Coordenador	<i>M (%)</i>	71,36	71,39	73,51	62,89	2,148	0,119
			<i>M (arit.)</i>	3,07	3,07	3,18	2,64		
			<i>DP</i>	1,08	1,13	1,03	0,92		
		Estado de Espírito	<i>M (%)</i>	68,54	68,32	69,40	66,36	0,307	0,736
			<i>M (arit.)</i>	2,93	2,92	2,97	2,82		
			<i>DP</i>	0,83	0,87	0,80	0,82		
Recursos Tecnológicos e Financeiros			<i>M (%)</i>	52,48	51,50	54,50	48,70	1,945	0,146
			<i>M (arit.)</i>	2,12	2,07	2,23	1,97		
			<i>DP</i>	0,65	0,61	0,71	0,55		
		Vencimento	<i>M (%)</i>	21,42	13,71	33,92	10,61	11,053	0,000*
			<i>M (arit.)</i>	1,43	1,27	1,68	1,21		
			<i>DP</i>	0,66	0,53	0,77	0,50		
		Local de trabalho e equipamento	<i>M (%)</i>	62,92	63,50	62,71	60,91	0,204	0,816
			<i>M (arit.)</i>	2,65	2,68	2,64	2,55		
			<i>DP</i>	0,89	0,94	0,85	0,83		
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS			<i>M (%)</i>	67,63	68,96	67,72	60,75	2,781	0,064
			<i>M (arit.)</i>	2,88	2,95	2,89	2,54		
			<i>DP</i>	0,73	0,69	0,71	0,96		
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE			<i>M (%)</i>	70,22	69,98	71,50	66,31	0,909	0,405
			<i>M (arit.)</i>	3,01	3,00	3,08	2,82		
			<i>DP</i>	0,80	0,78	0,86	0,66		

Legenda: DP - desvio padrão; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; F - One-Way ANOVA ; *p<0,005

Satisfação profissional segundo tempo em anos na instituição

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	≤ 5 (1)	6-10 (2)	11-20 (3)	21-30 (4)	≥ 31 (5)	F	p	Post Hoc	
			n	214	80	51	60	20	2			
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	M (%)		62,54	64,94	59,86	60,64	64,86	67,24	1,541	0,192		
	M (arit.)		2,63	2,75	2,49	2,53	2,74	2,86				
	DP		0,67	0,71	0,57	0,68	0,68	0,27				
Política de Recursos Humanos	M (%)		56,35	58,53	52,32	56,20	58,56	54,44	1,650	0,163		
	M (arit.)		2,32	2,43	2,12	2,31	2,43	2,22				
	DP		0,67	0,73	0,56	0,68	0,64	0,29				
Orgãos de Gestão	M (%)		52,07	55,21	40,83	53,19	50,50	53,33	2,337	0,057		
	M (arit.)		2,10	2,26	1,82	2,16	2,03	2,17				
	DP		0,79	0,89	0,61	0,81	0,70	0,29				
Recursos Humanos	M (%)		59,77	60,96	57,11	58,84	65,00	55,33	1,185	0,319		
	M (arit.)		2,49	2,55	2,36	2,44	2,75	2,27				
	DP		0,75	0,76	0,67	0,79	0,83	0,31				
Moral	M (%)		71,81	72,79	71,12	68,73	76,54	86,92	1,146	0,336		
	M (arit.)		3,09	3,14	3,06	2,94	3,33	3,85				
	DP		0,98	0,95	0,90	1,06	1,09	0,50				
Coordenador	M (%)		72,27	72,81	72,30	68,65	78,18	90,00	1,302	0,271		
	M (arit.)		3,11	3,14	3,12	2,93	3,41	4,00				
	DP		1,08	1,02	1,01	1,17	1,20	0,51				
Estado de Espírito	M (%)		69,23	72,71	64,55	69,14	67,50	70,00	1,712	0,149		
	M (arit.)		2,96	3,14	2,73	2,96	2,88	3,00				
	DP		0,83	0,83	0,72	0,90	0,78	1,00				
Recursos Tecnológicos e Financeiros	M (%)		53,19	58,00	47,14	51,72	51,29	42,86	4,254	0,003*	1>2	
	M (arit.)		2,16	2,40	1,94	2,09	2,06	1,86				
	DP		0,66	0,73	0,62	0,58	0,47	0,52				
Vencimento	M (%)		22,53	41,43	14,07	10,06	12,50	16,67	10,022	0,000*	1>2,3,4	
	M (arit.)		1,45	1,83	1,28	1,20	1,25	1,33				
	DP		0,68	0,82	0,59	0,42	0,39	0,58				
Local de trabalho e equipamento	M (%)		63,83	66,57	58,78	65,00	63,50	55,00	1,607	0,174		
	M (arit.)		2,69	2,83	2,44	2,75	2,68	2,25				
	DP		0,89	0,84	0,91	0,95	0,78	0,50				
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDAD	M (%)		68,91	71,45	63,64	68,11	74,06	70,00	2,421	0,050		
	M (arit.)		2,95	3,07	2,68	2,91	3,20	3,00				
	DP		0,77	0,74	0,58	0,74	1,14	0,57				
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	M (%)		71,34	74,49	67,67	67,84	77,63	81,67	3,123	0,016*	_____	
	M (arit.)		3,07	3,22	2,88	2,89	3,38	3,58				
	DP		0,80	0,83	0,65	0,75	1,01	0,62				

Legenda: M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; F - One-Way ANOVA ; *p<0,005

Satisfação profissional segundo tempo em anos na saúde

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	≤ 5 (1)	6-10 (2)	11-20 (3)	21-30 (4)	≥ 31 (5)	F	p	Post Hoc	
			n	177	36	43	51	37	10			
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	M (%)		62,24	65,31	60,12	59,02	66,49	60,96	2,585	0,039*	___	
	M (arit.)		2,61	2,77	2,51	2,45	2,82	2,55				
	DP		0,66	0,60	0,67	0,63	0,64	0,74				
Política de Recursos Humanos	M (%)		56,21	57,28	53,20	54,10	61,89	54,94	2,974	0,021*	4>2	
	M (arit.)		2,31	2,36	2,16	2,20	2,59	2,25				
	DP		0,64	0,56	0,66	0,64	0,61	0,72				
Órgãos de Gestão	M (%)		52,12	53,61	47,67	50,10	56,76	53,00	1,662	0,161		
	M (arit.)		2,11	2,18	1,95	2,00	2,34	2,15				
	DP		0,75	0,65	0,78	0,77	0,78	0,72				
Recursos Humanos	M (%)		59,57	60,22	56,51	57,29	66,00	58,00	2,659	0,035*	4>2	
	M (arit.)		2,48	2,51	2,33	2,36	2,80	2,40				
	DP		0,74	0,67	0,71	0,72	0,79	0,79				
Moral	M (%)		71,66	74,53	70,18	66,74	77,44	71,54	1,885	0,115		
	M (arit.)		3,08	3,23	3,01	2,84	3,37	3,08				
	DP		0,97	0,86	0,98	0,98	1,00	1,07				
Coordenador	M (%)		72,10	74,70	70,97	66,65	78,54	72,18	1,848	0,122		
	M (arit.)		3,10	3,23	3,05	2,83	3,43	3,11				
	DP		1,07	0,92	1,09	1,05	1,13	1,10				
Estado de Espírito	M (%)		69,26	73,61	65,81	67,80	71,35	68,00	1,464	0,215		
	M (arit.)		2,96	3,18	2,79	2,89	3,07	2,90				
	DP		0,80	0,84	0,72	0,83	0,68	1,10				
Recursos Tecnológicos e Financeiros	M (%)		52,65	58,49	50,33	51,12	52,16	51,14	2,838	0,026*	___	
	M (arit.)		2,13	2,42	2,02	2,06	2,11	2,06				
	DP		0,61	0,66	0,61	0,58	0,52	0,61				
Vencimento	M (%)		21,28	40,74	25,58	12,09	9,01	25,00	6,669	0,000*	1>3,4	
	M (arit.)		1,43	1,81	1,51	1,24	1,18	1,50				
	DP		0,64	0,80	0,65	0,54	0,41	0,53				
Local de trabalho e equipamento	M (%)		63,25	67,64	57,91	63,33	66,08	59,50	2,140	0,078		
	M (arit.)		2,66	2,88	2,40	2,67	2,80	2,48				
	DP		0,84	0,72	0,81	0,86	0,90	0,83				
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	M (%)		68,69	71,98	63,10	66,64	75,32	65,71	4,094	0,003*	4>2	
	M (arit.)		2,93	3,10	2,66	2,83	3,27	2,79				
	DP		0,76	0,69	0,56	0,75	0,93	0,60				
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	M (%)		71,19	76,32	66,51	67,99	76,55	69,17	3,679	0,007*	4>2	
	M (arit.)		3,06	3,32	2,83	2,90	3,33	2,96				
	DP		0,80	0,71	0,78	0,71	0,88	0,87				

Legenda: M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em porcentagem; F - One-Way ANOVA; *p<0,005

Satisfação profissional por área de cuidados

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	CH				CSP		CC	F	p	Post Hoc	
				INT. (1)	AMB. (2)	CCr (3)	IND (4)	UCC (5)	UCSP/USP (6)	UC/EGA (7)				
			n	217	49	13	59	4	22	65	5			
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO			M(%)	61,86	62,27	57,99	56,74	75,98	71,69	63,07	60,34	4,586	0,000*	5>3
			M(arit.)	2,59	2,61	2,40	2,34	3,30	3,08	2,65	2,52			
			DP	0,68	0,78	0,82	0,51	0,87	0,59	0,63	0,45			
Política de Recursos Humanos			M(%)	55,86	54,49	53,25	51,85	70,00	66,16	56,94	55,33	4,174	0,001*	5>3
			M(arit.)	2,29	2,22	2,16	2,09	3,00	2,81	2,35	2,27			
			DP	0,67	0,70	0,74	0,59	0,80	0,65	0,63	0,52			
Orgãos de Gestão			M(%)	51,64	48,21	48,08	41,95	60,00	68,41	51,77	56,00	5,878	0,000*	5>1,2,3,6
			M(arit.)	2,08	1,96	1,96	1,84	2,50	2,92	2,09	2,30			
			DP	0,82	0,90	0,78	0,64	1,40	0,81	0,69	0,89			
Recursos Humanos			M(%)	59,25	58,42	56,46	55,90	80,67	64,36	61,08	54,80	2,315	0,035*	_____
			M(arit.)	2,46	2,42	2,32	2,29	3,53	2,72	2,55	2,24			
			DP	0,76	0,69	0,87	0,76	1,14	0,72	0,75	0,43			
Moral			M(%)	71,03	70,16	64,49	62,83	89,23	86,15	74,18	70,62	5,462	0,000*	5>3
			M(arit.)	3,05	3,01	2,72	2,64	3,96	3,81	3,21	3,03			
			DP	0,99	1,12	1,26	0,73	1,26	0,89	0,90	0,65			
Coordenador			M(%)	71,49	69,29	65,10	62,91	91,14	87,77	75,43	72,18	5,348	0,000*	_____
			M(arit.)	3,07	2,96	2,76	2,65	4,11	3,89	3,27	3,11			
			DP	1,09	1,23	1,23	0,84	1,43	1,02	0,99	0,74			
Estado de Espírito			M(%)	68,52	74,90	64,17	62,37	72,50	77,27	67,38	62,00	4,203	0,001*	1,5>3
			M(arit.)	2,93	3,24	2,71	2,62	3,13	3,36	2,87	2,60			
			DP	0,84	0,87	1,27	0,72	0,85	0,80	0,74	0,42			
Recursos Tecnológicos e Financeiros			M(%)	52,53	56,88	52,42	51,74	53,57	51,95	50,48	44,29	1,364	0,231	
			M(arit.)	2,13	2,34	2,12	2,09	2,18	2,10	2,02	1,89			
			DP	0,65	0,75	0,54	0,69	0,51	0,59	0,57	0,41			
Vencimento			M(%)	22,12	32,31	17,95	17,23	25,00	25,00	18,97	16,67	1,144	0,338	
			M(arit.)	1,44	1,65	1,36	1,34	1,50	1,50	1,38	1,33			
			DP	0,67	0,76	0,63	0,68	0,43	0,75	0,59	0,33			
Local de trabalho e equipamento			M(%)	62,79	67,35	63,85	62,88	63,75	60,91	60,15	56,00	0,947	0,462	
			M(arit.)	2,64	2,87	2,69	2,64	2,69	2,55	2,51	2,30			
			DP	0,89	0,95	0,89	0,95	0,69	0,71	0,85	0,67			
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS			M(%)	67,87	69,52	63,33	64,19	96,79	76,88	65,45	67,71	6,944	0,000*	4>1,2,3,6,7; 5>3
			M(arit.)	2,89	2,98	2,67	2,71	4,68	3,34	2,77	2,89			
			DP	0,77	0,76	0,72	0,72	1,89	0,59	0,59	0,65			
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE			M(%)	70,40	70,87	61,54	63,64	94,06	81,59	72,42	68,00	6,944	0,000*	4,5>2,3
			M(arit.)	3,02	3,04	2,58	2,68	4,41	3,58	3,12	2,90			
			DP	0,83	0,88	0,85	0,74	1,26	0,61	0,68	0,85			

Legenda: AMB. - Ambulatório; CC - Cuidados Continuados; CCr - Cuidados Críticos; IND - Cuidados Indiretos INT - Internamento; DP - desvio padrão; EGA - Equipe de gestão de altas; F - One-Way ANOVA; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; UC - Unidade de convalescença; UCC - Unidade de cuidados na comunidade; UCSP - Unidade de cuidados de saúde personalizados; USP - Unidade de saúde pública; *p<0,005

**APÊNDICE 8 - Satisfação profissional segundo itens da satisfação
global**

Satisfação profissional por item da satisfação global: formação adequada

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	C sim	P sim	P não	C não	F	p
			n	216	156	45	13	2	
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO			M(%)	61,82	62,65	59,21	62,52	52,41	
			M(ant)	2,59	2,63	2,46	2,63	2,12	1,084 0,357
			DP	0,68	0,70	0,60	0,66	0,90	
Política de Recursos Humanos			M(%)	55,83	56,16	54,40	57,86	47,22	
			M(ant)	2,29	2,31	2,22	2,39	1,94	0,476 0,700
			DP	0,67	0,69	0,57	0,79	0,55	
		Orgãos de Gestão	M(%)	51,62	51,47	51,56	55,77	18,75	
			M(ant)	2,08	2,07	2,08	2,29	1,38	0,775 0,509
			DP	0,82	0,83	0,66	1,19	0,53	
		Recursos Humanos	M(%)	59,20	59,92	56,67	59,54	58,00	
			M(ant)	2,46	2,50	2,33	2,48	2,40	0,539 0,656
			DP	0,76	0,80	0,65	0,66	0,57	
		Moral	M(%)	70,94	72,88	66,38	66,21	55,38	
			M(ant)	3,05	3,14	2,82	2,81	2,27	1,956 0,122
			DP	0,99	1,02	0,90	0,86	1,25	
		Coordenador	M(%)	71,40	73,53	66,53	65,24	56,36	
			M(ant)	3,07	3,18	2,83	2,76	2,32	1,920 0,127
			DP	1,09	1,11	1,01	0,95	1,35	
		Estado de Espírito	M(%)	68,42	69,23	65,56	71,54	50,00	
			M(ant)	2,92	2,96	2,78	3,08	2,00	1,530 0,208
			DP	0,84	0,85	0,82	0,70	0,71	
Recursos Tecnológicos e Financeiros			M(%)	52,55	51,94	52,10	61,65	51,43	
			M(ant)	2,13	2,10	2,10	2,58	2,07	2,300 0,078
			DP	0,65	0,65	0,64	0,58	0,71	
		Vencimento	M(%)	22,22	22,33	18,89	35,90	0,00	
			M(ant)	1,44	1,45	1,38	1,72	1,00	1,155 0,328
			DP	0,67	0,71	0,57	0,62	0,00	
		Local de trabalho e equipamento	M(%)	62,80	61,70	63,00	74,62	67,50	
			M(ant)	2,64	2,58	2,65	3,23	2,88	2,191 0,090
			DP	0,89	0,88	0,91	0,76	1,24	
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS			M(%)	67,87	68,12	66,51	70,88	60,00	
			M(ant)	2,89	2,91	2,83	3,04	2,50	0,469 0,704
			DP	0,77	0,79	0,73	0,64	1,31	
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE			M(%)	70,40	71,91	65,80	69,81	57,50	
			M(ant)	3,02	3,10	2,79	2,99	2,38	2,009 0,114
			DP	0,83	0,84	0,76	0,66	1,59	

Legenda: C não - Claro que não; C sim - Claro que sim; DP - Desvio padrão; F - One-Way ANOVA; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; P Não - Provavelmente não; Claro que não.; *p<0,005

Satisfação profissional por item da satisfação global: recomendaria os serviços

Escola	Sub escala	Faceta	Σ	C sim (1)	P sim (2)	P não (3)	C não (4)	F	p	Post Hoc	
			n	215	96	95	22	2			
		QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	M (%)	61,74	66,76	60,43	41,69	52,76	17,265	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (ant.)	2,59	2,84	2,52	1,83	2,14			
			DP	0,68	0,63	0,63	0,32	0,44			
		Política de Recursos Humanos	M (%)	55,69	61,74	52,62	34,09	36,11	18,278	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (ant.)	2,28	2,59	2,13	1,68	1,72			
			DP	0,67	0,66	0,58	0,33	0,39			
		Orgãos de Gestão	M (%)	51,53	57,92	44,34	27,27	31,25	11,272	0,000*	1>2,3
			M (ant.)	2,08	2,40	1,89	1,55	1,63			
			DP	0,82	0,89	0,68	0,45	0,88			
		Recursos Humanos	M (%)	59,01	64,61	56,72	39,55	40,00	13,406	0,000*	1>2,3 ; 2>3
			M (ant.)	2,45	2,73	2,34	1,79	1,80			
			DP	0,75	0,67	0,75	0,50	0,00			
		Moral	M (%)	70,92	76,11	70,64	50,35	64,62	11,521	0,000*	1,2>3
			M (ant.)	3,05	3,31	3,03	2,02	2,73			
			DP	1,00	0,96	0,95	0,61	1,69			
		Coordenador	M (%)	71,40	76,33	71,53	50,08	65,45	9,643	0,000*	1,2>3
			M (ant.)	3,07	3,32	3,08	2,00	2,77			
			DP	1,10	1,07	1,05	0,70	1,86			
		Estado de Espírito	M (%)	68,32	74,79	65,74	51,82	60,00	15,511	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (ant.)	2,92	3,24	2,79	2,09	2,50			
			DP	0,83	0,76	0,81	0,45	0,71			
		Recursos Tecnológicos e Financeiros	M (%)	52,46	55,36	51,77	34,42	28,57	5,844	0,001*	1>3
			M (ant.)	2,12	2,27	2,09	1,69	1,57			
			DP	0,65	0,65	0,63	0,47	0,81			
		Vencimento	M (%)	21,86	25,35	20,18	14,39	16,67	0,813	0,488	
			M (ant.)	1,44	1,51	1,40	1,29	1,33			
			DP	0,67	0,78	0,56	0,53	0,47			
		Local de trabalho e equipamento	M (%)	62,74	66,77	62,05	49,43	37,50	6,720	0,000*	1,2>3
			M (ant.)	2,64	2,84	2,60	1,99	1,75			
			DP	0,89	0,84	0,90	0,72	1,06			
		QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	M (%)	67,79	73,89	65,51	52,21	58,57	16,352	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (ant.)	2,89	3,19	2,78	2,11	2,43			
			DP	0,77	0,58	0,83	0,50	0,40			
		MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	M (%)	70,40	76,46	68,89	49,72	76,25	20,228	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (ant.)	3,02	3,32	2,94	1,99	3,31			
			DP	0,83	0,68	0,81	0,55	0,80			

Legenda: C não - Claro que não; C sim - Claro que sim; DP - Desvio padrão; F - One-Way ANOVA; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; P Não - Provavelmente não; Claro que não.; *p<0,005

Satisfação profissional por item da satisfação global: recorreria aos serviços

Escala	Sub escala	Faceta	Σ		C sim	P sim	P não	C não	F	p	Post Hoc
			n	215	(1)	(2)	(3)	(4)			
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO			M (%)	61,74	67,65	58,88	45,40	43,97	18,86	0,000*	1>2,3; 4; 2>3
			M (abs.)	2,59	2,88	2,44	1,91	1,88			
			DP	0,68	0,60	0,61	0,58	0,39			
	Política de Recursos Humanos		M (%)	55,69	61,82	52,29	31,48	38,89	19,53	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (abs.)	2,28	2,59	2,11	1,63	1,78			
			DP	0,67	0,64	0,57	0,48	0,27			
		Órgãos de Gestão	M (%)	51,53	57,19	45,92	24,31	28,13	9,81	0,000*	1>2,3
			M (abs.)	2,08	2,36	1,92	1,49	1,56			
			DP	0,82	0,88	0,70	0,43	0,55			
		Recursos Humanos	M (%)	59,01	65,34	55,62	37,22	47,50	16,27	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (abs.)	2,45	2,77	2,28	1,74	1,95			
			DP	0,75	0,67	0,66	0,86	0,19			
	Moral		M (%)	70,92	78,07	67,43	54,79	52,31	11,78	0,000*	1>2,3
			M (abs.)	3,05	3,40	2,87	2,24	2,12			
			DP	1,00	0,89	0,93	1,03	1,22			
		Coordenador	M (%)	71,40	78,77	67,80	55,25	50,91	10,08	0,000*	1>2,3
			M (abs.)	3,07	3,44	2,89	2,26	2,05			
			DP	1,10	1,00	1,03	1,17	1,39			
		Estado de Espírito	M (%)	68,32	74,18	65,64	52,22	60,00	12,48	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (abs.)	2,92	3,21	2,78	2,11	2,50			
			DP	0,83	0,75	0,84	0,53	0,58			
	Recursos Tecnológicos e Financeiros		M (%)	52,46	55,28	51,80	32,54	28,57	6,20	0,000*	1>3
			M (abs.)	2,12	2,26	2,09	1,65	1,57			
			DP	0,65	0,64	0,64	0,46	0,52			
		Vencimento	M (%)	21,86	26,53	18,77	15,74	8,33	1,34	0,262	
			M (abs.)	1,44	1,53	1,38	1,31	1,17			
			DP	0,67	0,77	0,57	0,55	0,33			
		Local de trabalho e equipamento	M (%)	62,74	66,28	62,53	45,14	43,75	6,85	0,000*	1>3; 2>3
			M (abs.)	2,64	2,81	2,63	1,90	1,88			
			DP	0,89	0,83	0,90	0,76	0,75			
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS			M (%)	67,79	72,86	65,59	54,03	56,43	10,70	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (abs.)	2,89	3,14	2,78	2,20	2,32			
			DP	0,77	0,59	0,77	1,05	0,49			
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE			M (%)	70,40	76,63	67,11	55,00	65,00	13,17	0,000*	1>2,3; 2>3
			M (abs.)	3,02	3,33	2,86	2,25	2,75			
			DP	0,83	0,68	0,77	1,10	0,80			

Legenda: C não - Claro que não; C sim - Claro que sim; DP - Desvio padrão; F - One-Way ANOVA; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; P Não - Provavelmente não; Claro que não.; *p<0,005

Satisfação profissional por item da satisfação global: escolher de novo o seu serviço

Escala	Sub escala	Faceta	Σ	C sim (1)	P sim (2)	P não (3)	C não (4)	F	p	Post Hoc
			n	217	97	77	31	12		
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO			M (%)	61,86	64,56	59,64	58,79	62,10		
			M(art.)	2,59	2,73	2,48	2,44	2,61	2,546	0,057
			DP	0,68	0,70	0,62	0,65	0,74		
Política de Recursos Humanos			M (%)	55,86	57,36	54,56	53,94	57,27		
			M(art.)	2,29	2,37	2,23	2,20	2,36	0,892	0,446
			DP	0,67	0,69	0,63	0,69	0,71		
		Orgãos de Gestão	M (%)	51,64	52,53	50,71	50,16	54,17		
			M(art.)	2,08	2,13	2,04	2,01	2,21	0,354	0,786
			DP	0,82	0,88	0,75	0,83	0,71		
		Recursos Humanos	M (%)	59,25	61,08	57,64	56,97	60,91		
			M(art.)	2,46	2,55	2,38	2,35	2,55	1,042	0,375
			DP	0,76	0,75	0,71	0,84	0,93		
		Moral	M (%)	71,03	74,77	67,60	67,82	70,51		
			M(art.)	3,05	3,24	2,88	2,89	3,03	2,200	0,089
			DP	0,99	1,07	0,85	0,97	1,10		
		Coordenador	M (%)	71,49	75,25	67,87	69,00	70,45		
			M(art.)	3,07	3,26	2,89	2,95	3,02	1,815	0,145
			DP	1,09	1,18	0,94	1,08	1,18		
		Estado de Espírito	M (%)	68,52	72,16	66,45	61,29	70,83		
			M(art.)	2,93	3,11	2,82	2,56	3,04	4,089	0,008*
			DP	0,84	0,84	0,77	0,79	0,99		>3
		Recursos Tecnológicos e Financeiros	M (%)	52,53	54,42	51,60	45,62	54,29		
			M(art.)	2,13	2,22	2,08	1,91	2,21	2,045	0,109
			DP	0,65	0,66	0,63	0,58	0,73		
		Vencimento	M (%)	22,12	27,15	21,43	8,60	20,83		
			M(art.)	1,44	1,54	1,43	1,17	1,42	2,457	0,064
			DP	0,67	0,75	0,63	0,45	0,68		
		Local de trabalho e equipamento	M (%)	62,79	64,59	61,36	59,35	66,25		
			M(art.)	2,64	2,73	2,57	2,47	2,81	1,035	0,378
			DP	0,89	0,86	0,90	0,87	1,10		
QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS			M (%)	67,87	70,66	65,92	64,75	65,87		
			M(art.)	2,89	3,03	2,80	2,74	2,79	1,964	0,121
			DP	0,77	0,77	0,74	0,78	0,82		
MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE			M (%)	70,40	74,54	66,14	67,25	72,27		
			M(art.)	3,02	3,23	2,81	2,86	3,11	4,334	0,005*
			DP	0,83	0,85	0,74	0,85	0,73		>2

Legenda: C não - Claro que não; C sim - Claro que sim; DP - Desvio padrão; F - One-Way ANOVA; M (abs.) - Média valor absoluto; M (%) - Média em percentagem; P Não - Provavelmente não; Claro que não.; *p<0,005