



Catarina Amaral Gerardo Henriques

A Satisfação Profissional nas UCC da ARS Centro

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Coimbra, Junho de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Catarina Amaral Gerardo Henriques

A Satisfação Profissional nas UCC da ARS Centro

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientador:

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, Junho de 2015

Dedico este trabalho em especial ao meu pai, porque sem o apoio, incentivo e motivação que ele me deu, nada disto seria possível. À minha mãe pelo carinho e amor demonstrado sempre. Ao meu André, por estar sempre comigo, em tudo e para tudo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus agradecimentos especiais ao orientador deste trabalho, Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, pela orientação e pertinência das suas observações no decurso da sua execução.

Uma palavra muito afetuosa para a minha família, principalmente aos meus pais e ao meu namorado, André, pela compreensão e apoio incondicional na realização deste trabalho.

Um agradecimento à ARS Centro, por se ter sempre disponibilizado para nos ajudar e apoiar neste projeto e pela colaboração no processo de aplicação dos questionários.

Agradeço também a todos os profissionais das UCC da região Centro que se disponibilizaram a preencher o questionário.

Queria também agradecer a todos os colegas e amigos que comigo colaboraram com ideias e sugestões para o enriquecimento final do trabalho.

RESUMO

A satisfação profissional, nos últimos tempos, tem sido condição importante para melhorar o funcionamento das empresas e demais organizações. Obter dividendos ao nível da criatividade, empenho e produtividade dos trabalhadores, são os objetivos que atualmente os gestores devem ter em conta para iniciar estratégias que promovam o aumento da satisfação laboral dos mesmos.

Assim, e perante esta perspetiva, o presente estudo tem como objetivo geral conhecer os níveis de satisfação dos profissionais que constituem as equipas multidisciplinares das Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). Para além disso, pretende-se também, compreender a relação entre: a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos, organizacionais e a satisfação global. Relaciona-se, ainda, esta última com a categoria profissional, com o relacionamento entre equipas, o coordenador e o vencimento.

As características/tipo deste estudo são: descritivo porque descreve, clarifica e interpreta resultados; analítico porque para além de descrever algumas características pessoais e profissionais, analisa a relação destas com as associações consideradas hipóteses de relação causal; transversal porque verifica a relação de variáveis tal como elas existem num momento particular de tempo; e correlacional porque analisa a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis.

Para a realização do estudo, recorreremos a uma metodologia de cariz misto, quantitativo e qualitativo, e para a recolha de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional (IASP), desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), com preenchimento *online*. Para o tratamento dos dados utilizou-se a aplicação informática *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 22.1.

A amostra ficou constituída por 305 profissionais, que exercem funções nas UCC da ARS Centro, o que traduz uma taxa de resposta de 62,4%. Estes estão distribuídos por várias categorias profissionais, sendo os enfermeiros, o grupo que apresenta a maior

percentagem global (55,4%). A amostra é maioritariamente do sexo feminino (83,9%) e o nível médio de satisfação profissional encontrado foi de 71,1%.

A satisfação com a qualidade da UCC como local de trabalho foi de 66,6%; com a qualidade na prestação de cuidados foi de 78,6% e com a melhoria contínua da qualidade de 81%. Para nenhuma das dimensões do IASP foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, contudo, os profissionais do sexo masculino manifestaram-se mais satisfeitos do que os do sexo feminino.

Em relação à idade, os profissionais mais velhos (55-64 anos) estão mais satisfeitos na subescala “Política de recursos humanos” e na faceta “Vencimentos”, enquanto que os mais novos (35-44 anos), estão mais satisfeitos na faceta “Órgãos de direção e política”.

No que diz respeito à profissão, todos os profissionais exceto os enfermeiros apresentam uma média de satisfação mais alta em relação à faceta “coordenação”, contudo, em relação aos vencimentos, estes profissionais apresentam-se menos satisfeitos do que os enfermeiros.

Em termos de satisfação global, os profissionais que responderam afirmativamente às perguntas sobre: recomendar a UCC a amigos e/ou familiares; recorrer o próprio à UCC; e se escolheria de novo a UCC para trabalhar se pudesse voltar atrás, apresentam-se mais satisfeitos do que aqueles que responderam de forma negativa.

O modelo que melhor representa a satisfação profissional é o que relaciona esta com a satisfação com o coordenador, com o trabalho em equipa e com o vencimento.

A subescala “Recursos Tecnológicos e Financeiros” foi a que obteve menor nível de satisfação devido, sobretudo, ao desagrado manifestado com os vencimentos.

Em relação às sugestões dadas pelos profissionais, é recomendado um maior investimento dos órgãos de gestão dos ACeS na melhoria dos equipamentos e instalações, assim como no melhoramento das relações com o pessoal a desempenhar funções nas UCC.

É referido, ainda, a necessidade de aumento dos recursos humanos, a atribuição de incentivos e o reconhecimento dos profissionais e dos projetos desenvolvidos nestas unidades. Destaca-se a importância da monitorização periódica do nível de satisfação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação Profissional; Serviço Nacional de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Unidades de Cuidados na Comunidade

ABSTRACT

In recent years, professional achievement has been considered an important issue in terms of improving the way firms and other organizations function. Nowadays, firm leaders that are engaged in upgrading professional achievement, have to work out strategies to develop creativeness, fulfillment and productivity.

Thus, according to this perspective, the overall objective of this work is to perceive the achievement levels of those workers integrated in multidisciplinary teams, in the Community Care Units (UCC), in the Local Health Administration (ARS). Besides this, it also intends to understand the relationship between professional achievement and sociodemographic, organizational factors and global achievement, being this last one related to the career rank, the relationship between teams, coordination and salary.

The characteristics/type of this work are: descriptive because it describes, clarifies and “reads” results; analytic because besides describing some personal and professional characteristics, it analyses their relationship with associations hypothetically considered as having a causal relationship; transverse because it verifies the variables as they exist in a particular moment; and correlative because it analyses the nature of the relationship between certain variables.

To accomplish this work, we used a mixed methodology, a quantitative and qualitative methodology. To collect data, it was on line fulfilled the Professional Satisfaction assessment tool (IASP), developed by the *Centro de Estudos e Investigação em Saúde* of the University of Coimbra (CEISUC). To analyse the collected data, it was used the *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), 22.1 version

The sample included 305 professionals working at the UCC of the ARS Centre, showing a percentage of 62,4% responses. These workers are scattered among several professional categories, being the nurses the most representative group, with a global percentage of 55,4%. The sample is mostly female (83,9%), being 71,1% the medium level of professional achievement found.

The satisfaction with the quality of the UCC, as place of work, was 66,6%; 78,6% in relation to the quality of care and 81% in what concerns the continuous improvement

of quality. We haven't found meaningful statistics differences related to gender in any of the IASP dimensions. However, the male professionals showed more satisfaction than the female workers.

Concerning age, the older professionals (55 to 64 years old) show more satisfaction in the subscale "human resources politics) and "salaries", while the younger ones (35 to 44 years old) are more satisfied in what concerns "Direction board and politics".

Concerning profession, all professionals, with the exception of nurses, show a higher level of satisfaction in what concerns "coordination". However, these professionals are less satisfied with salaries, when compared with nurses.

In terms of global satisfaction, the professionals who answered affirmatively to the questions about: to recommend the UCC to friends and/or relatives; to their own use of the UCC; and if they would choose the UCC as their place of work, if they could go back and have that opportunity, showed more satisfaction than those who answered in a negative way.

The model which better represents professional achievement is the one that relates this one to the satisfaction with coordination, team work and salary. The subscale "Technological and Financial resources" was the one that had the least level of satisfaction. This was mostly due to the disagreement shown regarding salaries.

Concerning the suggestions given by professionals, it is recommended a higher investment by the ACEs directive board in improving equipments and place of work, as well as to promote a better relationship with workers at the UCC.

It is also referred the need to increase human resources, to grant incentives and to reward professionals and projects developed in these units. The importance of a regular assessment of professional achievement is emphasized.

KEY WORDS: Professional achievement; National Health Care; Primary Health Care; Community Care Unit

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamentos de Centro de Saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

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

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-lei

DP - Desvio padrão

EIC - Equipas de intervenção comunitária

ECCCI - Equipas de cuidados continuados integrados

ECSCP - Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

GCRCS - Grupo Consultor para a reforma dos cuidados de saúde primários

IASP - Instrumento de Avaliação de Satisfação Profissional

PRH – Política de recursos humanos

QLT – Qualidade do Local de Trabalho

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RRE - Regime Remuneratório Experimental

SNS - Serviço Nacional Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidades Funcionais

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide das necessidades da Maslow	10
Figura 2 - Teoria dos 2 fatores de motivação, de Herzberg.....	11
Figura 3 - Descentralização da Gestão para os Agrupamentos de Centros de Saúde....	27
Figura 4 – Estrutura orgânica de um ACES.....	28
Figura 5 - Modelo concetual de análise do estudo.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Orientações concetuais da satisfação profissional.....	8
Quadro 2 - Evolução dos CSP em Portugal.....	24
Quadro 3 - Descrição dos grupos (dimensões) que compõem o IASP com as respetivas questões.....	46
Quadro 4 - Descrição das escalas, subescalas e facetas do IASP e as perguntas que as compõem.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de desempenho para a UCC calculados a partir do SAPE.....	39
Tabela 2 - Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?.....	55
Tabela 3 - Fatores Sociodemográficos.....	56
Tabela 4 - Fatores Organizacionais.....	57
Tabela 5 - Média da satisfação por escala, subescala e faceta.....	59
Tabela 6 - Alfa de Cronbach por escala, subescala e faceta.....	64
Tabela 7 - Itens da Escala de Satisfação Global.....	65
Tabela 8 - Satisfação profissional segundo o sexo.....	67

Tabela 9 - Relações entre as dimensões e a Idade	68
Tabela 10 - Relações entre as dimensões e Situação Familiar.....	69
Tabela 11 - Relações entre as dimensões e Escolaridade.....	70
Tabela 12- Relações entre as dimensões e o Horário de Trabalho.....	72
Tabela 13 - Relações entre as dimensões e o Vínculo.....	73
Tabela 14 - Satisfação profissional e funções de chefia.....	74
Tabela 15 - Relações entre as dimensões e a Categoria Profissional.....	75
Tabela 16 - Satisfação profissional e formação adequada.....	77
Tabela 17 - Relação entre se recomendaria os serviços da UCC a familiares ou a amigos e a categoria profissional.....	78
Tabela 18 - Relação entre se recorreria a esta UCC caso necessitasse de cuidados e a categoria profissional.....	79
Tabela 19 - Relação entre se escolheria de novo esta UCC para trabalhar	81
Tabela 20 – Satisfação Global segundo o setor profissional.....	82
Tabela 21 – Categorias e Referências.....	86
Tabela 22 - Referências segundo categorias e referências por descritor.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Médias dos Itens da Subescala Política de Recursos Humanos.....	60
Gráfico 2 - Médias dos Itens da Subescala Moral.....	61
Gráfico 3 - Médias dos Itens da Subescala Recursos Tecnológicos e Financeiros.....	62
Gráfico 4 - Médias dos Itens da Escala de Qualidade da Prestação de Cuidados.....	63
Gráfico 5 - Média dos Itens da Escala de Melhoria Continua da Qualidade.....	64
Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais por sexo.....	88

SUMÁRIO

1. Introdução	1
➤ Parte I – Enquadramento Teórico	5
Capítulo I – Satisfação profissional	6
1. O Conceito de Satisfação Profissional	7
2. Teorias explicativas da Satisfação Profissional	9
3. Determinantes da Satisfação Profissional	15
4. Consequências da (in)satisfação profissional	18
Capítulo II – As Unidades de Cuidados na Comunidade	21
1. Enquadramento das UCC	22
2. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários e os ACES	23
3. Composição e funções das UCC	32
➤ Parte II - Estudo Empírico	42
1. Métodos	43
1.1 Modelo conceitual do estudo	45
1.2. Instrumento de recolha de dados	46
1.2.1 Coerência interna das escalas	48
1.3 Procedimento para a aplicação do questionário	49
1.4 Questões e Hipóteses de investigação	50
1.5. Procedimentos formais – ÉTICOS e LEGAIS	52
1.6. Tratamento estatístico dos dados	53
2. Apresentação dos resultados	56
2.1. Caracterização da Amostra	56

2.2. Fatores Sociodemográficos.....	57
2.3. Fatores Organizacionais.....	58
2.4. Satisfação Profissional	59
2.5. Satisfação Global.....	67
2.6. Hipóteses.....	68
3. Análises Qualitativa.....	89
4. Discussão dos Resultados.....	93
5. Conclusões e Recomendações.....	100
6. Referências Bibliográficas	103
Anexos	116
Anexo I: Questionário IASP adotado.....	117
Anexo II: INST.- Instalações	119
Anexo III: P/RH – Profissionais/Recursos Humanos.....	121
Anexo IV: OG – Órgãos de Gestão	123
Anexo V: VENC – Vencimentos.....	124
Anexo VI: QUEST - Questionário.....	125
Anexo VII: COM.N/P – Comentários Neutros/Positivos	126

INTRODUÇÃO

O comportamento humano é considerado uma das áreas mais complexas a ser estudada, seja dentro ou fora das organizações. A motivação e a satisfação são duas variáveis causais importantes no que diz respeito ao comportamento do ser humano, uma vez que cada pessoa é dotada de índice significativo desses aspetos (Affonso e Rocha, 2010). Contudo, a crise de valores por que passa a sociedade atual intensificou-se, o que tem provocado mudanças no comportamento das pessoas, e, conseqüentemente, nas organizações (Filho e Lopes, 2004). Estas são capazes de alcançar os seus propósitos por permitirem aos que nelas trabalham o alcance dos seus próprios objetivos (Kamoche, 2001). Assim, é necessário mobilizar todos os recursos possíveis para que isso aconteça.

O permanente investimento nos profissionais, nas suas condições de trabalho e na sua satisfação profissional/pessoal, são fatores de extrema importância a ter em conta, não esquecendo no entanto, que a organização procura otimizar sempre uma boa relação custo-benefício, entre o que investe nas pessoas e o que espera obter pelo valor que aquelas representam (Dias, 2012).

O fato das organizações estarem em constante mudança, não só a nível económico, como cultural e/ou social, faz com que o desenvolvimento do seu negócio seja afetado, exigindo uma adaptação mais rápida e eficaz, e por consequência uma capacidade de flexibilidade cada vez maior (Lima-Santos, 2004). Exemplo disso é a tecnologia que enquanto fator de influência apela a altos níveis de produtividade e rentabilidade de produtos e serviços. Por esse motivo, a maioria das organizações atualmente dispensa um grande número de trabalhadores, pois assume essa atitude como essencial para garantir a competitividade e a manutenção das empresas. Esta situação é facilitada pela elevada oferta de pessoas, que permite às empresas dispensar os seus colaboradores e admitir outros sempre que acharem oportuno (Gil, 2001; Sousa, 1999). Para além disso, existe uma reduzida oferta de emprego, o que faz com que a competição entre os candidatos aos poucos lugares que vão existindo, seja grande, exigindo deles uma maior e melhor preparação, capacidade, resistência e competências diferenciadoras pois as condições laborais deixaram de ser permanentes e passaram a alterar-se conforme os acontecimentos económicos e sociais. Assim, devido à conjuntura económica atual, tornou-se muito mais difícil ter em linha de conta todos os recursos referidos inicialmente.

A crise intensificou-se e o emprego é um dos sectores mais afetados. Despedimentos, vínculos profissionais alterados, e a fraca oportunidade de trabalho para os mais jovens com habilitações próprias, estão a causar um profundo impacto e receio nas pessoas, não só enquanto profissionais, mas também enquanto cidadãos. O fato é que cada vez mais as necessidades de adaptação das organizações fazem com que estas tenham que intervir no desenvolvimento de processos de produção e sistemas de trabalho mais flexíveis, que possibilitem uma mais rápida e eficaz adaptação ao meio (Kalleberg, 2003). As organizações têm vindo a procurar uma melhor adaptação às variáveis de procura dos seus produtos ou serviços, combinando uma força de trabalho permanente com uma força de trabalho flexível (Tavares & Caetano, 2002). A flexibilidade pode ser numérica, já que permite à organização ajustar o seu número de trabalhadores às necessidades presentes; temporal, através da variação dos horários de trabalho, horas extras e trabalho a tempo parcial; ou funcional através do alargamento do posto de trabalho, ou seja, o colaborador exerce tarefas que, apesar de não estarem relacionadas com a sua função, é capaz de executar devido às suas qualificações (Tavares & Caetano, 2002). Torna-se portanto, necessário perceber, quais são os verdadeiros fatores que continuam a satisfazer os profissionais de saúde para dar continuidade à sua atividade laboral com um melhor desempenho nas organizações a que estão vinculados, apesar dos tempos de incerteza em que se vive atualmente.

Apesar de difícil e complexo no que diz respeito à definição e medição da satisfação profissional, nas organizações de saúde o tema é incontornável, sendo considerado estruturante e estando associado à qualidade dos serviços e ao desempenho (Santos *et al.*, 2007a). A sua avaliação está prevista na Lei de Bases da Saúde desde 1990 passando a ser um dos critérios de avaliação do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização (Lei n.º 48/90, de 24 Agosto). Por conseguinte, o fato dos doentes atualmente terem maior capacidade de gestão e conhecimentos sobre as doenças, faz com que predomine um aumento dos padrões de exigência face aos serviços/cuidados de saúde, obrigando a uma evolução constante nos sistemas de trabalho e uma adaptação continuada dos profissionais a novas formas de trabalhar.

Ora, sendo os cuidados de saúde primários um dos grandes pilares do sistema de saúde atual, o desenvolvimento destes tornou-se numa linha de ação prioritária para o Governo Constitucional. Assim, surgem as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), definidas como unidades funcionais que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais. Sendo estas de extrema importância face à proximidade com o doente, torna-se necessário que os gestores na área da saúde se empenhem dando maior atenção aos números que marcam os níveis decrescentes de satisfação profissional, pois tal pode vir a comprometer o futuro destas organizações, perante o fraco desempenho dos profissionais e consequentemente o baixo nível de saúde das populações.

O tema proposto, “Satisfação Profissional nas UCC da ARS Centro” surge no âmbito da análise da satisfação profissional das equipas multidisciplinares das UCC na ARS Centro, e na existência ou não de relação entre a mesma e outros fatores condicionantes.

No que diz respeito à estrutura desta dissertação ela dividiu-se em duas grandes partes: a Primeira Parte ficou designada por Enquadramento Teórico, onde foram explorados dois grandes capítulos e apresentadas diversas teorias que fundamentam a nossa investigação, como sendo:

- No Capítulo I: apresentámos e definimos os conceitos de satisfação profissional, bem como, as teorias subjacentes à explicação do mesmo constructo e ainda, identificámos fatores presentes e intervenientes na satisfação profissional;

- No Capítulo II – enquadrámos inicialmente o tema das Unidades de Cuidados na comunidade, e de seguida abordamos a reforma dos cuidados de saúde primários e o aparecimento e organização dos ACES. Por fim apresentámos a composição das UCC e as suas funções.

Na Segunda Parte desta dissertação, identificada por Estudo Empírico, foram apresentadas as várias opções metodológicas e estratégias adotadas na realização do nosso estudo. Inicialmente na componente Metodológica e Conceptual, foram definidos os nossos objetivos gerais e específicos de investigação, bem como, o modelo concetual. Foi feita uma abordagem ao instrumento utilizado para a recolha de dados e aos procedimentos para a aplicação do questionário, assim como elaboradas as nossas

hipóteses experimentais. Para além disso, foram apresentados também os procedimentos formais – éticos e legais tidos em conta durante a realização do estudo e de seguida o tratamento estatístico dos dados obtidos. Apresentamos e discutimos os resultados, e por fim, as conclusões mais relevantes e as suas implicações para a prática profissional. Referimos algumas sugestões para estudos posteriores e algumas limitações sentidas no decurso desta investigação.

Finalmente terminamos esta dissertação com a lista das nossas referências bibliográficas e com a apresentação de alguns anexos julgados pertinentes para o estudo.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Satisfação Profissional

1. O conceito de Satisfação Profissional

A satisfação profissional tem-se apresentado, ao longo dos últimos anos, como um tema amplamente estudado, desenvolvido e debatido, dada a importância e influência que a mesma pode ter sobre um trabalhador, neste caso concreto os profissionais de saúde. Deste modo, tem sido objeto de muitos estudos, nomeadamente à luz das escolas sociológicas e psicossociológicas.

Mayo (1952), Taylor (1957) e Herzberg (1959) são alguns dos autores mais referidos (Almeida 2012). Todavia, não parece haver consenso sobre conceitos nem sobre teorias ou modelos teóricos de satisfação no trabalho. Além disso, diferentes conceitos e definições têm gerado dificuldades e até mesmo falhas metodológicas em estudos sobre o tema (Martinez, 2003). Há porém, diversos autores que elaboraram diferentes conceitos de satisfação.

Para Locke (1969,1976), a satisfação no trabalho resulta da avaliação que o individuo faz do seu próprio desempenho. Por outro lado, para Santos (2006) é a concretização de objetivos propostos, de acordo com as necessidades sentidas pelo profissional, que existe quando as expectativas em termos de objetivos pessoais são iguais ou superiores aos resultados.

A satisfação associa-se à esfera individual do trabalhador, ao seu bem-estar físico e emocional, à qualidade de vida e à esfera organizacional (qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absentismo e rotatividade).

De acordo com o Grande Dicionário da Língua Portuguesa (1991:668) o termo satisfação provém do latim *satisfactio* e significa “*sensação agradável que se manifesta quando as coisas correm à nossa vontade, (...), sentimento de aprovação, contentamento, alegria*” e “*aquele que está satisfeito, está contente, alegre, que se sente bem*”. O termo trabalho, segundo a mesma fonte (p.373), significa “*ocupação em alguma obra, (...), exercício material ou intelectual para fazer ou conseguir alguma coisa; (...), aplicação das forças e faculdades do homem à produção*”.

No âmbito da saúde, Donabedian (1966), define satisfação profissional como algo que interfere de forma positiva no atendimento do utente e no relacionamento com equipa de saúde. No entanto Herzberg (1966) refere que o oposto de satisfação profissional não é insatisfação profissional mas sim a ausência de satisfação profissional, ou a não satisfação profissional.

Para Ferreira *et al.* (2001) por existirem inúmeras definições de satisfação profissional, podemos agrupá-las de forma sintética. No quadro 1 são apresentadas as várias orientações conceituais de acordo com perspectivas diferentes e ao longo dos anos.

Quadro 1 – Orientações conceituais da satisfação profissional

Autores	Ano	Satisfação profissional: orientações conceptuais
Smith, Kendall e Hullin	1969	Sentimentos ou respostas afectivas relativamente a aspectos específicos da situação laboral
Crites	1969	Estado afectivo, no sentido do gostar ou não, em termos gerais, de uma determinada situação relacionada com o seu trabalho
Locke	1979	Estado emocional positivo que resulta da percepção subjectiva das experiências no trabalho por parte do empregado
Price e Mueller	1986	Orientação afectiva positiva para o emprego
Muchinsky	1993	Resposta emocional ou afectiva em relação ao trabalho
Newstron e Davis	1993	Conjunto de sentimentos e emoções favoráveis ou desfavoráveis resultantes da forma como os empregados consideram o seu trabalho

(Adaptado de Ferreira *et al.*, 2001:290)

Ainda segundo Ferreira *et al.* (2001), a satisfação profissional possui duas dimensões distintas de satisfação no trabalho:

1- A primeira caracteriza-se por uma abordagem unidimensional ou abordagem global. Neste caso, a satisfação é vista como uma atitude em relação ao trabalho em geral, embora não resulte do somatório dos múltiplos aspetos que caracterizam o trabalho, depende deles;

2- A segunda dimensão caracteriza-se por uma abordagem multidimensional. Esta considera que a satisfação deriva de um conjunto de fatores associados ao trabalho, e que é possível medir a satisfação das pessoas em relação a cada um desses fatores.

São vários os autores que defendem o carácter multidimensional da satisfação profissional. Segundo Alcobia (2001) as dimensões da satisfação são: a chefia; a organização; os colegas de trabalho; as condições do trabalho; a progressão na carreira; as perspectivas de promoção; a recompensa salarial; os subordinados; a estabilidade do emprego; a quantidade de trabalho; o desempenho pessoal; intrínseca geral. Contudo, Locke (1986) identifica nove dimensões, entre as quais se incluem os colegas de trabalho, a supervisão, as possibilidades de promoção e as tarefas a serem realizadas. Contudo, continuam sem existir evidências se a satisfação perante o trabalho é unidimensional ou

multidimensional, mas existem certezas da relação entre a satisfação e algumas áreas do trabalho. Para além disso, segundo Mullins (2004) o nível de satisfação depende de condições relacionadas com fatores individuais, sociais, culturais, organizacionais e ambientais, sendo que estes podem afetar a satisfação perante o trabalho, em determinadas circunstâncias, mas não necessariamente perante outras situações.

2. Teorias explicativas da Satisfação Profissional

Os vários conceitos existentes sobre satisfação profissional derivam das teorias da motivação. A motivação é um conceito anterior à satisfação no que diz respeito ao ciclo motivacional. Assim, a motivação refere-se à tensão gerada por uma necessidade e a satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade (Steuer, 1989).

Tal como foi referido anteriormente, são várias as teorias que apresentam diferentes conceitos de satisfação profissional. A fim de melhorar e facilitar a interpretação e compreensão do conceito, Tribett e Rush (1984), sugeriram uma classificação para agrupar os vários modelos teóricos - teorias de conteúdo e teorias de processo.

As primeiras partem da determinação das necessidades humanas para explicar o fenómeno motivacional, identificando conseqüentemente o comportamento dirigido à satisfação das mesmas, mas sem entrar em cogitação sobre as operações psicológicas, tanto conscientes como inconscientes, que o processo envolve. Por outro lado, as segundas focam a sua atenção nas sucessivas etapas do fenómeno motivacional, nas perceções e perspectivas do indivíduo, no estabelecimento de metas e objetivos pessoais e, principalmente, nos mecanismos conscientes da tomada de decisões.

Muitos autores têm apresentado diversos aspetos considerados desejáveis e indesejáveis para a obtenção de satisfação profissional. Contudo, muitos dos pontos de vista contemporâneos nesta matéria devem-se à teoria da hierarquia de necessidades de Maslow (1954) e à teoria dos dois fatores de Herzberg *et al.* (1959) – Teorias de Conteúdo.

Figura1- Pirâmide das necessidades da Maslow



Fonte: Maslow, 1954

De acordo com a *Figura 1*, o comportamento humano é explicado, por Maslow, após algumas modificações, através de cinco categorias de acordo com a seguinte ordem ascendente:

- **Necessidades fisiológicas**, que se referem à manutenção da homeostase e são indispensáveis à sobrevivência;
- **Necessidades de segurança**, que compreendem o desejo de proteção do perigo tanto do próprio como da família;
- **Necessidades sociais**, que se referem ao desejo de pertencer a um grupo e serem aceitas pelos outros;
- **Necessidades de estima**, que traduzem o desejo do indivíduo em destacar-se no grupo onde participa e mais especificamente em obter prestígio e poder;
- **Necessidades de auto-realização** que incluem o desejo de crescimento psicológico, melhoria contínua das capacidades pessoais e de excelência, conferindo um desafio permanente na vida do indivíduo (Ramos, 1990).

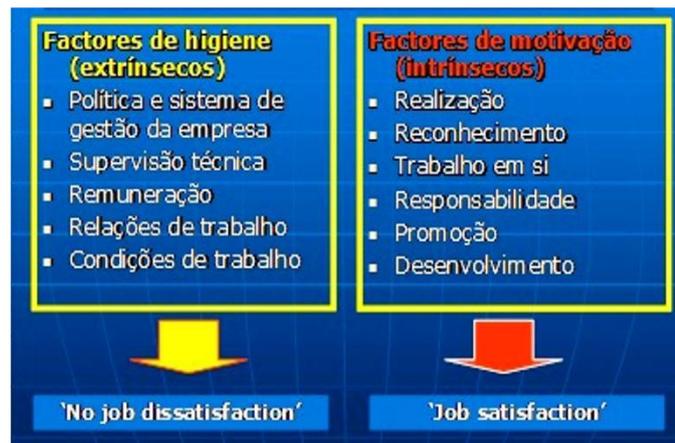
As contribuições de Maslow têm servido para estimular o desenvolvimento de novos modelos teóricos e as suas formulações continuam a ser objeto de atenção por parte dos cientistas do comportamento (Herzberg, 1959; McGregor, 1960; McClelland, 1961; Alderfer, 1969; Steers & Porter, 1983, entre outros). Por outro lado, as suas proposições teóricas possibilitam a organização de programas de desenvolvimento de recursos humanos nas organizações, baseados no conhecimento das capacidades e das necessidades dos seus empregados (Pérez-Ramos, 1987).

Em suma, esta teoria baseia-se no pressuposto de necessidades hierárquicas com sentido ascendente, no qual as necessidades de níveis mais elevados só podem ser alcançadas depois de todas as necessidades imediatamente anteriores estarem satisfeitas.

Por outro lado, a teoria Bifatorial da Motivação – Higiene (Herzberg (1959)) também prestou um valioso contributo, não contrariando as ideias de Maslow mas olhando para o lado da Satisfação no contexto de trabalho. Para Herzberg (1959) nem todas as necessidades motivam pois algumas apenas evitam a insatisfação.

Este autor sugere que as pessoas têm dois níveis de necessidades: as motivadoras e as higiénicas ou extrínsecas (Chiavenatto, 1994). As higiénicas dizem respeito a situações de remuneração, boas relações com os colegas, boas condições físicas de trabalho...etc. As necessidades motivadoras são as que podem promover a motivação e dizem respeito ao trabalho em si, ao seu conteúdo e organização.

Figura 2 - Teoria dos 2 fatores de motivação, de Herzberg



Fonte: Graça, 2006

Segundo Herzberg *et al.* (1959) um trabalhador pode estar, em simultâneo, satisfeito e insatisfeito no seu local de trabalho e a satisfação e a insatisfação profissional não são realidades opostas. O oposto de satisfação profissional não é necessariamente a insatisfação profissional, mas sim a ausência de satisfação profissional. Para o mesmo autor, ultrapassar as causas da insatisfação não proporciona satisfação, e promover fatores de satisfação profissional não elimina a insatisfação. Assim, se o ambiente de trabalho de uma organização for hostil, a promoção de um qualquer funcionário não o satisfará e se uma organização proporcionar um ambiente de trabalho saudável, mas não promover

fatores de satisfação aos funcionários, o trabalho que eles desenvolvem ainda não será satisfatório. A privação de fatores “higiênicos” pode levar à insatisfação profissional, mas a sua melhoria não leva à satisfação profissional (Herzberg, 1976).

A teoria da higiene-motivação de Herzberg tem dominado os estudos no âmbito da satisfação profissional, formando uma base para o desenvolvimento da sua avaliação (Lu *et al.*, 2005). Contudo, esta teoria também sofreu duras críticas relativamente à falta de consistência empírica na divisão dos aspetos do trabalho como intrínsecos ou extrínsecos por Locke e Whiting (1974) e Locke (1976). Ambos verificaram nos seus estudos que aspetos classificados por Herzberg como motivadores, e outros classificados como de higiene, como sendo responsáveis tanto pela satisfação como pela insatisfação no trabalho.

Wernimont (1966) também sustenta que os dois tipos de fatores enunciados por Herzberg *et al.* (1959) podem ser responsáveis tanto pela satisfação como pela insatisfação no trabalho.

Segundo Furnham *et al.* (2002), os vários estudos que têm tentado distinguir os dois tipos de fatores verificaram que se encontram altamente correlacionados. Locke (1976) critica ainda o facto de Herzberg não ter em consideração as diferenças entre os indivíduos no relato de fontes de satisfação e insatisfação no trabalho. Segundo o autor não é possível defender que os indivíduos tenham os mesmos valores e estes diferentes valores não podem ser desconsiderados na avaliação das fontes de satisfação e insatisfação.

Da teoria de Herzberg ficou o esclarecimento de um fator importante na motivação do trabalhador – a própria tarefa e o seu conteúdo – e ainda a maior importância dos fatores intrínsecos em relação aos fatores extrínsecos.

Um dos principais resultados imediatos derivados das contribuições de Herzberg foi o desenvolvimento, em escala apreciável, dos estudos sobre motivação no próprio ambiente ocupacional. Até 1959, época em que este autor apresentou a sua teoria, poucos esforços tinham sido realizados nesse sentido, o que se explica pelo fato de que, anteriormente, as formulações teóricas sobre motivação e satisfação se baseavam principalmente em observações clínicas e estudos de laboratório (Murray, 1938, e

Maslow, 1954). Herzberg veio preencher esse vazio com os seus esforços dirigidos a compreender a importância da motivação no meio organizacional, transferindo a tarefa de pesquisar o fenômeno motivacional para a situação real de trabalho. Para além disso, a Teoria Bifatorial é exibida de forma simples e sistemática, à altura da compreensão da maioria dos integrantes das organizações, formulando, ao mesmo tempo, recomendações práticas e específicas dirigidas a melhorar os níveis de satisfação.

No entanto, e perante o que foi sendo referido, podemos afirmar que a teoria dos dois fatores não é consensual e por isso, foi alvo de muitas críticas, havendo estudos posteriores que apresentaram conclusões diferentes e não confirmaram a dicotomia da abordagem (Alcobia, 2001).

No que diz respeito às teorias de processo, estas baseiam-se, tal como foi referido inicialmente neste capítulo, no estabelecimento de objetivos pessoais e nos mecanismos conscientes de tomada de decisão.

Em contexto laboral, se o trabalhador tiver a consciência de que ao desempenhar as suas funções de forma muito positiva, alcançará os seus objetivos pessoais, esforçar-se-á para o conseguir. Contudo, e pelo contrário, se tiver a perceção de que há uma discrepância elevada entre o alcançar das suas metas e o esforço a despendido, ou se essas metas não forem devidamente recompensadas, o seu desempenho irá diminuir.

A literatura refere também outras teorias, em que se destacam: a Teoria da Dissonância Cognitiva (Festinger, 1954), a sua derivada, a Teoria da Equidade (Adams, 1963), e a da Expectativa (Vroom, 1964).

A primeira parte do pressuposto de que o ser humano, mediante um processo individual de auto-avaliação, configura sua própria auto-imagem (*self-concept*), utilizando-a como parâmetro na sua auto-apreciação e também na comparação que faz das outras pessoas com características individuais idênticas às suas. Quando se apercebe que existem discordâncias entre ambas as avaliações, surge o fenômeno psicológico conhecido como "dissonância cognitiva" que, em geral, se traduz por um estado de *stress*, que leva o indivíduo a desenvolver comportamentos dirigidos a superá-lo, para assim restituir a suposta condição original de "consonância" ou equilíbrio psicológico (Keef, 1988).

Por sua vez, Adams (1961 e 1963) alterou em alguns aspectos a teoria de Festinger, e denominou-a de Teoria da Equidade. Este, parte do princípio de que o indivíduo, em situação de trabalho, realiza de forma contínua comparações entre as suas contribuições (desempenho, responsabilidades, formação profissional, etc.) e as compensações que recebe (salários, status atribuído, reconhecimento, entre outras), com as dos outros empregados. Caso o trabalhador, se aperceba que exista algum tipo de desequilíbrio, ele comporta-se de forma a equilibrar essa relação, aumentando ou diminuindo os níveis de desempenho, atingindo a equidade

Outra teoria bastante reconhecida, é a chamada Teoria da Expectativa, (Vroom, 1964). Neste caso, o processo motivacional é realizado de acordo com as percepções que o indivíduo estima de forma consciente para alcançar um objetivo e o valor que lhe é atribuído. A intensidade desses esforços dependerá, em todo caso, da interação dos três fatores cognitivos VIE; isto é, da Valência (força de atração ou repulsão sentida ou percebida); da Instrumentalidade (relação causal entre os resultados desejados e a potencialidade de desempenho), e da Expectativa (representação antecipada da decisão a ser tomada).

Segundo Landy e Trumbo (1980), esses três fatores, combinados por multiplicação ($V \times I \times E$), determinam o grau de motivação do indivíduo. Assim, quando um indivíduo tem a noção que pode realizar determinada tarefa, podendo alcançar um objetivo, ao qual atribui valor, podemos afirmar que a pessoa está motivada.

Tem existido por parte dos investigadores que testaram esta teoria alguma dificuldade em aplicá-la, contudo a constatação de maior peso apoia a noção de que há um relacionamento de causa-efeito entre expectativa, desempenho e recompensas extrínsecas, como pagamento e promoção.

Atualmente, as teorias do *stress* e da exaustão, ou *burnout*, formulada, em 1936, por Selye, têm sido tidas em conta para as abordagens à satisfação profissional. Para Lucas (1984), O permanente *stress* profissional leva à exaustão e o seu impacto leva ao desgaste físico e psicológico, diminuindo a resistência às doenças, aumentando a insatisfação e o pessimismo, bem como o absentismo e a ineficiência no trabalho.

Assim, cada vez mais se torna necessário direcionarmos as nossas ideias, no que diz respeito a este tema, para o organizar de estratégias que possam prevenir o *stress*, a exaustão e a insatisfação, quer a nível individual, quer a nível organizacional. Segundo Lucas (1984), os móbis desta iniciativa prendem-se de perto com a necessidade de aumentar a produtividade, diminuir o absentismo, reforçar o moral e manter uma saudável força de trabalho.

3. Determinantes da Satisfação Profissional

A satisfação no trabalho é encarada de forma diferente de pessoa para pessoa, ou pela mesma pessoa em momentos diversos. Desta forma, é possível afirmar que existem determinadas características que influenciam a forma como a pessoa se sente ou se comporta no seu local de trabalho. São vários os determinantes que devem ser tidos em conta para enquadrar a satisfação profissional e apesar de vários autores apresentarem diferentes terminologias, acabam por convergir na ideia de existirem causas inerentes ao próprio indivíduo e causas externas a este (organização e ambiente que o rodeia).

No que diz respeito às características individuais, estas englobam por exemplo: a idade, as habilitações literárias, o sexo, a raça, o estado civil, os filhos etc. Spector (1997) reforça a existência de fatores individuais que a pessoa transporta para o trabalho, como é o caso da personalidade e das experiências prévias, que podem influenciar a satisfação profissional. Robbins e Judge (2007) argumentam que pessoas com personalidade negativa (aborrecidas ou críticas) tendem a ser menos satisfeitas no seu trabalho. Os fatores genéticos são em grande parte, responsáveis pela personalidade de cada um, o que poderá ajudar a determinar a satisfação no trabalho. De acordo com o estudo de George e Jones (1996), cerca de 30% da diferença nos níveis de satisfação no trabalho tem influências genéticas, e por conseguinte difíceis de alterar.

Por outro lado, outros determinantes da satisfação profissional, que também podem ser úteis na sua avaliação, incluem as diferentes características laborais dos funcionários (Shields e Ward, 2001), como sendo: o local de trabalho, horário de trabalho, tipo de vínculo, responsabilidade de supervisão, funções de gestão, o relacionamento interpessoal, a formação e o tempo de serviço.

Alguns estudos têm sido feitos para avaliar a importância de alguns determinantes da satisfação profissional. No caso específico dos profissionais de saúde, de acordo com os estudos de Cavanagh (1992) e Blegen (1993), os enfermeiros com níveis elevados de habilitações académicas mudam de trabalho com mais frequência, uma vez que as organizações onde trabalham são incapazes ou não estão dispostas para satisfazer as suas necessidades. Yamashita (1995) sustenta que os enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas, mais jovens e solteiros apresentam-se menos satisfeitos com os seus trabalhos.

Cunha *et al.* (2006) enfatizam o clima organizacional, as características do trabalho e a informação social como as variáveis mais representativas da satisfação. Assim, as atitudes, crenças, valores e motivações das pessoas que trabalham na organização, as atividades desenvolvidas e o contexto social envolvente são variáveis que influenciam a satisfação no trabalho.

A remuneração e o sistema de recompensas também parecem estar associados ao nível de satisfação, já que um trabalhador que considera ter um salário adequado e suficiente, tende a ser um profissional mais satisfeito (Greenberg & Baron, 1993).

Butler e Parsons (1989), no seu estudo, verificaram que um vencimento adequado e um horário de trabalho flexível são promotores da satisfação profissional. Clark (1996) sustenta que os funcionários que enfatizam a importância do vencimento referem baixa satisfação profissional, enquanto aqueles que enfatizam as relações no local de trabalho têm mais probabilidade de referir elevados níveis de satisfação profissional.

Outro fator bastante importante e que tem sido objeto de estudo de vários autores, é a autonomia profissional. McCloskey (1990) e Carr e Kazanowski (1994) têm demonstrado que a falta de autonomia leva a insatisfação profissional. A falta de autonomia, que impede a satisfação profissional, contribui para o “desgaste”. Este mesmo “desgaste” pode manifestar-se sob a forma de absentismo e aumento de *turnover* na equipa (Peter, 1994; McNeese-Smith, 1995).

Outro aspeto a salientar, é o trabalho enquanto atividade social que requer interação com outras pessoas. Segundo Vroom (1995) esta interação constitui um importante fator de motivação na decisão de trabalhar e conseqüentemente na satisfação no trabalho. Esta opinião é corroborada no estudo de Bond, Punnett, Pyle, Cazeca e

Cooperman (2004), no qual o suporte social se encontra fortemente relacionado com a satisfação profissional em todos os participantes.

No estudo de Greenberg e Baron (1993) a qualidade da supervisão é salientada como outro determinante para a satisfação no trabalho, uma vez que os trabalhadores tendem a sentir-se mais satisfeitos quanto maior a percepção de competência, dignidade e respeito do supervisor perante eles.

Perante isto, é perceptível que são inúmeros os fatores que podem influenciar a satisfação dos trabalhadores. Na verdade a maior ou menor força de cada um deles advém não tanto de uma atuação isolada mas da interligação entre os mesmos. Assim, a satisfação no trabalho pode ser definida como o resultado da avaliação (periódica) que cada indivíduo faz, em relação ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais.

Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 481/90, de 24 de Agosto), a satisfação dos profissionais é um dos quatro critérios de avaliação periódica do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos, numa ótica de custo – benefício. Em termos genéricos, a satisfação profissional é um importante indicador do clima organizacional e, mais do que isso, é um elemento determinante da avaliação de desempenho das empresas e demais organizações (Graça,1999).

4. Consequências da (in)satisfação profissional

É ideia geral que a insatisfação profissional cada vez mais atinge todo o tipo de profissão. No caso dos profissionais de saúde, segundo Carvalho (2005), são vários os tipos de manifestação de insatisfação vividos pelos diversos profissionais desta área, como sendo: o mal-estar na profissão, baixos níveis de produtividade, mudanças frequentes de local de trabalho, diminuição da eficiência e qualidade dos serviços prestados, o *stress*, a fadiga/exaustão (*burnout*), o absentismo ou o abandono da profissão.

McIntyre e Silvério (1999), referenciado por Carvalho (2005) consideram que as fontes de *stress* podem ser de três tipos:

- 1- Intrínseco ao trabalho (como por exemplo as más condições laborais);
- 2- Intrínsecos ao indivíduo (ansiedade e estratégias de *coping*);
- 3- Extrínsecos ao trabalho (problemas pessoais e financeiros).

Neste sentido, para Garcia (1997), os profissionais de saúde estão sujeitos a elevados níveis de *stress* causados pela especificidade da profissão, das tarefas que desempenham e das pessoas de quem cuidam, pela pouca autonomia e constante pressão vinda dos superiores hierárquicos. Para além disto, os episódios geradores de *stress*, decorrentes das situações de doença vividos pelos profissionais de saúde provocam desequilíbrios emocionais e socio-afetivos o que os leva a ficarem vulneráveis devido à inexistência de estratégias para a sua eliminação ou atenuação.

Segundo Caetano e Vala (1994), o absentismo e o *turnover* são duas modalidades comportamentais que têm sido analisadas principalmente como uma resposta também à insatisfação profissional. O absentismo tem sido visto como um comportamento disfuncional resultante de um desajuste entre as necessidades do funcionário e as exigências do seu ambiente laboral. Assim, torna-se impossível relacionar a ausência do trabalho unicamente com a doença e o aumento do absentismo de curta duração sugere que existem outros fatores responsáveis (Spurgeon, 1982).

Mcintyre (1994) refere que o nível de absentismo dos enfermeiros portugueses é o mais alto entre todos os profissionais de saúde. No mesmo sentido Ramos (2001), afirma que entre 1985 e 1995, os níveis de satisfação profissional dos enfermeiros portugueses desceram consideravelmente, registando-se simultaneamente uma acentuada subida nos níveis de absentismo. Corroborando estas considerações, segundo Carvalho (2005), o esgotamento e a fadiga são um processo contínuo que derivam do desgaste de uma atividade profissional, que por consequência gera um autoconceito negativo para o profissional que a exerce e um processo de erosão profissional da sua função ao longo do tempo.

Em relação ao *turnover*, este tem sido apontado como uma das principais causas da insatisfação profissional que se refere à entrada e saída de funcionários de uma organização, podendo ser classificado como voluntário ou involuntário (Bluedorn, 1978) e é visto como um principal contribuinte para a escassez de enfermeiros (Borda e Norman, 1997).

São vários os investigadores que têm analisado a existência ou não de relação entre o absentismo e o *turnover*. Segundo Jackson (1983) e Martin (1971), o absentismo é um precursor do *turnover*, em que ambos estão positivamente relacionados. Por outro lado, Hill e Trist (1955) e Rice e Trist (1952) consideram o absentismo como uma alternativa ao *turnover*. Assim, ambos estão negativamente relacionados, em que um elevado absentismo estaria associado a baixas taxas de *turnover*. Segundo Mowday e Spencer (1981) e Weiner (1980), não existe relação entre ambos.

Em termos estatísticos, Queirós (2003), afirma que de acordo com a Agência Europeia para a Segurança no Trabalho, 50% a 60% do absentismo verificado na União Europeia é provocado por problemas relacionados com o *stress*. Por outro lado, Carvalho (2005) refere que em Portugal há uma carência de profissionais de saúde, nomeadamente, enfermeiros, superior a 22000 profissionais, porém, as deficientes condições laborais associados ao desgaste físico e emocional, ao pouco reconhecimento do trabalho realizado e a níveis baixos de satisfação profissional são fatores que têm tido um peso negativo na situação laboral destes profissionais, conduzindo ao abandono da profissão.

No que concerne ao absentismo, a sua relação com a satisfação profissional é moderada, na medida em que este pode não ser voluntário, mas determinado por fatores fora do controlo dos indivíduos (Vroom, 1964).

Apesar de todos estes estudos evidenciarem a insatisfação profissional que hoje em dia é tão comum nas mais diversas áreas, existem outros que referem que os funcionários que estão satisfeitos com os seus trabalhos tendem a ficar mais tempo nesse local (Hinshaw *et al.*, 1987; Taunton *et al.*, 1989; Tett e Meyer, 1993). Outras pesquisas também demonstraram que os funcionários que experienciam a satisfação profissional são mais propensos a serem produtivos (Cohen e Josefowitz, 1980).

Capitulo II – As Unidades de Cuidados na Comunidade

1. Enquadramento das UCC

As Unidades de Cuidados na Comunidade surgem com a reforma dos CSP, e são consideradas um dos pontos mais importantes desta reestruturação.

Apesar de esta reforma ter tido início na década de 90 e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, enquanto sistema de prestação de cuidados à população, terem iniciado em 1971, com os CS de “primeira geração”, no final de 1999, houve uma outra fase da reforma, com a publicação do DL n.º 60/2003 (1/4/2003), que girava em torno da propriedade dos CS, que passavam a ser públicos, privados ou cooperativos. Contudo, este tipo de organização não chegou a ser implementado. Só em 2005 através do DL n.º 88/2005, (3/6/2005), é que foi reiniciada a reforma do CSP, com a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003 (1/4/2003).

O grupo Missão para os Cuidados de Saúde Primários foi o responsável pela elaboração e implementação das medidas que tinham como principal objetivo centrar o SNS nos CSP, através da reorganização dos CS e da implementação inicialmente das USF. Porém, em 2008, procedeu-se a uma profunda reestruturação dos CSP (Decreto-Lei n.º 28/2008, 22/2/2008). Os CS foram extintos como unidades prestadoras de cuidados de saúde e a junção de vários CS deu lugar aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Foi então estabelecido o seu regime de organização e funcionamento, e criadas as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A estas unidades compete segundo o mesmo decreto, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Perante o exposto, decidimos iniciar este capítulo, depois deste pequeno enquadramento, abordando inicialmente o aparecimento e a criação dos CS em Portugal e a sua evolução até aos dias de hoje, assim como o desenvolvimento dos ACeS e o seu modelo organizacional. Posteriormente apresentamos a constituição das UCC e as suas funções, dando ênfase à sua missão, princípios, intervenção em termos geográficos,

equipas, áreas chave de desenvolvimento do plano de ação, recursos técnicos e financeiros e indicadores de desempenho propostos.

2. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários e os ACeS

São várias as reformas por que tem vindo a passar o SNS em Portugal. Exemplo disso são os cuidados de saúde primários, que hoje se caracterizam por três tipos de abordagens complementares no que diz respeito à prestação de cuidados, como sendo:

1. Dirigida a cada indivíduo;
2. Dirigida a cidadãos, famílias ou grupos vulneráveis ou de risco;
3. Dirigida à população/comunidade.

Em relação à abordagem individual, esta tem como objetivo, identificar, resolver ou controlar os problemas de saúde e minorar os efeitos adversos dos determinantes negativos através dos cuidados curativos, preventivos e promoção de saúde. O atendimento inicial é efetuado de forma personalizada, frequentemente pela vertente clínica, que tem em consideração as necessidades e características de cada pessoa.

Por outro lado, a segunda abordagem caracteriza-se pela intervenção na comunidade, em pessoas, famílias e grupos de maior vulnerabilidade ou risco, com necessidades especiais de cuidados de saúde. Habitualmente as decisões de intervenção são criteriosas em função da gravidade do problema e tendo em conta os recursos disponíveis.

Por fim, a terceira abordagem é dirigida à população/comunidade no seu todo e tem como objetivo principal promover a saúde e prevenir a doença, através de intervenções baseadas num diagnóstico de saúde e no sentido de se obter ganhos concretos de saúde da população. A maior parte das vezes as principais causas de morbimortalidade evitáveis estão relacionadas com comportamentos desadequados, individuais e coletivos, e respetivos determinantes que decorrem dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos e dos contextos socio-ambientais em que estão inseridos. Contudo, no modelo patente dos últimos anos, o que levava os doentes a um serviço de saúde eram apenas motivos curativos, sendo que a prevenção, os cuidados e a sua continuação não

eram favorecidos, perdendo-se assim a qualidade, a eficiência e a eficácia, não havendo por conseguinte satisfação da parte dos utilizadores e dos profissionais (Antun, 2004; Pisco, 2011).

O ponto de partida para a atual reforma assenta num baixo nível de satisfação de todos os intervenientes, cidadãos, profissionais e decisores políticos, motivado pela baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade dos cuidados (Pisco, 2011).

Os CS enquanto unidades polivalentes e dinâmicas que prestam cuidados de saúde primários, têm o objetivo de promover, vigiar, prevenir, diagnosticar e tratar a doença, dirigindo a sua ação não só ao indivíduo, como à família e à comunidade (Artigo 2º do Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril).

Os primeiros CS têm origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, sendo Portugal um dos primeiros países europeus a adotar uma abordagem integrada para os CSP criando uma rede de CS que abrangiam a generalidade do país (Pisco, 2011). Contudo, essa situação só se conseguiu após a criação do SNS em 1979. É possível definir quatro períodos marcantes na evolução e no desenvolvimento dos CSP em Portugal. O quadro que se segue, mostra de forma resumida a evolução dos CSP e que de seguida se pormenoriza:

Quadro 2 – Evolução dos CSP em Portugal

ANO (Período)	Centros de Saúde
1971-1983	Centros de Saúde de Primeira Geração
1983-1995	Centros de Saúde de Segunda Geração
1995-2007	Gestação e Período Peri-natal das USF – CS de Terceira Geração
2007-2019	Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)

Os CS de “Primeira Geração” incluíam atividades como a vacinação, a vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras, ou seja, os cuidados eram centrados essencialmente na prevenção da doença. O aparecimento destes CS coexistiu com a rede de postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, que se dedicava à prestação de cuidados em situação de doença (Branco e Madeira, 2014). No período pós-revolucionário entre 1975 e 1982 ambas as redes funcionavam de forma complementar e o seu funcionamento regular permitiu que os indicadores de avaliação relacionados com a saúde materno-infantil e incidência das doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação tivessem uma evolução muito favorável. Tal fato deveu-se muito ao trabalho dos jovens médicos do Serviço Médico na Periferia (SMP). O SMP foi descontinuado em 1982 com a criação da carreira médica de clínica geral que permitiu a colocação definitiva, em cerca de 3 anos, de mais de 5000 mil médicos de família em todo o país (Nunes *et al*, 2012).

Os CS de Segunda Geração, surgiram num período marcado pela publicação do Despacho Normativo nº 87/83, de 22 de Abril. Teve como pilares a criação da carreira médica de Clínica Geral (1982) e a integração dos centros de saúde de primeira geração com a extensa rede de postos médicos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, em 1982-1983. Desta integração resultaram cerca de 370 centros de saúde integrados englobando mais de 2000 extensões de saúde (Branco e Madeira, 2014). Esta reestruturação foi feita de forma administrativa, e baseou-se na renomeação das estruturas existentes, o que por um lado favoreceu a identidade dos médicos de Clínica Geral, mas o excesso de normativismo, e a relação distante das sub-regiões e administrações regionais de saúde, levou à desmotivação dos profissionais e à dificuldade em dar respostas às necessidades de saúde da população.

Entre 1995 e 1996 foi proposto uma mudança radical na lógica de organização e de funcionamento dos CSP em Portugal. As novas iniciativas experimentais e “projetos-piloto” foram surgindo devido ao modelo desajustado de organização por grupos profissionais separados e de gestão burocrática dos centros de saúde. O projeto “Alfa”, que surgiu em 1996, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, foi a primeira experiência que pretendia proporcionar alguma autonomia no seio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo como contrapartida a melhoria no acesso e na qualidade

(Ministério da Saúde, 2004). Foi criado o Regime Remuneratório Experimental (RRE), dos Médicos de Clínica Geral, assente no princípio de que a remuneração estaria dependente da quantidade e qualidade do desempenho (Decreto-Lei n.º 117/98, 5/5/1998). Com a publicação do Decreto-Lei (DL) 157/99 (10/5/1999), que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, foi consagrada uma matriz organizativa dos CS com base em unidades de saúde familiar (USF), os CS de “terceira geração”. Contudo, começaram a surgir obstáculos ao avanço desta transformação, talvez por representar uma ameaça ao “*status-quo*” vigente nos CSP e ao modelo burocrático tradicional da administração pública. Para além destes, outros foram emergindo nas chamadas “sub-regiões de saúde” e nas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Após uma iniciativa política descontextualizada (2002-2003) e vários conflitos e turbulência, incluindo uma greve dos CSP, em 2003, e a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), chegou-se a um novo patamar para transformar o paradigma organizacional vigente. (Nunes *et al*, 2012).

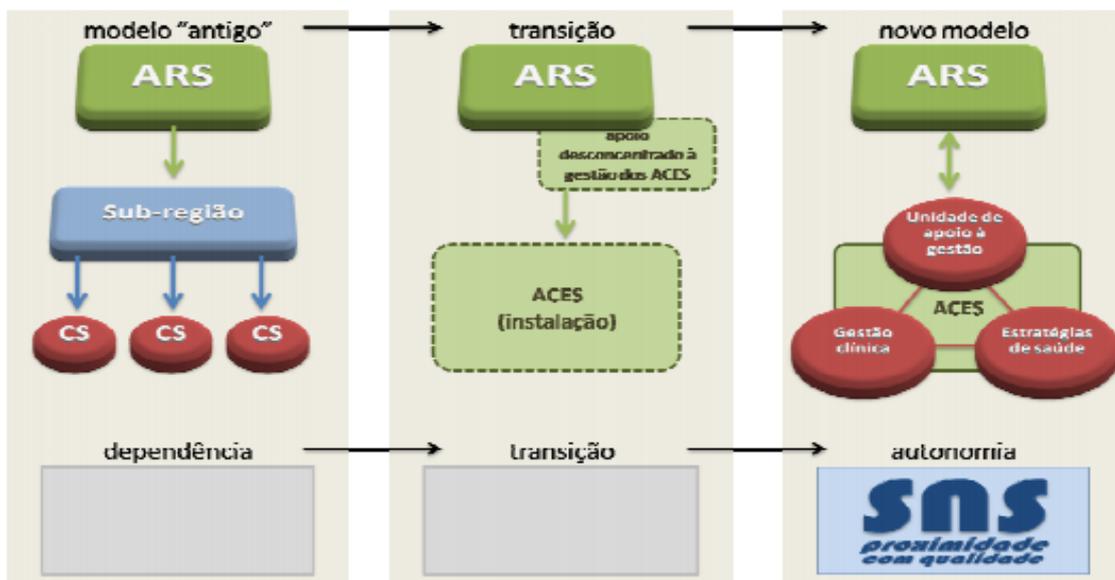
Em 2005, através do DL n.º 88/2005, (3/6/2005), reiniciou-se a reforma do CSP e para controlar e contornar as resistências “internas” foi criada a Missão para os CSP tendo sido esta a responsável pela elaboração e implementação das medidas que tinham como principal objetivo centrar o SNS nos CSP, através da reorganização dos CS, melhorando a acessibilidade aos cuidados, a qualidade e a continuidade destes, assim como a eficiência, e aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores. Para tal, seguiu-se uma série de princípios dos quais se destacam: a orientação para a comunidade; a flexibilidade organizativa e de gestão; a desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e responsabilização; melhoria contínua da qualidade; contratualização e avaliação (Biscaia & Amorim, 2013).

Antes da atual reforma dos CS, estes estavam organizados em 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS), 18 Sub-regiões de Saúde e 363 CS. Em 2008 procedeu-se a uma profunda reestruturação (Decreto-Lei n.º 28/2008, 22/2/2008). Os CS foram extintos como unidades prestadoras de cuidados de saúde. A junção de vários CS deu lugar aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que segundo o Decreto-lei 28/2008, são serviços públicos com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais. No caso específico das USF, mantiveram-se e foram “pontas de lança”

estratégicas para descongelar o modelo organizacional anterior e abrir caminho para a transformação dos CSP.

O agrupamento dos centros de saúde em cerca de 70 ACeS e a reorganização de todos os profissionais numa rede de equipas/unidades funcionais com missões específicas e complementares viria a ser iniciado em 2009. (Nunes *et al*, 2012). Esta agregação visa permitir decisões mais céleres e próximas das equipas multiprofissionais e das comunidades, que são quem protagoniza verdadeiramente os CSP. A figura que se segue ilustra de forma sistematizada a descentralização da gestão para os ACeS:

Figura 3 – Descentralização da Gestão para os Agrupamentos de Centros de Saúde



Fonte: Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009

Perante o exposto, é possível perceber que uma das alterações significativas desta reforma tem passado pela reorganização local dos cuidados, e principalmente na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), com o conseqüente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde. Deste modo, os ACeS articulam-se diretamente com as ARS, tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica, sendo serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), estando sujeitos ao seu poder de direção.

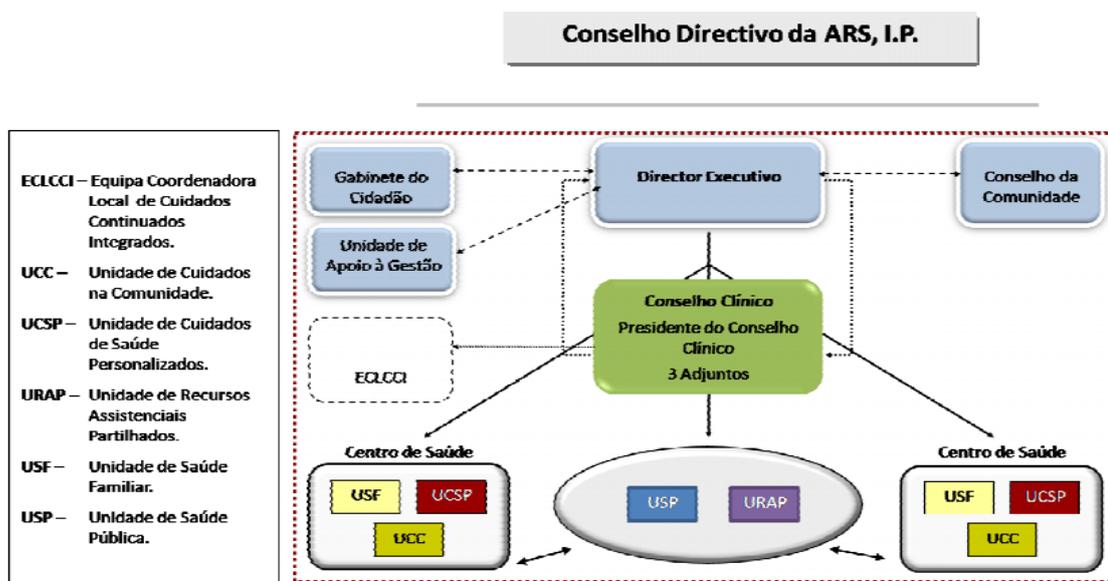
O fato dos novos agrupamentos de centros de saúde terem uma diferente dimensão geodemografia, permite uma maior e melhor abordagem epidemiológica dos

problemas de saúde e dos seus determinantes, referentes à população em causa, proporcionando também uma autonomia gestionária, que há muito se dizia fundamental nos CSP.

Uma outra decisão importante com o aparecimento dos ACeS foi as mudanças no processo de contratualização que até então que era feito entre as ARS e as USF, e passou a ser feito diretamente entre as USF e os ACeS, desde 2010, sendo esses princípios de contratualização aplicados às outras UF, que ainda se continuam a implementar.

Tal como já foi referido os ACES são constituídos por várias unidades funcionais que se complementam. A figura 2 ilustra a estrutura orgânica de um agrupamento de CS:

Figura 4 - Estrutura orgânica de um ACeS



Fonte: Adaptado de Pisco, Missão para os Cuidados Saúde Primários, 2007.

Inicialmente os CSP estavam organizados, segundo define o DL 28/2008, em 5 ARS e um máximo de 74 ACES. Contudo, o decreto-lei foi sofrendo alterações, através das experiências e ensinamentos recolhidos no âmbito do funcionamento e atuação dos órgãos dos ACeS. Assim, atualmente e em vigor desde 30/11/2012, a portaria nº394-A/2012 de 29 de Novembro, cria os 6 novos agrupamentos de centros de saúde da ARS Centro, em resultado da fusão dos agrupamentos anteriormente existentes.

Tal como demonstra a figura 2, os agrupamentos são dirigidos por um Diretor Executivo e compostos por outras estruturas importantes:

- Um **Conselho Clínico**, que tem a responsabilidade de dar as diretivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes; fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; organizar e controlar as atividades de desenvolvimento profissional e de investigação; verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACeS, entre outros (c.f. artigo 25.º e 26.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro);
- Um **Conselho da Comunidade**, que alerta o Diretor Executivo para factos relevadores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde; propõe ações de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACeS em parceria com os municípios e demais instituições representadas pelo Conselho da Comunidade; dinamiza associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado (Artigo 31.º e 32.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro);
- Um **Gabinete do Cidadão**, que organiza canais de comunicação e articula com cada unidade funcional do ACeS, sendo responsável por verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde; informa os utentes dos seus direitos e deveres na qualidade de utilizadores dos cuidados de saúde primários; recebe observações, sugestões e reclamações dos utentes aos cuidados prestados e responde às mesmas; e verifica regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACeS (Artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro);
- Uma **Unidade de Apoio à Gestão** que presta apoio administrativo ao Diretor Executivo, ao Conselho Clínico e às Unidades Funcionais, competindo-lhe prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACeS; colaborar na elaboração de planos de atividade e orçamentos e acompanhar a respetiva execução; analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, financeiros e dos equipamentos, e elaborar os respetivos relatórios anualmente; assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afetos ao ACeS e garantir o controlo de consumos, entre outros (Numero 1 do artigo 36.º do Decreto Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro);
- Uma **Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados (ECLCCI)**.

No que diz respeito às unidades funcionais que se observam na figura 2 temos a:

- **Unidade de Saúde Familiar (USF)** – São unidades de prestação de cuidados com uma missão explícita (carteira básica de serviços), e funcionalmente autónomas (controlo do processo organizacional da prestação de cuidados pelos profissionais), para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias; Ao contrário das restantes, as USF são as únicas unidades até à data em que os profissionais podem ser congratulados com incentivos institucionais que constam da carta de compromisso, sendo aferidos pelo desempenho nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência (Artigo 2.º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril) e financeiros com base no cumprimento de objetivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade. De referir que, a atribuição de tais incentivos também fica condicionada a um mínimo de seis meses de atividade (Artigo 3.º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril);
- **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)** - têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa determinada área geográfica, regendo-se pelos princípios de garantia de acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados.
- **Unidade de Saúde Pública (USP)** - funcionam como observatório de saúde da área geodemográfica do agrupamento em que se insere, desenvolvendo atividades de planeamento em saúde, de defesa, promoção e proteção da saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública.
- **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)** - têm como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da respetiva área geográfica de intervenção, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde. Cada UCC deve prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, e atuar, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Números 1 e 2 do artigo 3.º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril);
- **Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)** - presta serviços de consultoria e assistenciais às diversas unidades funcionais e operacionaliza as ligações funcionais aos serviços hospitalares.

Estas unidades funcionais surgem com autonomia técnica e organizativa, constituídas por equipas multidisciplinares que embora ainda assentem essencialmente na tríade clássica dos profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, pretende-se que venham a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional, tanto diretamente sob a sua alçada como através de contratualização específica. Os profissionais em causa são co-responsabilizados pela qualidade do desempenho e pelos resultados obtidos das suas unidades. Assim, torna-se necessário e importante que cada uma tenha presente os seus verdadeiros objetivos e funções para que não haja sobreposição de tarefas, conflitos de competências, duplicação e desperdício de recursos e por outro lado que consigam tirar o máximo potencial de desempenho de cada uma no que respeita às suas especificidades em concreto.

O fato dos ACeS terem disponíveis profissionais de variadas áreas a trabalhar nas diversas unidades funcionais, tal contribui para que os CS se desenvolvam de forma mais sustentada, com programas de intervenção em saúde numa perspetiva global e não apenas baseadas no modelo biomédico. Ou seja, outros técnicos que não os médicos, poderão assumir responsabilidade por alguns cuidados de saúde, proporcionando vantagens ao doente, já que esse contributo irá diminuir a procura excessiva dos cuidados médicos e alterar a presente cultura de utilização por vezes inadequada e excessiva de fármacos e de meios complementares de diagnóstico, libertando os médicos para realizarem tarefas que só a eles lhe cabe responder.

Assim, segundo Sakellarides *et al.*, 2009, a nova arquitetura organizacional dos CS obedece a um duplo movimento, pois se por um lado a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, através de um modelo de contratualização interna de serviços com o respetivo ACeS e a ARS; por outro, a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtêm economias de escala e viabilizam estratégias regionais ao nível dos CSP que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

Contudo, apesar de ser consensual que os ganhos em saúde têm sido bastantes e positivos, com um aumento da acessibilidade e da satisfação quer de profissionais quer de utentes, a adesão à reforma não tem sido uniforme em todo o país, criando alguma

desigualdade nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos. O fato de toda esta reestruturação ser baseada numa cultura contrária aos hábitos de centralismo e comando-controle burocráticos da administração pública tradicional, todos os patamares percorridos até à data ainda estão distantes do modelo de autonomia responsabilizante preconizado através do recurso aos contratos-programa previstos no Decreto-Lei n.º 28/2008, sendo este um desafio eminente ao qual se impõe respostas rápidas e eficazes. (Nunes *et al*, 2012).

3.Composição e funções das UCC

As UCC foram criadas como sendo um dos grandes projetos da reforma dos CSP, com o objetivo principal de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Para além disso, estas unidades têm também como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra; Participam também na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré -graduada, pós-graduada e contínua; e compete-lhes constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (Artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

São os órgãos gestores, ARS e diretores executivos dos ACeS, que têm a responsabilidade de criar condições para o início de atividade das UCC. As primeiras candidaturas surgiram em 2009 e emergiram do terreno sob propostas dos profissionais que aderiram livremente. O mesmo se mantém até hoje, através da apresentação voluntária de uma candidatura em formulário próprio, por via eletrónica, onde devem ser indicados:

- a) A constituição da equipa;

- b) O coordenador da equipa e endereço eletrónico;
- c) A área geográfica de atuação;
- d) O número de utentes inscritos no centro de saúde e residentes na sua área geodemográfica;
- e) Compromisso relativo à prestação de cuidados de saúde nas áreas de intervenção a desenvolver no Plano de ação;
- f) Informação relativa às necessidades de recursos físicos (instalações) e materiais (equipamentos);
- g) Outros elementos úteis para a apreciação do projeto;

(Documento de suporte à implementação da UCC, Março 2009).

Após essa fase inicial, a ERA (Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento) e o departamento de contratualização da respetiva administração regional de saúde, analisam o processo de candidatura, e após audição do diretor executivo do ACeS, elaboram o respetivo parecer que aceita ou recusa a respetiva candidatura, no prazo de 30 dias (Artigo 8º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril de 2009). De seguida, caso tenha sido aceite a candidatura, são desencadeados os procedimentos adequados para a UCC iniciar as suas atividades no prazo de 60 dias.

Ao fim de 180 dias desde a data de publicação do regulamento descrito, o diretor executivo de cada ACES tem poderes para promover a organização e constituição da unidade de cuidados na comunidade nos CS onde não tenham sido apresentadas candidaturas a UCC. A constituição das equipas multiprofissionais tem a composição prevista no n.º 2 do artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

Os profissionais que integram uma equipa numa UCC, devem reunir competências e estarem motivados para desenvolver estratégias e ações de intervenção comunitária, a tempo inteiro, nomeadamente nas áreas de enfermagem, serviço social, fisioterapia, e apoio administrativo. Contudo, as equipas podem ser constituídas também por médicos, psicólogos, higienistas orais, terapeutas da fala e nutricionistas/dietistas, em permanência ou em colaboração parcial, sendo afetos a uma UCC todos os elementos que

exercem maioritariamente a sua atividade nessa unidade funcional. A UCC deve ser dotada de profissionais em número suficiente e de competências adequadas, para assegurar o horário de funcionamento das 8 as 20 horas, nos dias uteis.

Tendo em conta os critérios e procedimentos do artigo 15.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, nomeadamente os do n.º 1, alínea b), e do n.º 2, é designado coordenador da UCC o enfermeiro com o título de especialista, com experiência efetiva na área profissional, sendo que, no caso das situações de constituição das UCC por candidatura, a designação resulta da proposta definida pela equipa multidisciplinar. O fato de existir uma equipa multifacetada, potencia o desenvolvimento de competências de cada grupo profissional e contribui também para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta que se adequa da melhor forma possível às necessidades em cuidados de saúde à comunidade que cada UCC serve. Apesar de qualquer profissional de saúde se poder candidatar, normalmente é dada prioridade a equipas profissionais em que a maioria dos seus membros pertence ao centro de saúde onde se pretende constituir a UCC e equipas constituídas maioritariamente por enfermeiros e enfermeiros especialistas preferencialmente com experiência em intervenção comunitária.

Em relação à intervenção das UCC em termos geográficos, a mesma deverá corresponder à área do respetivo Centro de Saúde. Contudo, poderá subdividir-se em áreas geográficas mais pequenas de acordo com as problemáticas territoriais, a dimensão da população, bem como, as suas necessidades de saúde e sociais (densidade populacional, acessibilidades, problemas sociais e de saúde identificados, índice de envelhecimento, entre outros) e a dispersão geográfica da área de intervenção. Este tipo de situação normalmente surge em ambiente urbano, quando existe mais do que um centro de saúde numa cidade, sendo que poderá formar-se uma UCC que abranja populações de dois ou mais Centros de Saúde integrado no ACeS, não devendo ultrapassar os 75 mil habitantes, pois teríamos equipas demasiado grandes e uma população abrangida dispersa, o que iria pôr em causa o princípio básico da criação destas unidades, os cuidados de proximidade.

Em situações em que os CS tenham uma abrangência populacional inferior a 4000 utentes/habitantes, podem não ter uma UCC, mas sim serviços destas unidades, uma

vez estudadas as características da população e salvaguardadas as suas necessidades em matéria de cuidados de saúde, tal como previsto no diploma dos ACES, desde que garantam a equidade, a acessibilidade e a continuidade dos cuidados de saúde (Indicadores de Desempenho das Unidades Cuidados na Comunidade, Março 2010).

Este tipo de unidades tem autonomia organizacional e funcional, o que lhes confere responsabilidade pelo desenvolvimento de projetos/programas de acordo com as necessidades e problemas específicos da população a que se dirigem. Neste contexto é importante e necessário a criação de equipas específicas para diferentes abordagens:

- 1) Equipas de intervenção comunitária (EIC), que podem funcionar sob a forma de unidades móveis, nomeadamente para abordagens a grupos/comunidade e em diferentes contextos, de acordo com o Plano Nacional de Saúde;
- 2) Equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) ou equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), para a intervenção à população idosa e dependente, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

(Ministério da Saúde - Coordenação Estratégica, Setembro 2010).

Para que seja implementado qualquer tipo de programa e/ou projeto as UCC devem ter sempre em linha de conta a realidade social e de saúde da sua área de intervenção, ou seja, terem um ponto de partida, para poderem refletir nas metas e resultados a alcançar posteriormente. Por esse motivo e por terem surgido no sentido de desempenhar um papel diferente, estão-lhes associadas uma carteira de serviços específicas.

Durante a construção desta oferta de serviços, é pedido aos profissionais da equipa que tenham em consideração as experiências intituladas de boas práticas já instituídas em cada contexto e procurem a evidência da sua atualidade, face às necessidades identificadas (Orientações para a Constituição das UCC - Ministério da Saúde, Março 2010).

Como já foi referido, as UCC funcionam de forma complementar com as restantes unidades funcionais e desenvolvem o seu plano de ação tendo sempre como referência o plano do ACeS a que pertencem. Para além disso é de extrema importância

que esta articulação integre também a Rede Social, no sentido de rentabilizar esforços e potenciar respostas que possivelmente de forma individual não seria possível atingir, assegurando sempre de forma atempada cuidados integrados e de qualidade aos cidadãos.

Segundo as orientações para a Constituição das UCC, do Ministério da Saúde, em Março de 2010, são exemplos de áreas chave de desenvolvimento do plano de ação de uma UCC:

- a) Intervenções com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade, referidas ou referenciadas pelas outras unidades funcionais do ACeS, que pela complexidade da situação em causa necessitem de um intenso acompanhamento social, multidisciplinar e em proximidade;
- b) Intervenção em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade;
- c) Projetos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população ao longo do ciclo de vida (Ex: Projetos de cooperação com empresas/instituições ligadas à área da intervenção, no âmbito da educação para a saúde, como é o caso dos estabelecimentos prisionais; Preparação para a parentalidade, promoção do aleitamento materno; Intervenções junto da população idosa, para a promoção do envelhecimento ativo, através de centros de dia/associações/convívios);
- d) Apoio a crianças e jovens em risco (sinalizar e apoiar casos de maus tratos ao Núcleo de apoio a Crianças e Jovens em risco; e/ou avaliar, definir ou executar planos de acompanhamento e intervenções em situações de risco);
- e) Intervir nos projetos/programas ligados à promoção da Saúde Mental;
- f) Apoiar e colaborar com as equipas locais do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), assim como na avaliação e intervenção de situações identificadas;
- g) Intervenção integrada com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), (Ex: reabilitação física; educação para a saúde; coordenação e gestão de casos; cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e/ou paliativa), entre outros.

O fato destas UCC terem um caráter interventivo e de proximidade com as pessoas, famílias, grupos e comunidade, faz com que a relação que estabelecem com as USP seja muito importante, pois torna-se necessário discutir aspectos e estratégias, e são elas as responsáveis por gerir e definir os objetivos, a população alvo, a quantidade de atividades, os recursos necessários, e a respectiva avaliação de programas que fazem parte cada vez mais do dia-a-dia das populações, como é o caso dos Programas Nacionais de Saúde Escolar e de Promoção da Saúde Oral.

No que diz respeito à saúde escolar, cabe às UCC intervir ao nível da promoção e proteção da saúde e prevenção da doença através da intervenção ao nível da saúde individual e coletiva, São exemplos disso:

1. Contributos para a promoção da saúde mental nas escolas, através da implementação de programas específicos;
2. Articulação com a rede social para a resolução de problemas identificados;
3. Referenciação de crianças e jovens para outras unidades e serviços;
4. Nas situações em que se verifique a existência de estudantes não inscritos nas unidades funcionais do ACeS, cabe à UCC proceder à respetiva verificação quanto à existência da realização do exame global de saúde ou de incumprimento do plano nacional de vacinação e proceder à devida articulação com as diferentes unidades funcionais para a sua execução, se necessário.

Existem outros aspetos não menos importantes a ter em conta nestes programas, como sendo:

1. A participação das UCC nas atividades de apoio à inclusão escolar de crianças com necessidades especiais de saúde, nomeadamente no papel interface entre a escola e os serviços de saúde;
2. A promoção da segurança dos acidentes rodoviários, domésticos e de lazer ou trabalho;
3. Dinamizar e operacionalizar diferentes estratégias que potenciem o processo de aprendizagem que conduzam à adoção de estilos de vida saudáveis;
4. Participar ativamente em reuniões com a comunidade escolar e momentos de planeamento de avaliação do trabalho desenvolvido ou a desenvolver;

5. Participar no desenvolvimento de projetos de promoção da saúde em áreas prioritárias, como sendo, o atendimento a jovens em contexto escolar;
6. Funcionar como um recurso formativo a pessoal docente e não docente no sentido de desenvolver competências para orientar, encaminhar e acompanhar crianças e/ou jovens na escola.

Em relação aos programas de promoção da saúde oral, faz parte do papel das UCC, promover o acesso da população alvo prevista no Programa aos cuidados de saúde oral; promover o uso de próteses dentárias em idosos beneficiários do complemento de dependência; e promover a educação para a saúde nos diferentes grupos etários, sendo estas atividades realizadas em contexto de trabalho, casa ou escola, ao longo do ciclo de vida.

Para que os planos de ação das UCC sejam cumpridos o ACeS fornece-lhes os recursos necessários e estabelece mecanismos que favorecem e asseguram a complementaridade dos cuidados e a utilização eficiente dos recursos fornecidos, sendo que, tendo em conta o princípio da economia de meios, estes devem ser partilhados com as diversas unidades funcionais que o constituem (Implementação das UCC, 2009). Contudo, é sempre necessário assegurar os recursos técnicos e materiais próprios necessários aos cuidados de saúde prestados à comunidade em cada caso concreto.

Em 2011, as orientações existentes no que concerne às instalações e equipamentos relativos às UCC eram postos de trabalho, preferencialmente em *open space*, para as reuniões diárias de preparação de atividades, ajustáveis em dimensão e área ao número de profissionais existentes, sendo um para as atividades no âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença, desenvolvidas pelas equipas de Intervenção Comunitárias (EIC) e outro para as atividades no âmbito da RNCCI, desenvolvidas pela equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e pela equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos (ECSCP). A existência de um local para o armazenamento de materiais necessários às atividades diárias é normalmente partilhado com as outras unidades.

Outro aspeto importante para o desenvolvimento das UCC e que ainda apresenta algumas lacunas, é um bom sistema de informação. São várias as limitações e diferenças de local para local, principalmente no que diz respeito ao trabalho dos técnicos.

Segundo Peres e Leite (2005), é necessário usar a tecnologia de forma inteligente, pois uma forma eficaz de melhorar os cuidados prestados nas diversas instituições de saúde, baseia-se na capacidade que a instituição tem de adquirir, tratar, interpretar e utilizar a informação de forma eficaz.

Estamos cada vez mais perante um mundo globalizado e informatizado, e a sua existência torna-se vital para qualquer organização. No caso concreto das UCC, é importante que o sistema de informação utilizado comporte não só os registos clínicos mas também a monitorização e acompanhamento do desempenho da equipa multidisciplinar. É necessário que o acesso à informação gerada pelos profissionais de saúde seja garantido e se torne extensivo a todos de forma rápida e eficaz. No entanto, é fundamental que seja definido com clareza o tipo de informação a ser documentada e desta, qual deverá ser partilhada, de forma a consolidar um Sistema de Informação adequado.

O fato das UCC ainda apresentarem algumas falhas nestes aspetos, faz com que muitas vezes as capacidades exigidas aos membros das equipas fiquem aquém do desejável, sendo necessário que estas sejam tidas em conta de forma mais acentuada nos processos de futura contratualização.

Apesar desse projeto ainda não estar concretizado nas UCC, os indicadores são definidos e periodicamente atualizados pelo Grupo de trabalho para a contratualização com os CSP, constituído pelo Despacho nº7816/2009 de 9 de Março.

A tabela que se segue é constituída por todos os indicadores, que constam na proposta de desempenho das Unidades de Cuidados na Comunidade, passíveis de serem calculados de imediato a partir do SAPE:

TABELA 1: Indicadores de desempenho para a UCC calculados a partir do SAPE

INDICADORES
· Ganhos em independência nos autocuidados (Higiene, Vestuário, Uso Sanitário, Transferir-se, Posicionar-se, Alimentar-se, Deambular);
· Ganhos expressos no controlo da intensidade da dor;

· Percentagem de alunos com 10 anos que apresentaram diminuição do percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham percentil de IMC ≥ 85 ;
· Percentagem de alunos com 6 anos que apresentaram diminuição do percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) e que no início do programa tinham percentil de IMC ≥ 85 ;
· Percentagem de alunos consumidores de tabaco com Plano de Intervenção Interdisciplinar (PII) em curso;
· Percentagem de Crianças e Jovens / Famílias acompanhadas, no âmbito da CPCJ, no serviço UCC;
· Percentagem de Gravidas / Casais Grávidos que frequentaram o Curso de Preparação para a Parentalidade na UCC;
· Percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem por programa / projeto;
· Taxa de eficácia na prevenção de úlceras pressão (UP);
· Taxa de ocupação da ECCI;
· Taxa de resolução de diagnóstico de úlcera de pressão;
· Taxa de resolução do Papel Parental Inadequado por programa (PIP, NACJR e CPCJ);

Fonte: adaptado da “Missão para os Cuidados de Saúde Primários” Março, 2009

Em relação à monitorização e avaliação das UCC, são da responsabilidade do ACeS que deve ter em linha de conta aspetos como a disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação, e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando se apresentem como fatores corretivos e niveladores da matriz nacional.

O Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP considera como áreas prioritárias: a garantia da equidade de acesso a toda a população a CSP de qualidade; dos sistemas de informação; dos recursos humanos; da contratualização; da otimização da gestão organizacional; da liderança; da reforma e dos seus processos de mudança; bem como a do apoio ao desenvolvimento organizacional dos CSP (Nunes *et al*, 2012b).

Perante tudo isto, podemos concluir que as UCC constituem uma grande oportunidade para responder de forma efetiva às reais e atuais necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos, tendo para isso que ter a capacidade de inovar e antecipar as suas respostas face aos novos e complexos desafios que decorrem das mudanças demográficas e epidemiológicas (Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Fevereiro 2009).

Segundo Ramos e Branco (2001), as UCC são talvez o projeto mais visível da reestruturação dos CS, pois enquanto as USF procuram de alguma forma aprimorar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa as UCC são uma estrutura nova e diferente que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos centros de saúde junto das populações.

A reorganização estrutural prevista no Decreto-Lei nº 157/99 pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos centros de saúde, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar. As unidades operativas propostas podem facilitar, consolidar e generalizar as boas experiências e as melhores práticas que hoje já acontecem no terreno, apesar dos obstáculos e das dificuldades estruturais, ou seja, estas unidades são como os “braços” pró-ativos dos CS junto das comunidades, identificam as pessoas, famílias, e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade, e mobilizam os recursos e apoios necessários para os apoiar. (Ramos e Branco, 2001).

Parte II – Estudo Empírico

1. Métodos

O problema de investigação do nosso estudo prende-se por cada vez mais o ambiente de incerteza vivido no mundo laboral e no setor da saúde, em particular, ser uma preocupação constante. Como tal, torna-se cada vez mais importante e necessária a avaliação da satisfação profissional de modo a que, por um lado, possa ser quantificada, e por outro, se possam identificar os fatores que para ela contribuem. Ao ambiente de incerteza, acrescentou-se a reforma do SNS, ainda em curso, que poderá ter impacto negativo na satisfação dos profissionais (Sibbald *et al.*, 2003).

Todo o processo de cuidados que envolve as equipas que trabalham nas instituições de saúde é complexo e requer da parte dos intervenientes uma preocupação constante no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados. Ao longo dos últimos anos realizaram-se vários estudos no sentido de estudar e perceber fatores que poderão influenciar a sua (in)existência e se o fato de os profissionais estarem mais ou menos satisfeitos tem importância nesse campo.

O fato das UCC serem unidades relativamente recentes, que surgem com objetivos próprios mas ainda pouco compreendidos por muitas pessoas, pondo em causa muitas vezes o seu bom funcionamento, faz com que a satisfação dos profissionais que nelas exercem funções seja importante de avaliar e compreender, pois esta pode ter repercussões na vida pessoal, familiar e na organização onde se encontram inseridos (Martinez & Paraguay, 2003).

Perante o exposto, e tal como foi referido inicialmente, o presente estudo tem como objetivo principal conhecer os níveis de satisfação dos profissionais que constituem as equipas multidisciplinares das Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), e como objetivos específicos, pretende-se também, compreender a relação entre: a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos e organizacionais, o modelo de desenvolvimentos das UCC e a satisfação global. Relaciona-se, ainda, esta última com a categoria profissional e com o modelo de desenvolvimentos das unidades, e por fim, a satisfação profissional com o relacionamento entre equipas, o coordenador e o vencimento.

Com a realização deste estudo pretende-se recolher informação suficiente que sustente todo o enquadramento teórico e a parte empírica do mesmo, de modo a poder interpretar e refletir sobre os resultados para produzir conclusões e recomendações que elevem o índice de satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade em saúde. Assim, para dar resposta a este propósito, definiram-se questões, objetivos e hipóteses dando corpo a um projeto de investigação, utilizando metodologias de pesquisa quantitativa e qualitativa.

Ao longo deste capítulo iremos desenvolver a fase empírica da investigação, que decorreu nas UCC da ARS Centro e que envolveu todos os profissionais que nelas exercem funções.

Vamos apresentar uma justificação para a metodologia adotada, e os motivos que determinaram a escolha do instrumento de avaliação da satisfação profissional. Caracterizamos a amostra e descrevemos os procedimentos seguidos na recolha de dados. Por fim, apresentamos e discutimos os resultados encontrados, e faremos as respetivas conclusões e recomendações.

Partindo deste pressuposto, as características/tipo deste estudo são: Descritivo porque descreve, clarifica e interpreta resultados; Analítico porque para além de descrever algumas características pessoais e profissionais, analisa a sua relação e as associações consideradas hipóteses de relação causal; Transversais porque verifica a relação de variáveis tal como elas existem num momento particular de tempo; e Correlacional porque analisa a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis.

Na nossa investigação empírica, optámos essencialmente pelo método quantitativo, contudo, o fato do nosso instrumento de colheita de dados ter duas respostas abertas, utilizou-se também a metodologia de análise qualitativa.

1.1. Modelo concetual do estudo

O modelo conceptual do estudo identifica a Satisfação Profissional como variável dependente dos seguintes fatores:

- Sociodemográficos: idade, sexo, situação familiar e escolaridade;
- Organizacionais: funções exercidas, categoria profissional, tempo de trabalho e tipo de vínculo;

- Qualidade do local de trabalho: recursos tecnológicos e financeiros, moral, políticas e recursos;
- Qualidade na prestação de cuidados;
- Melhoria contínua da qualidade.

Figura 5 - Modelo concetual de análise do estudo



Tal como é demonstrado na figura 5, o modelo concetual do estudo prevê a relação dos Fatores Sociodemográficos e dos Fatores Organizacionais com a “qualidade do local de trabalho”, a “qualidade na prestação de cuidados” e a “melhoria contínua da qualidade”.

Pretende-se determinar se existe dependência entre a Satisfação profissional e as variáveis sexo, idade, tempo de serviço, remuneração, desempenho de funções de chefia/coordenação/gestão e o setor profissional (Figura 5). Perante isto, iremos determinar a relação entre a “Satisfação Global” e a satisfação com “Qualidade do local de trabalho”, “Qualidade na Prestação de Cuidados” e “Melhoria Contínua da Qualidade”. Por fim, iremos avaliar a relação entre a “Satisfação Profissional” e “Satisfação Global”.

1.2. Instrumento de Recolha de Dados

Para a realização do estudo optámos pelo questionário IASP desenvolvido pelo CEISUC, por ser específico para avaliação da satisfação profissional de profissionais de saúde e se encontrar adaptado e validado para a língua portuguesa, por Paulo (2003), a partir do *Hospital Employee Judgment System*, desenvolvido por Nelson *et al.* (1992) para avaliar a qualidade do serviço nos hospitais, e já ter sido usada diversas vezes em estudos similares (Azevedo, 2012; Batista *et al.*, 2010; Ferreira & Antunes, 2009; Ferreira, 2011; Matos, 2012; Paulo, 2003; Tavares, 2008).

O IASP, após adaptado ao estudo a efetuar, ficou constituído por 35 questões divididas por 7 grupos, sendo a pergunta 21, de resposta aberta e a última questão um comentário final.

A imagem apresentada de seguida demonstra a estrutura do questionário relativamente às várias questões propostas:

Quadro 3: Descrição dos grupos (dimensões) que compõem o IASP com as respetivas questões

Grupo de Questões IASP	Itens
Dados sobre as suas funções na UCC	1 a 7
A qualidade do seu local de trabalho	8 a 14
A qualidade da prestação de cuidados na sua unidade	15
Melhoria contínua da qualidade	16
Satisfação global	17 a 20
Recomendações e sugestões	21
Dados sociodemográficos	22 a 26
Comentário Final	27

Fonte: adaptado do “Monitorização da Satisfação dos Profissionais das USF”, 2009

O primeiro grupo foca-se nas questões relativas aos fatores organizacionais: identificação da UCC; quantificação das horas de trabalho alocadas à unidade, tipo de vínculo, tipo de funções; categoria profissional; tempo de serviço na unidade; tempo de serviço na profissão.

Nas escalas que constituem o segundo, terceiro e quarto grupos do instrumento, solicita-se que em função das questões apresentados nas escalas “Qualidade do Local de Trabalho”; “Qualidade na Prestação de Cuidados na sua unidade” e “Melhoria Contínua da Qualidade” assinalem a 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”; “Excelente”. Para cada item esta escala de 1 a 5 foi convertida numa escala de 0 a 100 de acordo com o critério seguinte: **Excelente** - 100%, **Muito Bom** - 90%; **Bom** - 70%; **Regular** – 50%; **Mau** – 0%.

O segundo grupo de questões, denominado escala de medição da “Qualidade do Local de Trabalho” é subdividido em três subescalas (Política de Recursos Humanos, Moral e Recursos Tecnológicos e Financeiros) e, estas, em seis facetas (Órgãos de Gestão, Recursos Humanos, Estado Espírito, Coordenador, Vencimento e Local Trabalho Equipamento) (Quadro 4). Cada uma das três escalas é avaliada por várias questões.

Quadro 4 - Descrição das escalas, subescalas e facetas do IASP e as perguntas que as compõem

Dimensões	Sub-dimensões	Facetas	Itens
Qualidade do Local de trabalho	Política de Recursos Humanos	Órgãos Direção e de Política do ACES	14
		Recursos Humanos	10
	Moral	Coordenação	11
		Estado de espírito	8
	Recursos Tecnológicos e Financeiros	Vencimentos	12
		Local de trabalho e equipamentos	13
Qualidade da Prestação de Cuidados			9
Melhoria Continua da Qualidade			15
			16

Fonte: adaptado do “Monitorização da Satisfação dos Profissionais das USF”, 2009

O quinto grupo, “satisfação global”, é composto por quatro questões. A primeira, com resposta “sim” ou “não” e, as seguintes, “Claro que sim”, “Provavelmente sim”, “Provavelmente não” e “Claro que não”.

O sexto grupo é constituído por uma questão aberta em que se questiona, como e poderia melhorar os serviços prestados por esta UCC e a sua qualidade como local de trabalho. O sétimo é composto por questões relativas aos fatores sociobiográficos: local de residência; género; idade; situação familiar e escolaridade. Por fim existe um espaço de resposta aberta para possíveis comentários finais.

1.2.1 Coerência interna das escalas

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem, de acordo com Anastasis (1951) e DeVellis (1991). O procedimento utilizado calcula medidas de coerência interna da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala.

O Alfa de *Cronbach* (Cronbach, 1951) é um modelo de coerência interna, baseado na correlação inter-item, sendo o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas:

O Alfa de *Cronbach* mede a fidelidade ou coerência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como é que um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de *Cronbach* será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão.

Note-se que um coeficiente de coerência interna de 0,80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de coerência interna entre 0,70 e 0,80 é considerado como aceitável. Em alguns estudos admitem-se valores de coerência interna de 0,60 a 0,70, o que segundo a literatura é “fraco”. Estes valores são referidos, por exemplo, por Muñiz (2003), Muñiz *et al.* (2005) e Nunnally (1978).

Quando existem *missing values*, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efetuados para o Alfa de *Cronbach*.

Da análise dos estudos que utilizaram o IASP, e que determinaram o Alfa de *Cronbach*, como é o caso de Tavares (2008), Ferreira (2011) e Azevedo (2012) verifica-se que este se situa sempre acima de 0,70 e na maioria das situações, acima de 0,9, ou seja, é considerado excelente, em termos de fiabilidade.

1.3. Procedimento para aplicação do questionário

O projeto do presente estudo, foi apresentado em reunião ao Conselho Diretivo da ARS Centro em 26 de Fevereiro de 2015, tendo este manifestado de imediato interesse no seu desenvolvimento.

Em 12 de Março de 2015 foi obtida, formalmente, a autorização da ARS Centro para aplicação do questionário a todos os profissionais que exercem funções nas UCC da Região Centro e feito o anúncio aos diretores executivos dos ACeS. Com a colaboração da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento (ERA) da ARSC procedeu-se à identificação de todas as UCC, dos seus coordenadores e respetivos contatos, para programar a aplicação dos questionários. Ao mesmo tempo, foi-se desenvolvendo a revisão bibliográfica de suporte à investigação.

A 18 de Março de 2015, realizou-se uma reunião com os coordenadores das UCC, com o objetivo de sensibilizar os para a realização do estudo e esclarecer sobre, a metodologia de aplicação do IASP, do acesso *online*, e das suas características de confidencialidade. Entre 19 e 31 de Março, fez-se a revisão final do questionário IASP e foram enviados os sobrescritos com o endereço eletrónico e a *password* individual para acesso, que permitia apenas uma utilização. Foram enviados 48 envelopes para as respetivas UCC da ARS Centro ao cuidado de cada um dos respetivos coordenadores, sendo que cada um deles continham vários envelopes com o número de *passwords* correspondente ao numero de profissionais existentes em cada UCC.

O questionário foi lançado através da aplicação *Limesurvey*, a 1 de Abril de 2015, com encerramento a 30 do mesmo mês. Durante o período em que decorreu a sua aplicação, foi supervisionado o grau de adesão dos profissionais e perto do final do mês, foi enviado um *email* a pedir a todos os coordenadores das UCC para reforçarem junto

dos profissionais uma maior adesão na resposta aos questionários. Ao longo do mês fomos contactados por vários profissionais, devido à dificuldade em aceder ao *site* para preenchimento do questionário, pois aperceberam-se que tinham barramento do acesso à internet. Por esse motivo foi enviado novo *email* a solicitar que utilizassem os seus computadores pessoais em casa, alargando-se o período de preenchimento, até 15 de Maio. Após esse dia, iniciou-se o tratamento estatístico dos dados colhidos através do IASP.

1.4. Questões e Hipóteses de Investigação

Para esta investigação elaborámos a seguinte questão de investigação:

- Qual o nível de satisfação dos profissionais que exercem funções nas UCC da ARS Centro?

Com base na revisão da literatura, sobre satisfação profissional dos profissionais de saúde, e nas regras de elaboração de hipóteses, formularam-se para este estudo as seguintes hipóteses operacionais nulas e alternativas:

H01. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores sociodemográficos (sexo; idade; situação familiar e escolaridade).

H1. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores sociodemográficos (sexo; idade; situação familiar e escolaridade).

H02. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores organizacionais (horário de trabalho, vínculo, funções de coordenação/ gestão/chefia, categoria profissional).

H1. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores organizacionais (horário de trabalho, vínculo, funções de coordenação/ gestão/chefia, categoria profissional).

H03. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os itens da satisfação global.

- H1.** Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os itens da satisfação global.
- H04.** Não existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo a categoria profissional.
- H1.** Existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo a categoria profissional.
- H05.** Não existe correlação entre o tempo de permanência na UCC e o nível de satisfação profissional.
- H1.** Existe correlação entre o tempo de permanência na UCC e o nível de satisfação profissional.
- H06.** Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das UCC.
- H1.** Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das UCC.
- H07.** Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas.
- H1.** Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas.
- H08.** Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.
- H1.** Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.
- H09.** O nível de satisfação profissional não está relacionado, significativamente, com o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento.
- H1.** O nível de satisfação profissional está relacionado, significativamente, com o nível de satisfação com o com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento.

1.5 Procedimentos Formais - ÉTICOS E LEGAIS

A realização de uma investigação está associada a várias questões éticas, morais e legais, cujo dilema abrange dois sistemas de valores: a crença no valor e necessidade de investigação e a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade (Almeida, 1995). Madge (2007) refere cinco considerações éticas que se devem ter em conta aquando da realização de um estudo investigativo, sendo elas: o consentimento informado, a confidencialidade, a privacidade dos dados, as instruções e a *niquette*, termo usado para descrever o código de conduta dos que comunicam na internet. De seguida citamos as considerações ético-legais tidas em conta durante a elaboração do questionário, nos procedimentos para a sua aplicação e no tratamento dos dados:

- Pedido de autorização e devida explicação do estudo em causa à ARS Centro e posteriormente aos coordenadores de cada UCC;
- Explicar a importância da colaboração de todos os profissionais tendo em conta a finalidade do estudo;
- Respeitar e garantir os direitos dos indivíduos participantes;
- Garantir a confidencialidade e anonimato das respostas dadas;
- Agradecer a colaboração prestada.

Em relação ao anonimato nas respostas, este está garantido visto nunca ser pedido aos intervenientes identificação, nome ou assinatura. Por outro lado, através da própria “arquitetura” de construção do questionário e pelas configurações impostas na sua versão *online*, como sendo, o servidor da Universidade de Coimbra, onde se encontra alocada a plataforma que dá suporte ao IASP, esta dispõe de proteção por *firewall*, monitorização das atualizações de segurança críticas do sistema operativo e antivírus e alojamento do equipamento em zona de acesso condicionado (Gestão de Sistemas e Infra-estruturas de Informação e Comunicação (GSIIC), 2013). Assim, a segurança da base de dados, no que respeita à sua própria integridade e à identidade dos participantes, está sempre assegurada.

No que diz respeito à confidencialidade, para além de na folha de rosto do questionário, ser dada a opção de escolha aos participantes de não responderem às perguntas relacionadas com os dados sociodemográficos, é garantido o resguardo das informações passadas em confiança e protegidas contra a sua revelação não autorizada.

1.6 Tratamento estatístico dos dados

Após recolher a informação através dos instrumentos utilizados, foram tratados e analisados os dados obtidos, através do programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) na versão 21.0.

Segundo Hill & Hill (2008), a estatística descritiva caracteriza, de forma sumária, algumas variáveis fornecidas pela amostra.

Para o nosso estudo apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas.

As variáveis medidas em escala de *Likert* foram analisadas através das categorias apresentadas, enquanto que as variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos valores medidos, apresentando-se alguns dados relevantes, abordados por Guimarães e Sarsfield Cabral (2010), como:

- Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão.
- O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- Os valores mínimos e máximos observados.
- Gráficos ilustrativos dos valores médios percentuais das respostas dadas às várias questões.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. As técnicas estatísticas utilizadas foram:

- Frequências: absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: média aritmética (\bar{x}) e mediana (Md);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvios padrão;
- Coeficiente Alpha de Cronbach;

Para comparação de grupos foram realizados alguns testes, sendo que:

Utilizámos o teste estatístico *teste-t* para comparação de médias de amostras independentes e o teste *One-Way ANOVA*, na situação de mais de dois grupos.

O teste do Qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para comparação de grupos caracterizados por variáveis qualitativas, de natureza nominal ou ordinal. As hipóteses para este teste são:

H₀: As duas variáveis são independentes, ou seja, não existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;

H₁: As duas variáveis apresentam uma relação entre si, ou seja, existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;

Relativamente à região de rejeição, utilizámos o nível de significância $\alpha=0,05$, com um intervalo de confiança de 95%. Ou seja, para $\alpha < 0,05$ rejeita-se a H₀ e admite-se a existência de diferença ou a associação entre os grupos. Se $\alpha > 0,05$ não será possível rejeitar a H₀ e, conseqüentemente, não se admite a existência de diferença ou associação entre os grupos.

Outro método utilizado na nossa investigação para estudar a relação entre variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas, foi o coeficiente de correlação de *Pearson R*, que é uma medida da associação linear entre variáveis e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre elas.

Foi também testado o modelo de regressão linear explicado por Maroco (2011, p. 671-689). Os modelos de regressão linear múltipla apresentam duas ou mais variáveis independentes, que vão ser usadas para estimar os valores para a variável dependente.

Para a análise qualitativa foram codificadas as respostas obtidas em seis categorias e associadas a cada uma delas várias referências e números de acordo com os comentários feitos pelos profissionais às duas perguntas de resposta aberta.

De seguida foi utilizado o SPSS para estudar estatisticamente algumas características referentes aos inquiridos, como sendo: sexo, grupo profissional e grupo etário.

Para apresentação dos resultados, quer da análise qualitativa, quer quantitativa, e de modo a facilitar a sua compreensão, utilizaram-se tabelas e gráficos.

2. Apresentação dos resultados

Neste capítulo, iremos apresentar os resultados que obtivemos da análise da amostra, tendo por base os dados recolhidos com a aplicação dos instrumentos IASP. Iremos caracterizar a amostra tendo em conta os fatores sociodemográficos e descrever os resultados relativos à satisfação profissional nas escalas, subescalas e facetas do IASP.

2.1 Caracterização da amostra

A amostra seria inicialmente constituída por 314 elementos, no entanto, 9 deles apenas responderam a algumas questões, pelo que foram retirados da amostra, passando a amostra de respondentes válidos a ser constituída por 305 elementos, que responderam ao questionário entre 31 de março e 15 de maio de 2015.

Tabela 2: Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?

	Frequência	Percentagem	População	Taxa respostas
ACeS Baixo Mondego	35	11,5	81	43,2%
ACeS Baixo Vouga	72	23,6	104	69,2%
ACeS Cova da Beira	24	7,9	35	68,6%
ACeS Dão Lafões	48	15,7	75	64,0%
ACeS Pinhal Interior Norte	70	23,0	90	77,8%
ACeS Pinhal Litoral	20	6,6	39	51,3%
ULS Castelo Branco	24	7,9	40	60,0%
ULS Guarda	12	3,9	25	48,0%
Total	305	100,0	489	62,4%

A taxa de resposta global foi de 62,4%, tendo sido superior no ACeS Pinhal Interior Norte com 77,8% e inferior no ACeS Baixo Mondego com 43,2%.

2.2. Fatores Sociodemográficos

Os resultados apresentados de seguida, são representativos dos fatores sociodemográficos da nossa amostra, com uma abordagem ilustrativa de gráficos e/ou tabelas para mais fácil leitura e compreensão.

Tabela 3: Fatores Sociodemográficos

		N	%
Sexo	Feminino	219	83,9
	Masculino	42	16,1
Idade	25 a 34 anos	28	11,2
	35 a 44 anos	95	38,2
	45 a 54 anos	91	36,5
	55 a 64 anos	35	14,1
	Média ± dp	44,9 ± 8,4	
	Min - Max	28 - 65	
Situação familiar	Casado/a ou em união de facto	200	77,8
	Solteiro/a	32	12,5
	Viúvo/a	6	2,3
	Divorciado/a	16	6,2
	Separado/a	3	1,2
Habilitações	Ensino Básico (até ao 9º ano)	8	3,0
	Ensino Secundário (10º - 12º ano)	24	9,0
	Bacharelato	1	0,4
	Licenciatura	121	45,3
	Pós-Graduação	46	17,2
	Mestrado	50	18,7
	Doutoramento	5	1,9
	Outro	12	4,5

DP: desvio padrão; min: idade mínima; máx: idade máxima

Em relação aos fatores sociodemográficos, podemos concluir que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (83,9%). O grupo etário entre os 25 e os 34 anos representa apenas 11,2% da amostra, enquanto que os grupos com maior ênfase percentual são o grupo dos 35-44 anos (38,2%) e o grupo 45-54 anos (36,5%). A média etária situa-se nos 45 anos, com um desvio padrão de 8 anos.

Relativamente à situação familiar, a maior parte dos inquiridos são casados ou em união de facto (77,8%), enquanto que apenas 1,2% são separados e 6,2% divorciados.

No que respeita às habilitações literárias, 12,4% dos profissionais têm apenas o ensino básico, secundário ou o bacharelato. A maioria são licenciados (45,3%) e 35,9% têm uma pós-graduação ou o grau de mestre. Assim podemos dizer que a nossa amostra é predominantemente do sexo feminino, entre os 35 a 54 anos, casados e com licenciatura.

2.3. Fatores Organizacionais

Da análise feita aos dados da amostra relativamente aos fatores organizacionais, é apresentada de seguida a tabela com os resultados obtidos:

Tabela 4: Fatores Organizacionais

		N	%
Horas alocadas à UCC	Menos de 10 h	110	38,7
	10 a 19 horas	37	9,4
	20 a 39 horas	44	14,1
	40 horas	111	37,9
	Média ± dp	21,8 ±15,9	
	Min - Max	0 - 4	
Tipo de vínculo (contrato)	Tempo indeterminado em funções públicas	256	83,9
	Em funções públicas a termo certo	20	6,6
	Tempo certo indeterminado	20	6,6
	Contrato individual a termo certo	3	1,0
	Outro	6	2,0
Funções de coordenação	Sim	61	20,1
	Não	243	79,9
Categoria profissional	Assistente Operacional	13	4,4
	Assistente Técnico/a	33	11,1
	Enfermeiro/a	165	55,4
	Fisioterapeuta	12	4,0
	Higienista Oral	10	3,4
	Médico/a	11	3,7
	Nutricionista / Dietista	7	2,3
	Psicólogo/a	17	5,7
	Técnico/a de Serviço Social	28	9,4
	Terapeuta da Fala	1	,3
	Técnico Saúde ambiental	1	0,3
Tempo trabalho na UCC (anos)	Menos de 3 anos	173	63,4
	Mais de 3 anos	100	36,6
	Média ± dp	2 ±1,4	
	Min - Max	0,08 – 6,0	
Tempo trabalho na profissão (anos)	Até 10 anos	28	9,4
	De 10 a 20 anos	109	36,6
	Mais de 20 anos	161	54,0
	Média ± dp	20,9 ±8,62	
	Min - Max	1- 43	

Podemos concluir que no que diz respeito ao número de horas semanais alocadas à UCC, 38,7% dos profissionais exercem menos de 10 horas e 37,9% exercem 40 horas. Apenas 9,4% têm alocadas entre 10 a 19 horas.

No que respeita ao tipo de vínculo laboral, 83,9% têm um “Contrato por tempo indeterminado em funções públicas”, enquanto que apenas 1% tem um “Contrato individual a termo certo”. Têm funções de coordenação 20,1% dos profissionais.

Em relação à distribuição por setor profissional, verificou-se que mais de metade são enfermeiros (55%). Os médicos representam 3,7% da amostra e as categorias

profissionais menos presentes são os terapeutas da fala e os técnicos de saúde ambiental com apenas um elemento cada.

No que diz respeito ao tempo trabalhado na UCC, 63,4% dos inquiridos responderam há menos de três anos e 36,6% há mais de três. Não foram consideradas respostas superiores a 7, já que as UCC existem desde 2009 (primeiras candidaturas), logo há um máximo de sete anos, daí termos considerado o intervalo de 0 a 7 (no máximo).

Em resposta à questão “Há quanto tempo exerce a sua profissão?”, obtivemos 11,4% de respostas inferior a 10 anos e 54% superior a 20 anos.

2.4 Satisfação Profissional

O IASP está agrupado em escalas, subescalas e facetas, permitindo obter os valores médios de satisfação profissional em cada uma das suas dimensões.

A “média total da satisfação” com as UCC, que representa a média da satisfação das escalas “Qualidade Local Trabalho”, “Qualidade na prestação de cuidados” e “Melhoria contínua da qualidade”, é 71,1%, sendo classificada como “Bom”.

Os profissionais demonstraram com os coordenadores uma satisfação média de 82,4% (DP±19), representando a média mais elevada no estudo.

A satisfação com a “Melhoria contínua da qualidade” atingiu uma média de 81% (DP±18), seguida pela “Moral” com 80,6% (DP±0,18).

A subescala “Recursos tecnológicos e financeiros” apresenta a média de satisfação mais baixa de todas as subescalas, com 49,4% (DP±20), sendo composta pela faceta “Vencimentos” e pela faceta “Local de trabalho e equipamentos”.

Na tabela 5 são apresentados os valores obtidos correspondentes a cada escala, subescala e faceta do IASP.

Tabela 5 - Média da satisfação por escala, subescala e faceta

	Escala	Subescala	Faceta
Satisfação Total 71,1% (±14)	Qualidade do Local de Trabalho 66,6% (±15)	Política de Recursos Humanos 59,3% (±19)	Órgãos de Direção e Política do ACeS 50,2% (±25)
			Recursos Humanos 66,7% (±19)
		Moral 80,6% (±18)	Estado de Espírito 74,3% (±18)
			Coordenador 82,4% (±19)
		Recursos Tecnológicos e Financeiros 49,4% (±20)	Vencimento 32,2% (±29)
			Local de Trabalho Equipamentos 63% (±20)
	Qualidade na Prestação de Cuidados 78,6% (±13)		
	Melhoria Contínua da Qualidade 81% (±16)		

(± desvio padrão)

De seguida são apresentadas as principais escalas do IASP, respetivas subescalas e facetas e os resultados obtidos em cada uma delas.

Qualidade do local de trabalho

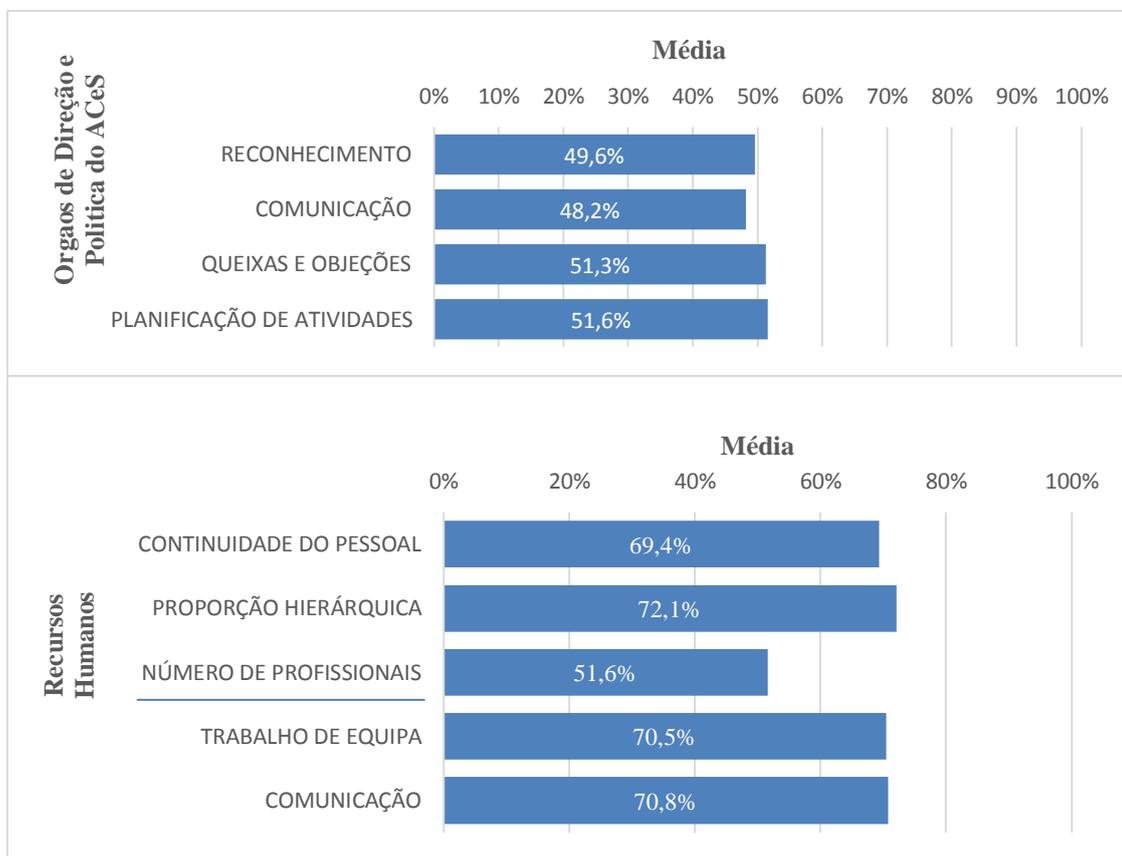
Tal como já foi apresentado anteriormente, a média da satisfação com a “Qualidade do local de trabalho” é de 66,6% (DP±15), sendo uma escala considerada “regular”.

A subescala “Política de recursos humanos” engloba as facetas “Órgãos Direção e de Política do ACeS” e “Recursos Humanos”, e tem uma apreciação de 50,2% (DP±25) e 59,3% (DP=19%), respetivamente (Tabela 5).

Na análise global das questões relativas à ação dos Órgãos de Gestão destaca-se que 44,6% dos profissionais a consideram como “regular” e apenas 1,8% como “excelente”.

Segue o gráfico com os valores médios de satisfação correspondentes aos itens da subescala Política de Recursos Humanos:

Gráfico 1: Médias dos Itens da Subescala Política de Recursos Humanos



Analisando de forma mais pormenorizada, a partir dos gráficos apresentados, os valores médios observados apresentam as variações ilustradas. O item “Proporção hierárquica” apresenta um valor médio superior de satisfação, seguido da “Comunicação”, e do “Trabalho de equipa”, sendo que estes pertencem à faceta “Recursos Humanos”.

Com valores mais baixos surgem os itens: “Comunicação” (48,2%) e “Reconhecimento dos Órgãos de Direção” (49,6%), sendo todos estes itens da faceta “Órgãos Direção e de Política do ACES”.

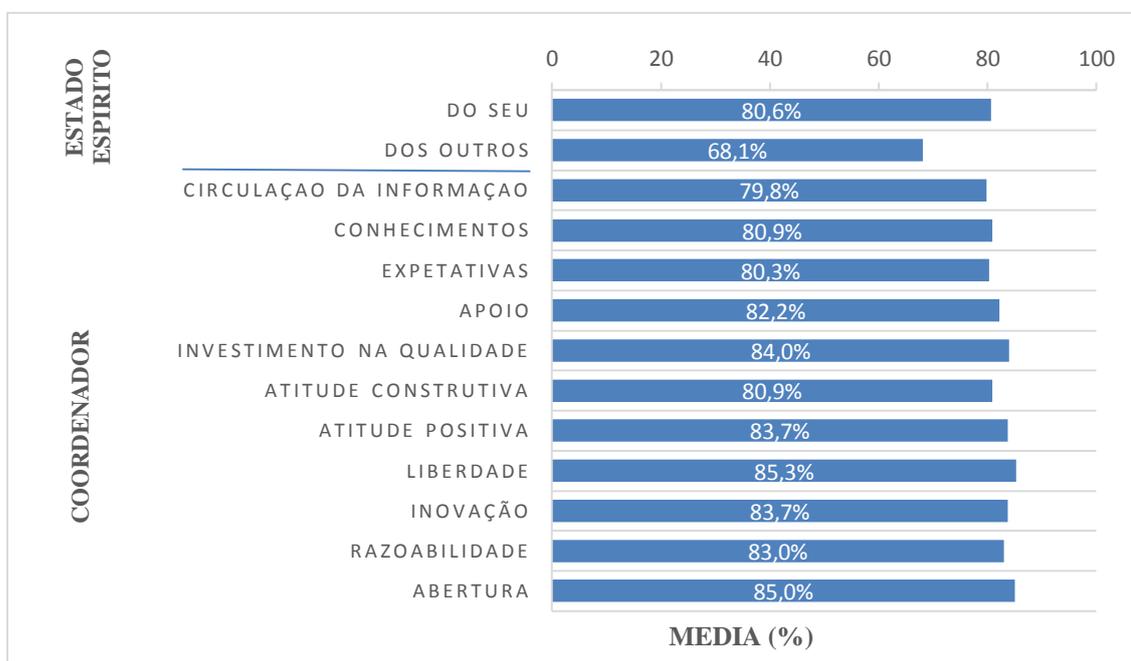
A subescala “Moral”, integrada na escala “Qualidade do local de trabalho”, engloba as facetas “Estado de espírito” e “Coordenador”.

Da análise à tabela 5, anteriormente apresentada, concluiu-se que a satisfação média relativamente à subescala “Moral” é de 80,6% (DP±0,18), classificada como “bom”.

A faceta “Coordenador” obteve uma satisfação média de 82,4% (DP±0,19), e a faceta “Estado de espírito” tem uma apreciação de 74,3%.

Em relação à média dos itens desta subescala os valores de satisfação observados apresentam as variações ilustradas no gráfico 2, que a seguir se apresenta:

Gráfico 2: Médias dos Itens da Subescala Moral



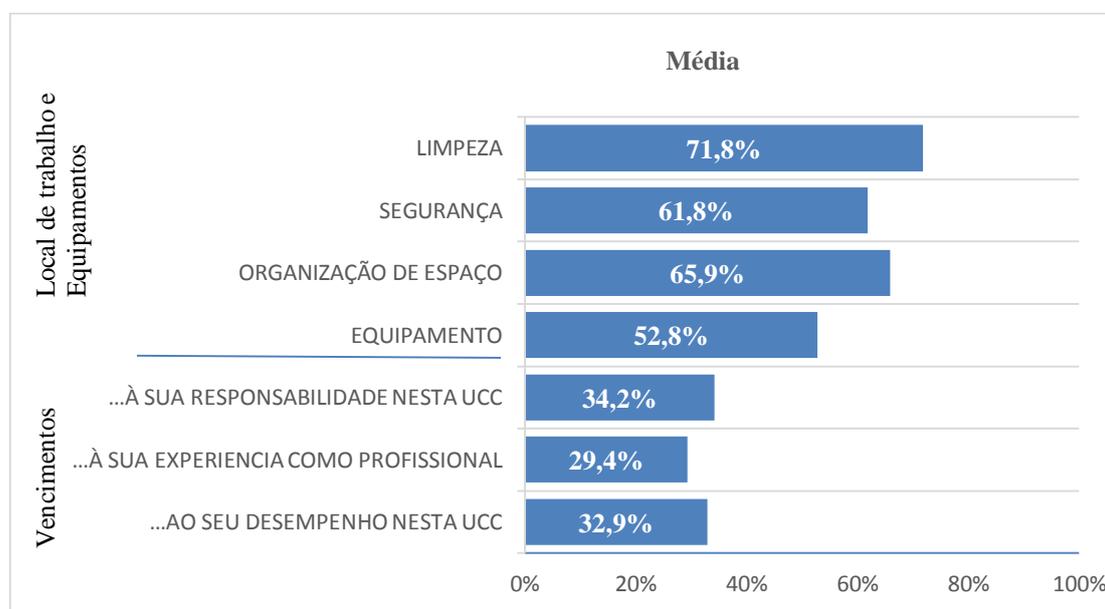
A maioria dos itens da faceta “Coordenador” e “Estado de espírito” apresentam, segundo o gráfico 2, um valor médio de satisfação superior a 80%. Contudo, existe um item da faceta “Estado de espírito” que apresenta valores mais baixos, “Estado de espírito: Dos outros” (68,1%).

Outra subescala que integra a escala “Qualidade do local de trabalho” é os “Recursos tecnológicos e financeiros”, que por sua vez engloba as facetas “Vencimento” e “Local de trabalho e equipamento”.

A satisfação média relativamente à subescala “Recursos tecnológicos e financeiros” é de 49,4% (DP±20), classificada como “regular”, sendo que em relação aos vencimentos, em media só 1,3% dos profissionais apresentam o seu nível de satisfação como excelente e 45,7% como mau.

De forma global, os profissionais das UCC apresentam uma média de satisfação de 32,2% face aos seus ordenados. Por outro lado, no que diz respeito à unidade e aos equipamentos a média ronda os 63%, em que apenas 6,7% consideram excelente o local de trabalho e os equipamentos que possuem nas respetivas UCC.

Gráfico 3: Médias dos Itens da Subescala Recursos Tecnológicos e Financeiros



O valor médio de satisfação é superior para o item “Limpeza” (71,8%), seguido de “Organização do espaço”, “Segurança” e “Equipamento”, sendo todos estes itens da faceta “Local de trabalho e equipamentos”.

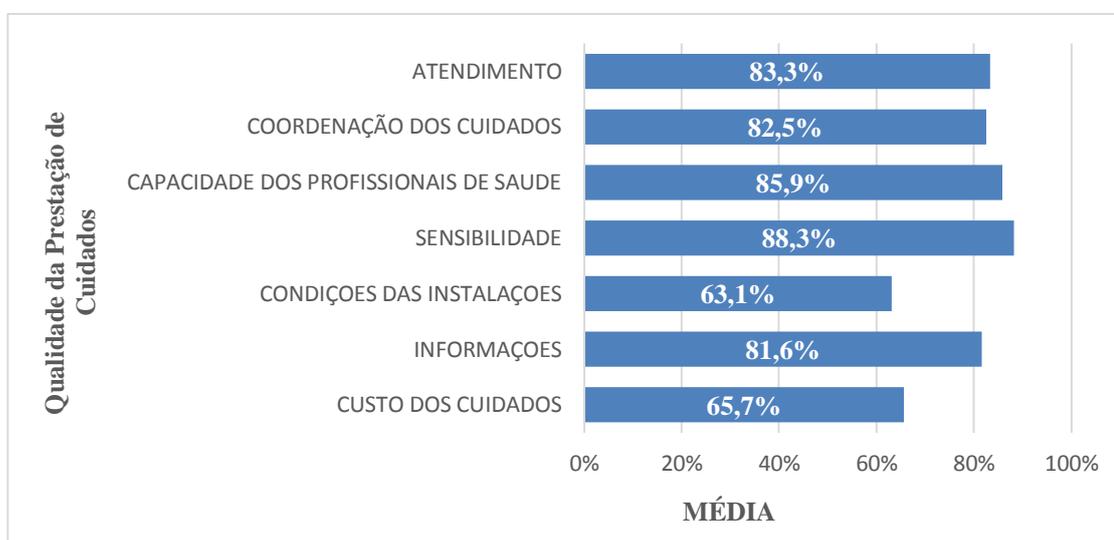
Com valores bastante mais baixos surgem os itens da faceta “Vencimentos” em relação “...à sua responsabilidade nesta UCC”, e seguido de em relação “... ao seu desempenho nesta UCC”. Com uma percentagem de satisfação ainda mais baixa, fica o item em relação “... à sua experiência como profissional” (29,4%).

Qualidade da prestação de cuidados

Em termos das dimensões estudadas nesta escala, em média, a “Qualidade da prestação de cuidados” tem uma apreciação de 78,6%, com 21,6% da amostra a considerar excelente a prestação de cuidados e 4,9% como mau. Os restantes 73,5% consideram a qualidade da prestação de cuidados entre boa e regular.

Em relação à média de satisfação de cada um dos itens desta escala, segue em baixo o gráfico representativo, após a análise das respostas aos inquiridos:

Gráfico 4: Médias dos Itens da Escala de Qualidade da Prestação de Cuidados



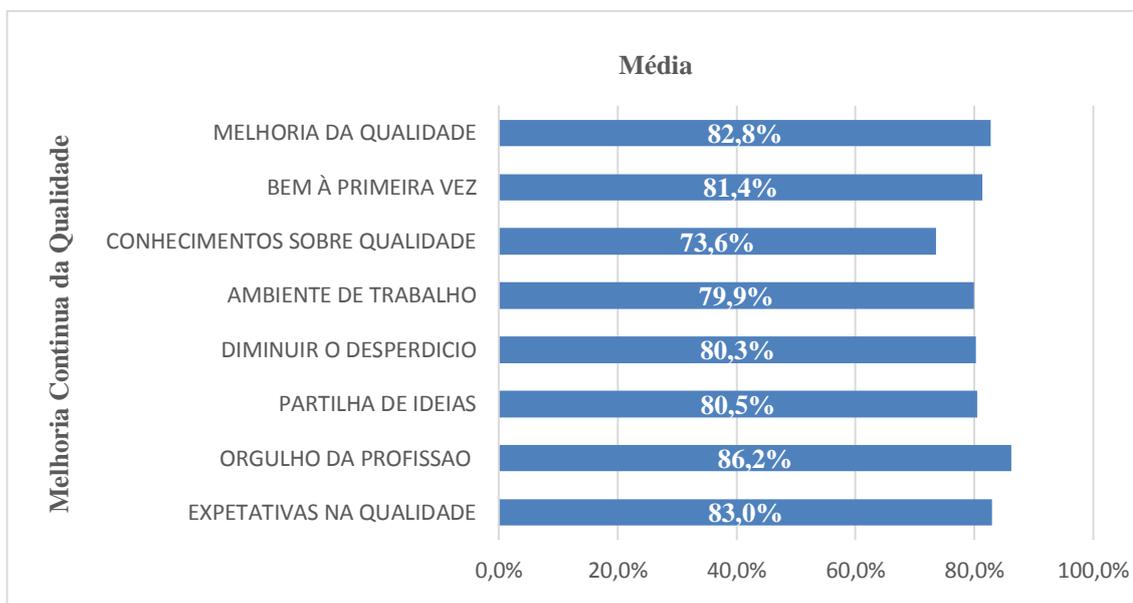
O item “Sensibilidade” apresenta um valor médio de satisfação com a prestação de cuidados superior (88,3%), seguido da “Capacidade dos profissionais de saúde” (85,9%). Com um valor inferior de satisfação surgem os itens “Custo dos cuidados” (65,7%) e as “Condições das instalações” (63,1%).

Melhoria contínua da qualidade

A média de satisfação obtida nesta escala foi de 81% (DP±16), com 86,9% das respostas entre o excelente e o bom, e apenas 13,4% entre o “regular” e o “mau”.

As médias de satisfação dos itens desta escala, podem ser analisadas a partir do gráfico 5:

Gráfico 5: Média dos Itens da Escala de Melhoria Contínua da Qualidade



A maioria dos itens desta escala apresentam médias superiores a 80%, sendo que o item “Orgulho da profissão” apresenta a média mais elevada da escala (86,2%), seguido das “Expectativas na qualidade” (83%) e da “Melhoria da qualidade” (82,8%). Com o valor de média mais baixo, 73,6%, está o item “Conhecimentos sobre qualidade”.

Face à coerência interna das escalas, subescalas e facetas em questão, foram obtidos os seguintes valores de Alfa de Cronbach:

Tabela 6 – Alfa de Cronbach por escala, subescala e faceta

Escala	Subescala	Faceta
Qualidade do Local de Trabalho 0,949	Política de Recursos Humanos 0,880	Órgãos de Gestão 0,951
		Recursos Humanos 0,830
	Moral 0,969	Estado de Espírito 0,664
		Coordenador 0,975
	Recursos Tecnológicos e Financeiros 0,836	Vencimento 0,932
		Local de Trabalho Equipamentos 0,847

Qualidade na Prestação de Cuidados 0,886
Melhoria Contínua da Qualidade 0,945%

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80 para todas as Escalas, Subescalas e Facetas (com exceção do “Estado de espírito”), pelo que podemos considerar os dados adequados (ou aceitáveis no caso da Faceta “Estado de espírito”) como unidimensionais. O IASP apresenta elevada coerência interna, ou seja, todas as Escalas, Subescalas e Facetas são adequadas para medir as dimensões em estudo, nesta amostra.

2.5 Satisfação global

A escala em questão é constituída por todos os itens anteriormente referidos. A satisfação global baseia-se na resposta dos profissionais aos itens “sente que a sua formação é a adequada para desempenhar o seu trabalho?”, “recomendaria os serviços desta UCC a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?”, “recorreria a esta UCC caso necessitasse de cuidados” e “se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta UCC para trabalhar?” (Tabela 7).

Tabela 7: Itens da Escala de Satisfação Global

		N	%	Odds Ratio	
Formação adequada	Sim	271	95,4		
	Não	13	4,6		21/1
Recomendaria esta UCC	Claro que sim	241	84,8		
	Provavelmente sim	42	14,8	Sim	99,6%
	Provavelmente não	1	0,4	Não	0,4%
	Claro que não	0	0,0		OR = 249/1
Utilizaria esta UCC	Claro que sim	233	82,0		
	Provavelmente sim	47	16,5	Sim	98,5%
	Provavelmente não	4	1,4	Não	1,4%
	Claro que não	0	0,0		OR = 70/1
Escolheria de novo trabalhar nesta UCC	Claro que sim	188	66,2		
	Provavelmente sim	60	21,1	Sim	87,3%
	Provavelmente não	32	11,3	Não	12,7%
	Claro que não	4	1,4		OR = 7/1

Relativamente à formação profissional ou académica adequada, 95,4% consideraram adequada e apenas 4,6% a consideraram não adequada.

Quanto à possibilidade de recomendar a UCC a familiares ou a amigos, em caso de necessidade, 84,8% responderam “claro que sim” e 14,8% “provavelmente sim”, tendo a resposta “provavelmente não” sido dada por 0,4% e “claro que não” não foi referida.

Sobre a possibilidade de o próprio utilizar a UCC, em caso de necessidade, 98,5% responderam afirmativamente, enquanto que apenas 1,4% respondeu “provavelmente não” e a resposta “claro que não” voltou a não ser referida.

Sobre se escolheria de novo esta UCC para trabalhar, 88,3% responderam de forma positiva, 11,3% responderam “provavelmente não” e só 1,4% respondeu “claro que não”.

2.6. Hipóteses

A análise apresentada neste ponto permite estudar os **objetivos específicos do estudo**: compreender a relação entre a satisfação profissional com outros fatores integrantes das subescalas e facetas do IASP, assim como com fatores sociodemográficos e organizacionais.

Mais uma vez são apresentadas tabelas e gráficos ilustrativos, por forma a ser mais perceptível e de fácil leitura e compreensão os resultados obtidos, relativos às hipóteses formuladas.

Satisfação Profissional e fatores sociodemográficos:

H01. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores sociodemográficos (sexo; idade; situação familiar e escolaridade).

H1. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores sociodemográficos (sexo; idade; situação familiar e escolaridade);

Relativamente à variável sexo (Tabela 8), verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$), contudo o sexo masculino apresenta maior satisfação, relativamente ao feminino, na escala “Qualidade na prestação de cuidados”, (78,60/80,03). O mesmo acontece nas facetas “recursos humanos” (66,95/67,90), Coordenação (82,91/84,25) e Estado de espírito (74,59/76,79).

Como o valor de prova é superior a 5% ($p>0,05$) para as Escalas, Subescalas e Facetas: não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

Tabela 8 - Satisfação profissional segundo o sexo

Escala	Subescala	Faceta	Sexo	N	Media	DP	t	p	
1. QLT			Feminino	219	67,06%	14,35%	-0,087	0,93	
			Masculino	42	47,14%	13,68%			
	1.1 PRH			Feminino	219	60,08%	17,91%	0,45	0,653
				Masculino	42	58,68%	21,15%		
	1.1.1 ODP			Feminino	219	51,48%	25,25%	1,006	0,316
				Masculino	42	47,14%	27,57%		
	1.1.2 Recursos humanos			Feminino	219	66,95%	17,99%	-0,309	0,757
				Masculino	42	67,90%	20,02%		
	1.2 Moral			Feminino	219	81,46%	17,29%	-0,986	0,325
				Masculino	42	84,25%	14,06%		
	1.2.1 Coordenação			Feminino	219	82,91%	17,86%	-0,793	0,428
				Masculino	42	84,25%	14,97%		
	1.2.2 Estado de espírito			Feminino	219	74,59%	19,06%	-0,708	0,48
				Masculino	42	76,79%	14,60%		
	1.3 RTF			Feminino	219	49,71%	19,80%	0,775	0,439
				Masculino	42	47,11%	20,69%		
	1.3.1 Vencimentos			Feminino	219	32,27%	29,80%	0,484	0,629
				Masculino	42	29,84%	29,62%		
	1.3.2 Unidade e equip.			Feminino	219	63,24%	19,73%	0,508	0,612
				Masculino	42	61,52%	20,24%		
2. QPC			Feminino	219	78,60%	13,26%	-0,655	0,513	
			Masculino	42	80,03%	11,18%			
3. MCQ			Feminino	219	81,51%	16,24%	0,361	0,719	
			Masculino	42	80,54%	14,50%			

$p>0,05$; t: teste *t* de Student; DP: desvio padrão.

Relativamente à variável grupo etário, verifica-se que a diferença no nível médio de satisfação é estatisticamente significativa, para a subescala “Política de recursos humanos” ($p=0,018$), com o grupo etário 55 a 64 anos (64,98%) a apresentar maior satisfação que os restantes grupos (Tabela9).

Na faceta “Órgão de direção e política” a diferença do nível médio de satisfação, por grupo etário, é estatisticamente significativa ($p=0,012$), sendo a média mais alta a do grupo 45 a 54 anos (56,29%) e a mais baixa, a do grupo etário 35 a 44 anos (49,92%).

Tabela 9 - Relações entre as dimensões e a Idade

Escala	Subescala	Faceta	Total	25 a 34 35 a 44 45 a 54 55 a 64				F	p	Post Hoc
				1	2	3	4			
		n	249	28	95	91	35			
1. QLT		M	67,13	64,95	65,52	68,09	70,75	1,474	0,222	2 < 3
		DP	14,48	16,93	15,43	12,45	14,40			
	1.1 PRH	M	59,91	53,85	57,01	62,86	64,98	3,429	0,018*	
		DP	18,77	22,7	19,58	16,57	16,46			
	1.1.1 ODP	M	50,87	46,88	44,92	56,29	56,14	3,729	0,012*	
		DP	26,24	31,71	27,55	27,55	25,24			
	1.1.2 Recursos humanos	M	67,14	59,43	66,67	68,11	72,06	2,580	0,054	
		DP	18,56	23,08	18,37	18,07	14,71			
	1.2 Moral	M	82,13	83,76	80,92	82,67	82,68	0,286	0,835	
		DP	17,02	16,79	18,23	16,77	14,8			
	1.2.1 Coordenação	M	83,5	85,32	82,14	83,64	85,51	0,421	0,738	
		DP	17,67	17,16	18,52	17,9	15,11			
	1.2.2 Estado de espírito	M	75,3	75,18	73,47	76,37	77,57	0,589	0,623	
		DP	18,43	22,09	20,69	16,53	12,8			
	1.3 RTF	M	49	44,29	48,55	47,82	57,06	2,5847	0,054	
		DP	20	19,79	19,66	19,02	22,15			
1.3.1 Vencimentos	M	30,71	30,83	27,54	27,25	48,19	5,039	0,002*	2 < 4	
	DP	29,73	26,77	31,44	26,32	30,59				
1.3.2 Unidade e equip.	M	63,39	54,38	64,33	64,02	66,62	2,394	0,069		
	DP	19,69	21,5	19,07	19,16	20,13				
2. QPC	M	79,28	80,31	78,60%	79,76%	79,02	0,194	0,900		
	DP	12,83	12,46	12,98%	12,20%	14,69				
3. MCQ	M	81,81	81,83	80,39%	83,37%	81,57	0,542	0,654		
	DP	15,89	17,72	16,70%	14,54%	15,78				

* $p < 0,05$; F: One-Way ANOVA ; DP: desvio padrão

Para a faceta “Vencimentos” encontrou-se diferença significativa ($p=0,002$), apresentando o grupo 55 a 64 anos (48,19%) média superior às dos restantes.

Para as restantes dimensões o $p > 0,05$, logo podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Assim, para a subescala “Política de recursos humanos” e para as facetas “Órgãos de direção e política” e “Vencimentos” rejeita-se a hipótese nula, pois existem diferenças

estatisticamente significativas, contrariamente ao que acontece para todas as escalas e restantes subescalas e facetas.

Relativamente à situação familiar, uma vez que a categoria “separado” apresenta apenas três observações foi agregada à categoria divorciado, de acordo com a tabela seguinte:

Tabela 10 - Relações entre as dimensões e Situação Familiar

Escala	Subescala	Faceta	Total	C. do	Solt.	Viuvo	Div	F	p
				1	2	3	4		
			n	200	32	6	19		
1. QLT		M	67,02	67,67	65,99	61,32	63,68	0,839	0,474
		DP	14,42	14,55	14,19	12,37	14,11		
	1.1 PRH	M	59,77	60,84	56,77	55,93	54,74	1,047	0,372
		DP	18,62	18,96	18	13,07	17,13		
	1.1.1 ODP	M	50,54	51,26	52,19	52,08	39,74	1,204	0,309
		DP	25,94	26	21,16	37,1	28,37		
	1.1.2 Recursos humanos	M	67,15	68,51	60,44	59	66,74	2,224	0,086
		DP	18,34	18,15	20,65	15,99	14,66		
	1.2 Moral	M	81,96	82,76	78,85	70,38	82,43	1,448	0,229
		DP	16,99	17,03	14,23	29,88	15,22		
	1.2.1 Coordenação	M	83,36	84,22	80,09	72,12	83,64	1,347	0,26
		DP	17,61	17,56	15,27	32,23	15,57		
	1.2.2 Estado de espirito	M	74,94	75,75	72,03	60,83	75,79	1,58	0,195
		DP	18,49	18,46	17,77	19,08	19,02		
	1.3 RTF	M	49	48,98	53,96	51,43	40,14	1,945	0,123
		DP	20,03	19,56	21,04	9,3	23,71		
	1.3.1 Vencimentos	M	31,12	30,77	38,33	44,44	18,42	2,241	0,084
		DP	29,63	29,24	31,2	25,18	29,36		
1.3.2 Unidade e equip.	M	63,07	63,43	65,73	56,67	56,8	1,036	0,377	
	DP	20,03	20,03	18,17	12,52	24,29			
2. QPC	M	79,09	80,08	76,74%	68,10%	76,17	2,467	0,063	
	DP	13,16	13,4	10,41%	5,83%	14,53			
3. MCQ	M	81,37	82,15	78,87%	67,92%	81,58	1,788	0,15	
	DP	16,28	16,56	11,93%	30,23%	12,74			

* $p < 0,05$; C.do: casado ou união de facto; Solt: solteiro; Div: divorciado/separado; DP: desvio padrão; F: One-Way ANOVA

Relativamente à relação das dimensões da satisfação com o estado civil (Tabela 10), não se encontrou diferenças significativas ($p > 0,05$) em todas as escalas, subescalas e facetas do IASP. Para um nível de significância $\alpha = 0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H_0) para todas as dimensões da satisfação.

Relativamente à escolaridade, uma vez que a categoria “bacharelato” e “pós-graduação” apresentam poucas observações foram agregadas à categoria “licenciado”,

enquanto que a categoria “outro grau acadêmico”, pelo mesmo motivo, foi agregado à categoria “mestrado” e “doutoramento”.

Na Tabela 11, podemos observar os resultados do teste ANOVA no que diz respeito à relação entre as dimensões da Satisfação profissional e a variável nível de escolaridade:

Tabela 11 - Relações entre as dimensões e Escolaridade

Escala	Subescala	Faceta	Total	Básico	Sec.	B+L+P	M+D+O	F	p	Post Hoc	
				1	2	3	4				
			n	267	8	24	168	67			
1. QLT			M	66,74	72,70	72,66	66,62	64,22	2,498	0,060	
			DP	14,52	14,90	14,45	14,20	14,81			
1.1 PRH			M	59,63	74,44	66,57	59,36	56,07	3,793	0,011*	1 > 4
			DP	18,50	17,60	16,76	18,2	18,79			
1.1.1 ODP			M	50,56	69,69	55,31	49,81	48,47	1,969	0,119	
			DP	25,69	27,07	20,23	26,29	25,16			
1.1.2 Recursos humanos			M	66,89	78,25	75,58	67,00	62,15	4,435	0,005*	2 > 4
			DP	18,44	12,35	18,44	17,55	19,74			
1.2 Moral			M	81,38	83,29	83,56	80,92	81,53	0,194	0,900	
			DP	17,46	11,62	18,94	17,65	17,28			
1.2.1 Coordenação			M	82,84	84,27	86,28	82,08	83,40	0,410	0,746	
			DP	18,1	11,14	19,04	18,32	18,07			
1.2.2 Estado de espírito			M	74,61	78,13	76,88	75,03	74,61	0,587	0,624	
			DP	18,49	15,34	18,22	17,93	18,49			
1.3 RTF			M	49,12	51,07	59,13	49,4	44,59	3,331	0,020*	2 > 4
			DP	19,81	23,72	15,64	20,04	19,03			
1.3.1 Vencimentos			M	31,62	43,75	45,97	30,81	27,06	2,992	0,031*	2 > 4
			DP	29,46	34,98	26,26	29,41	28,71			
1.3.2 Unidade e equip.			M	62,84	56,56	70,54	63,76	58,54	2,597	0,053	
			DP	19,87	28,88	17,16	19,08	20,79			
2. QPC			M	78,79	77,50	81,49%	79,29%	76,70	1,004	0,391	
			DP	13,20	10,66	13,69%	13,51%	12,45			
3. MCQ			M	81,14	84,38	83,96%	81,05%	79,98	0,453	0,716	
			DP	16,36	10,09	15,25%	16,68%	16,65			

* p<0,05; Básico: ensino básico; Sec: Ensino Secundário; B+L+P: Bacharelato/Licenciatura/Pós-graduação; M+D+O: Mestrado/Doutoramento/Outro

M: média; DP: desvio padrão; F: One-Way ANOVA

Verifica-se que a diferença da média de satisfação é estatisticamente significativa, para a subescala “Política de Recursos Humanos” e para a faceta “Recursos Humanos” ($p=0,011$ e $p=0,005$), com o grupo “ensino básico” a apresentar maior satisfação que o grupo “mestrado/doutoramento/outro”.

Na subescala “recursos tecnológicos e financeiros”, e na faceta “vencimento” a diferença de média de satisfação para o “nível de escolaridade” é estatisticamente significativa ($p=0,020$ e $p=0,031$), sendo a média do grupo “ensino secundário” superior em ambas à dos restantes grupos. Assim, para estas dimensões rejeita-se a hipótese nula, enquanto que nas restantes, para um nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitá-la, visto não haverem diferenças estatisticamente significativas.

Satisfação Profissional e fatores organizacionais

H02. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores organizacionais (nº de horas alocadas à UCC, vínculo, funções de coordenação/ gestão/chefia, categoria profissional)

H2. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os fatores organizacionais (nº horas alocadas à UCC, vínculo, funções de coordenação/ gestão/chefia, categoria profissional).

Atendendo à vertente do horário, quanto à sua organização semanal, as respostas foram agrupadas em dois grupos, “menos de 40h semanais” e “mais de 40 horas semanais” (Tabela 12).

Em todas as dimensões exceto na escala “Qualidade do local de trabalho”; na subescala “Política de recursos humanos” e nas facetas “Recursos humanos” e “Unidade e equipamento” foram obtidos valores de significância superiores a 0,05. Por esse motivo podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao número de horas semanais alocadas às UCC e não se rejeita a hipótese nula, enquanto que para as restantes, visto $p<0,05$ rejeita-se a hipótese nula, pois existem diferenças estatisticamente significativas.

A média de satisfação com valor superior corresponde ao grupo que trabalha mais de 40 horas semanais no que diz respeito à faceta ligada à coordenação (85,44%), enquanto que com a média mais baixa, surge a faceta “Vencimentos” (19,67%) para os profissionais que também têm alocadas às UCC mais de 40 horas semanais (Tabela 12).

Tabela 12 - Relações entre as dimensões e o Horário de Trabalho

Escala	Subescala	Faceta	Horas	n		Media		DP	t	p
				302	191	111				
1. QLT			<40H	182	66,72	15,43	0,120	0,905		
			≥40	110	66,5	14,22				
	1.1 PRH		<40H	179	58,54	18,83	-0,940	0,348		
			≥40	110	60,66	18,2				
		1.1.1 ODP	<40H	178	47,36	26,58	-2,462	0,014*		
			≥40	110	54,66	23,02				
	1.1.2 Recursos humanos	<40H	179	67,51	18,71	0,894	0,372			
		≥40	110	65,45	19,36					
	1.2 Moral		<40H	182	79,2	18,33	-2,190	0,029 *		
			≥40	110	83,95	17,29				
		1.2.1 Coordenação	<40H	180	80,64	19,31	-2,097	0,037*		
			≥40	106	85,44	17,67				
	1.2.2 Estado de espirito	<40H	179	72,63	18,19	-2,008	0,046*			
		≥40	110	77,09	18,62					
	1.3 RTF		<40H	179	53,54	19,83	4,662	0,000 *		
			≥40	110	42,78	17,71				
1.3.1 Vencimentos		<40H	178	39,89	28,81	6,060	0,000*			
		≥40	110	19,67	25,25					
1.3.2 Unidade e equip.	<40H	175	64,12	19,94	1,188	0,236				
	≥40	108	61,23	19,81						
2. QPC		<40H	177	77,17	12,91	-2,417	0,016*			
		≥40	110	81	13,3					
3. MCQ		<40H	177	78,82	16,56	-2,858	0,005*			
		≥40	110	84,39	15,17					

* p<0,05; t: teste t de Student; DP: desvio padrão M: Média da satisfação

Relativamente ao nível de satisfação, segundo as várias dimensões e o tipo de vínculo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,032$ e $p=0,009$) para a escala: “Qualidade da prestação de cuidados” e para a Faceta “Vencimento”, respetivamente. O valor de prova é superior a 5% para as restantes Escalas, Subescalas e Facetas, e por isso não se verificam diferenças significativas (não é possível rejeitar a hipótese nula) (Tabela 13).

Tabela 13 - Relações entre as dimensões e o Vínculo

Escala	Subescala	Faceta	Total	TIFP	FPTC	CIT	CITTC	OUTRO	F	p	Post Hoc	
				1	2	3	4	5				
			n	305	256	20	20	3	6			
1. QLT			M	66,64	66,30	64,40	69,49	69,89	79,59	1,294	0,273	2 > 1
			DP	14,96	15,33	15,41	9,67	10,78	6,91			
1.1 PRH			M	59,34	59,48	51,35	62,75	62,59	68,22	1,357	0,249	
			DP	18,59	18,83	19,19	14,95	1,01	15,41			
1.1.1 ODP			M	50,15	50,55	40,92	49,61	55,00	65,00	1,093	0,360	
			DP	25,49	25,74	25,88	24,47	8,66	15,00			
1.1.2 Recursos humanos			M	66,73	66,76	59,68	73,26	68,67	70,80	1,293	0,273	
			DP	18,94	19,18	18,56	14,93	24,03	17,24			
1.2 Moral			M	81,00	80,91	75,98	83,44	79,17	97,38	1,537	0,191	
			DP	18,62	18,36	19,26	12,54	19,75	2,64			
1.2.1 Coordenação			M	82,42	82,48	76,36	84,64	78,99	97,45	1,414	0,230	
			DP	18,83	19,14	20,37	12,71	23,11	2,44			
1.2.2 Estado de espírito			M	74,33	73,70	73,42	76,84	76,67	97,00	2,100	0,081	
			DP	18,45	18,76	16,42	16,68	7,64	4,47			
1.3 RTF			M	49,44	48,17	58,05	52,13	62,06	61,14	2,021	0,092	
			DP	19,72	20,14	18,17	15,70	3,06	10,99			
1.3.1 Vencimentos			M	32,16	29,71	50,98	39,47	58,89	36,00	3,445	0,009*	
			DP	29,17	29,25	27,53	23,84	7,70	26,50			
1.3.2 Unidade e equip.			M	63,02	62,72	63,42	61,67	65,00	80,00	0,952	0,434	
			DP	19,90	29,17	20,21	21,14	16,34	0,00			
<hr/>												
2. QPC			M	78,64	78,77	73,91	79,02	75,71	95,14	2,678	0,032*	5 > 1
			DP	13,17	12,78	16,90	13,43	7,56	4,91			
<hr/>												
3. MCQ			M	80,95	16,40	16,72	13,71	8,87	5,00	2,085	0,083	
			DP	16,24	16,24	1,06	3,84	3,15	5,48			

* p<0,05; TIFP: contrato por tempo indeterminado em funções públicas; FPTC: contrato de trabalho em funções públicas a termo certo; CIT: contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado; CITTC: contrato individual de trabalho a termo certo; DP: desvio padrão; F: One-Way ANOVA

Os profissionais com “outro tipo de vínculo profissional” apresentam um nível de satisfação superior com a “Coordenação”, relativamente aos com “contrato de trabalho em funções públicas a termo certo”, sendo de 97,45% e 76,36%, respetivamente.

Na análise das várias dimensões da satisfação profissional segundo o “desempenho de funções de coordenação, de gestão ou de chefia” (Tabela 14) verificam-se diferenças estatisticamente significativas na subescala “recursos tecnológicos e financeiros” ($p=0,006$) e na faceta “vencimentos” ($p=0,010$).

Relativamente à escala “moral”, na faceta “coordenação” os profissionais que não desempenham funções de chefia apresentam um nível de satisfação superior (82,44%), enquanto que na faceta “vencimentos” os profissionais que desempenhas funções de coordenação apresentam a média de satisfação mais baixa do grupo (23,33%). Em relação à satisfação com os “recursos humanos”, os profissionais com funções de chefia, comparados

com os que não desempenham essas funções, apresentam um nível de satisfação de 61,69% e, estes, 67,99%.

Relativamente ao “local de trabalho e equipamento” o nível de satisfação é de 60,50% e 63,62%, respetivamente (Tabela 14).

Tabela 14 - Satisfação profissional e funções de chefia

Escala	Subescala	Faceta	SIM		NÃO	F	p
			1	2			
			n	61	243		
1. QLT			M	63,59	67,41	-1,758	0,080
			DP	14,03	15,21		
		1.1 PRH	M	57,02	59,93	-1,065	0,288
			DP	17,2	18,91		
		1.1.1 ODP	M	50,82	49,98	0,224	0,823
			DP	24,06	25,88		
		1.1.2 Recursos humanos	M	61,69	67,99	-2,281	0,023
			DP	18,02	19		
		1.2 Moral	M	80,9	81,01	-0,04	0,966
			DP	8,09	17,2		
		1.2.1 Coordenação	M	82,33	82,44	-0,04	0,970
			DP	18,42	18,97		
		1.2.2 Estado de espirito	M	76,38	73,81	0,948	0,344
			DP	14,47	19,31		
		1.3 RTF	M	43,11	51,03	-2,766	0,006 *
			DP	19,54	19,5		
		1.3.1 Vencimentos	M	23,33	34,39	-2,606	0,010 *
			DP	27,43	29,23		
	1.3.2 Unidade e equip.	M	60,5	63,62	-1,044	0,297	
		DP	17,39	20,45			
<hr/>							
2. QPC			M	78,02	78,79	-0,394	0,694
			DP	12,21	13,42		
<hr/>							
3. MCQ			M	83,53	12,24	1,630	0,106
			DP	80,32	17,05		

* p<0,05; DP: desvio padrão; F: teste t de student

Relativamente à análise das várias dimensões da satisfação profissional segundo o “setor profissional” (Tabela 15), foram agrupadas as categorias por “Enfermeiros” e “Não enfermeiros”, visto ser esta a classe presente em maior numero.

Tabela 15 - Relações entre as dimensões e a Categoria Profissional

Escola	Subescala	Faceta	n	Media	DP	t	p
			298				
		Cat.Prof					
1. QLT		Enf.	122	67,93	16,1	1,402	0,162
		Não Enf.	163	65,41	13,3		
	1.1 PRH	Enf.	119	60,28	18,35	0,876	0,382
		Não Enf.	163	58,34	18,24		
	1.1.1 ODP	Enf.	119	49,79	25,79	-0,094	0,925
		Não Enf.	162	50,08	25,06		
	1.1.2 Recursos humanos	Enf.	119	68,52	18,56	1,522	0,129
		Não Enf.	163	65,1	18,66		
	1.2 Moral	Enf.	122	79,08	19,48	-1,598	0,111
		Não Enf.	163	82,45	16,1		
	1.2.1 Coordenação	Enf.	122	79,84	20,48	-2,078	0,039*
		Não Enf.	157	84,45	16,53		
	1.2.2 Estado de espirito	Enf.	119	75,04	17,67	0,540	0,589
		Não Enf.	163	73,87	18,35		
	1.3 RTF	Enf.	119	56,66	19,56	5,921	0,000*
		Não Enf.	163	43,46	17,65		
	1.3.1 Vencimentos	Enf.	119	43,87	28,34	6,362	0,000*
		Não Enf.	162	22,96	26,35		
1.3.2 Unidade e equip.	Enf.	115	66,89	20,51	3,119	0,002 *	
	Não Enf.	161	59,46	18,77			
<hr/>							
2. QPC		Enf.	118	77,88	13,3	-0,658	0,511
		Não Enf.	162	78,92	12,95		
<hr/>							
3. MCQ		Enf.	118	79,43	16,75	-1,313	,190
		Não Enf.	162	81,97	15,4		

* $p < 0,05$; t: teste t de Student; DP: desvio padrão M: Média da satisfação

Perante os resultados obtidos verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala “recursos tecnológicos e financeiros” ($p=0,000$), e nas facetas “vencimentos” ($p=0,000$), “unidade e equipamento” ($p=0,002$) e “coordenação” ($p=0,039$). Assim, nestes casos concretos rejeita-se a hipótese nula, e aceita-se a mesma para as restantes, pois como o $p > 0,05$, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas.

Na faceta “coordenação”, os profissionais que não são enfermeiros apresentam a média de satisfação mais alta (84,45%). Por outro lado, são os mesmos profissionais que apresentam a média de satisfação profissional mais baixa mas em relação à faceta “vencimentos” (22,96%).

Satisfação profissional segundo os itens da satisfação global

H03. Não existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os itens da satisfação global

H1. Existe diferença no nível de satisfação profissional, avaliada através das várias dimensões da satisfação profissional, segundo os itens da satisfação global.

Verificámos, em relação à questão “sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?”, que na amostra, a percentagem de respostas negativas é apenas de 4,6%, enquanto que as positivas é de 95,4%, contudo as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste *t-student* ($p>0,05$).

Os profissionais que sentem que a sua formação é adequada apresentam em alguns casos um nível de satisfação superior aos restantes profissionais, sendo de: 49,92% e 25,75% nos “órgãos de direção e política”; 67,36% e 64,77% na faceta “recursos humanos”; 74,61% e 73,08% na faceta “estado de espírito”; 49,67% e 48,79% na subescala “recursos tecnológicos e financeiros”; 32,58% e 26,92% na faceta “vencimentos” e 80,76% e 16,51% na escala “melhoria contínua da qualidade” respetivamente (Tabela 16).

Tabela 16 - Satisfação profissional e formação adequada

Escala	Subescala	Faceta	SIM		NÃO	F	p
			1	2			
			n	271	13		
1. QLT			M	66,78	69,12	-0,566	0,572
			DP	14,74	10,86		
		1.1 PRH	M	59,61	61,45	-0,352	0,725
			DP	18,55	17,5		
		1.1.1 ODP	M	49,92	25,75	-1,017	0,310
			DP	57,31	21,69		
		1.1.2 Recursos humanos	M	67,36	64,77	0,494	0,622
			DP	18,48	18,12		
		1.2 Moral	M	81,18	85,38	-0,84	0,400
			DP	17,73	13,26		
		1.2.1 Coordenação	M	85,59	87,62	-0,97	0,332
			DP	18,43	13,55		
		1.2.2 Estado de espirito	M	74,61	73,08	0,294	0,769
			DP	18,43	18,21		
		1.3 RTF	M	49,67	48,79	0,157	0,876
			DP	20,08	13,76		
		1.3.1 Vencimentos	M	32,58	26,92	0,681	0,496
			DP	29,46	24,32		
	1.3.2 Unidade e equip.	M	63,09	65,19	-0,370	0,711	
		DP	20,17	16,38			
<hr/>							
2. QPC			M	78,51	81,1	-0,689	0,492
			DP	13,36	10,69		
<hr/>							
3. MCQ			M	80,76	16,51	-1,103	0,271
			DP	85,87	11,02		

* p<0,05; DP: desvio padrão; F: teste t de student

No que diz respeito à questão “se recomendaria os serviços da UCC a familiares ou a amigos” as quatro categorias de resposta (“Claro que sim”; “Provavelmente sim”; “Provavelmente não” e “Claro que não”), foram agrupadas apenas em dois grupos “sim” e “não”, visto o número de respostas ao “Provavelmente sim” e ao “Claro que não” ser reduzida e nula respetivamente. Assim, a segunda categoria foi agrupada à primeira e a ultima à terceira, ficando apenas com respostas positivas e negativas.

Tabela 17 - Relação entre se recomendaria os serviços da UCC a familiares ou a amigos e a categoria profissional

Escala	Subescala	Faceta	SIM		F	p	
			1	2			
			n	241	1		
1. QLT			M	69,55	30,69	3,045	0,003*
			DP	12,74	.		
		1.1 PRH	M	62,15	21,11	2,310	0,002*
			DP	17,73	.		
		1.1.1 ODP	M	52,35	0	2,071	0,039*
			DP	25,23	.		
		1.1.2 Recursos humanos	M	69,99	38	1,848	0,066
			DP	17,28	.		
		1.2 Moral	M	85,21	32,31	4,045	0,000*
			DP	13,05	.		
		1.2.1 Coordenação	M	86,84	38,18	3,628	0,000*
			DP	13,38	.		
		1.2.2 Estado de espirito	M	78,26	0	5,315	0,000*
			DP	14,69	.		
		1.3 RTF	M	50,47	0,04	0,524	0,601
			DP	19,96	.		
	1.3.1 Vencimentos	M	32,16	0	1,085	0,279	
		DP	29,57	.			
	1.3.2 Unidade e equip.	M	64,89	0,07	-0,264	0,792	
		DP	19,32	.			
<hr/>							
2. QPC			M	81,14	11,73	1,700	0,090
			DP	12,22	.		
<hr/>							
3. MCQ			M	85,08	43,75	3,373	0,001*
			DP	12,22	.		

* $p < 0,05$; DP: desvio padrão; F: teste t de student

A percentagem de respostas afirmativas é superior em todas as dimensões do questionário, sendo que as respostas negativas correspondem apenas a 0,4% da amostra. As diferenças observadas são estatisticamente significativas, de acordo com o teste *t-student* ($p < 0,05$) para todas as escalas, subescalas e facetas, exceto para os “recursos humanos” (0,066), “recursos tecnológicos e financeiros” (0,601), para as facetas “vencimentos” (0,279)

e “unidade e equipamentos (0,792) e para a escala “qualidade na prestação de cuidados” (0,090) (Tabela 17).

O nível de satisfação profissional, segundo as escalas, subescalas e facetas do IASP, relativamente à questão “recorreria a esta unidade de saúde caso necessitasse de cuidados”, foi reorganizada em três grupos, “claro que sim”, provavelmente sim” e “provavelmente não”/”não”, tendo revelado diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões, com exceção da faceta vencimento ($p=0,613$) e da escala “recursos tecnológicos e financeiros” ($p=0,321$) (Tabela 18).

Tabela 18 - Relação entre se recorreria a esta UCC caso necessitasse de cuidados

Escala	Subescala	Faceta	Total	C. Sim	P. Sim	Não	F	p	Post Hoc
				1	2	3			
			n	284	233	47	4		
1. QLT		M	78,63	81,62	64,92	65,36	42,951	0,000*	1 > 3,2
		DP	13,24	11,68	11,69	5,13			
	1.1 PRH	M	59,69	62,17	48,75	43,89	12,792	0,000*	1 > 2
		DP	18,47	17,98	16,39	19,91			
	1.1.1 ODP	M	50,26	52,71	40,00	27,50	6,689	0,001*	1 > 2
		DP	25,59	25,19	24,05	32,02			
	1.1.2 Recursos humanos	M	67,24	69,73	55,74	5,70	12,885	0,000*	1 > 2
		DP	18,44	17,71	17,94	13,61			
	1.2 Moral	M	81,37	85,54	62,88	55,77	49,608	0,000*	1 > 2,3
		DP	17,55	13,10	22,55	20,28			
	1.2.1 Coordenação	M	82,83	87,24	63,67	57,27	49,215	0,000*	1 > 2,3
		DP	18,24	13,38	23,88	19,85			
	1.2.2 Estado de espirito	M	74,54	78,28	58,30	47,50	33,851	0,000*	1 > 2,3
		DP	18,39	14,84	22,27	33,04			
	1.3 RTF	M	49,63	50,44	45,66	49,29	1,142	0,321	
		DP	19,82	20,04	19,15	7,78			
1.3.1 Vencimentos	M	32,32	31,53	35,74	38,33	0,490	0,613	2 > 1	
	DP	29,23	29,64	27,56	27,29				
1.3.2 Unidade e equip.	M	63,18	65,35	52,92	57,50	7,945	0,000*	1 > 2	
	DP	19,99	19,19	21,53	9,57				
2. QPC	M	78,63	81,62	64,92	65,36	42,951	0,000*	1 > 3,2	
	DP	13,24	11,68	11,69	5,13				
3. MCQ	M	80,99	85,37	60,90	61,88	69,299	0,000*	1 > 3,2	
	DP	16,32	12,01	18,81	14,45				

* $p<0,05$; C.sim: claro que sim; P. sim: provavelmente sim; Não: claro que não + provavelmente não;
F: One-Way ANOVA; DP: desvio padrão;

Em relação à subescala “políticas de recursos humanos”, o nível de satisfação dos que responderam “claro que sim” (62,17%) é superior aos que responderam “provavelmente sim” (48,75%) e, esta, superior aos que responderam “não” (43,89%).

A mesma situação ocorre na faceta “recursos humanos” sendo a satisfação dos que responderam “claro que sim” de 69,73%, a dos que responderam “provavelmente sim” de 55,74% e a dos que responderam “não” apenas de 5,7%.

Em relação à escala “qualidade na prestação de cuidados”, a satisfação profissional é estatisticamente significativa entre os grupos considerados. Os que responderam “claro que sim” têm um nível de satisfação de 81,62% (DP±11,68), os que responderam “provavelmente sim”, 64,92% (DP±11,69) e os que responderam “não”, 65,36% (DP±5,13).

A satisfação profissional, relativamente à “melhoria contínua da qualidade”, é superior nos que responderam “claro que sim” (85,37%), relativamente aos que responderam “não” (61,88%) e “provavelmente sim” (60,90%), sendo que esta diferença também é significativa entre os que responderam “provavelmente sim” e os que responderam “não” (Tabela 18).

Para o nível de significância $\alpha=0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H04), na dimensão “vencimento”, e na escala “recursos tecnológicos e financeiros” em relação aos grupos de profissionais que responderam “claro que sim”, “provavelmente sim” e “não”.

Analisando a Tabela 19, onde se apresenta o nível de satisfação profissional segundo as escalas, subescalas e facetas do IASP, relativamente à questão “se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta unidade de saúde para trabalhar?”, com a resposta organizada em quatro grupos, “claro que sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não” e “claro que não” encontrou-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões exceto na faceta “vencimentos” ($p=0,189$).

Na escala “qualidade do local de trabalho” o nível de satisfação profissional dos que responderam “claro que sim” é superior aos restantes grupos de resposta. O mesmo acontece em todas as suas subescalas e facetas.

Tabela 19 - Relação entre se escolheria de novo esta UCC para trabalhar

Escala	Subescala	Faceta	n	C. Sim P. Sim P. Não C. Não				F	p	Post Hoc			
				Total	1	2	3				4		
1. QLT			M	78,63	71,88	62,87	47,55	47,16	37,227	0,000*	1 > 2,3,4		
			DP	13,24	11,94	10,86	13,85	21,90					
		1.1 PRH		M	59,69	64,41	54,09	45,21	37,50	16,833	0,000*	1 > 2,3,4	
				DP	18,47	17,73	14,34	17,45	22,14				
			1.1.1 ODP		M	50,26	54,18	44,62	40,94	25,00	5,390	0,001*	1 > 3
				DP	25,59	25,19	23,50	26,92	22,82				
			1.1.2 Recursos humanos		M	67,24	72,61	61,67	48,63	47,50	24,388	0,000*	1 > 2,3,4
				DP	18,44	17,02	13,34	17,56	26,10				
		1.2 Moral		M	81,37	88,33	76,08	53,97	53,08	72,157	0,000*	1 > 2,3,4	
				DP	17,55	10,58	14,51	20,62	29,72				
			1.2.1 Coordenação		M	82,83	89,92	72,26	55,51	53,64	62,920	0,000*	1 > 2,3,4
				DP	18,24	10,71	16,12	22,72	30,83				
			1.2.2 Estado de espirito		M	74,54	81,49	69,42	46,41	50,00	62,480	0,000*	1 > 2,4,3
				DP	18,39	13,48	11,72	19,23	35,59				
		1.3 RTF		M	49,63	51,50	49,66	38,79	48,57	3,867	0,01*	1 > 3	
				DP	19,82	20,98	14,94	18,82	8,65				
			1.3.1 Vencimentos		M	32,32	33,53	33,83	21,77	37,50	1,602	0,189	
			DP	29,34	30,61	25,95	26,03	25,00					
		1.3.2 Unidade e equip.		M	63,18	65,87	61,51	51,61	56,88	5,173	0,002*	1 > 3	
			DP	19,99	20,41	26,26	20,50	14,34					
<hr/>													
2. QPC			M	78,63	83,05	74,45	62,59	61,43	37,227	0,000*	1 > 2,3,4		
			DP	13,24	11,34	10,24	11,96	16,16					
<hr/>													
3. MCQ			M	80,99	87,63	75,25	55,59	58,13	72,767	0,000*	1 > 2,3,4		
			DP	16,32	10,51	13,32	18,38	15,83					

* p<0,05; C.sim: claro que sim; P. sim: provavelmente sim; P. não: provavelmente não; C. não: claro que não;
DP: desvio padrão; F: One-Way ANOVA

No que diz respeito à escala “melhoria contínua da qualidade”, o mesmo acontece. A percepção de satisfação é maior nos que respondem “claro que sim” (87,63%), em relação aos que responderam “provavelmente sim” (75,25%) e “provavelmente não” (55,59%).

Na mesma escala, a percepção dos que responderam “provavelmente não” é inferior aos que responderam “claro que não” (58,13%) (Tabela 19).

Satisfação Global segundo a categoria profissional

H04. Não existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo a categoria profissional.

H1. Existe diferença no nível de satisfação global, avaliada através de cada uma das suas dimensões, segundo a categoria profissional.

No que respeita à satisfação global, pretendemos observar, dentro de cada questão que compõe esta dimensão, se haveria variação de acordo com o setor profissional (Tabela 20). Verificámos, em relação à questão “sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?”, que a resposta “sim” é de 56,4% para enfermeiros/as e 43,6% para as restantes categorias profissionais, havendo diferença significativa entre os grupos ($p < 0,05$).

Tabela 20 – Satisfação Global segundo o setor profissional

		Enf. Não enf.					
		Total	1	2	x2	gl	p
		277	160	117			
Formação adequada	Sim	95,3%	56,4%	43,6%	4,032	1	0,045*
	Não	4,7%	84,6%	15,4%			
Recomendar UCC	CSim	84,8%	59,6%	40,4%	3,040	2	0,219
	P. Sim	14,8%	48,8%	51,2%			
	P. Não	0,4%	0,0%	100,0%			
Recorrer à UCC	CSim	81,9%	60,8%	39,2%	4,800	2	0,091
	P. Sim	16,6%	43,5%	56,5%			
	P. Não	4,0%	50,0%	50,0%			
Se pudesse voltar escolheria de novo esta UCC	C. Sim	65,7%	58,8%	41,2%	7,297	3	0,063
	P. Sim	21,7%	53,3%	46,7%			
	P. Não	11,2%	67,7%	32,3%			
	C.Não	1,4%	0,0%	100,0%			

* $p < 0,05$; Enf: enfermeiro/a; Não Enf: Não enfermeiro; gl: graus de liberdade

Para um nível de significância $\alpha = 0,05$, não foi possível rejeitar a hipótese nula (H04) nas restantes questões que compõe a dimensão “satisfação global”, em relação aos grupos constituídos pelos profissionais segundo o setor profissional.

O tempo de permanência na UCC e nível de satisfação profissional

H05. Não existe correlação entre o tempo de permanência na UCC e o nível de satisfação profissional

H1. Existe correlação entre o tempo de permanência na UCC e o nível de satisfação profissional.

Para testar esta hipótese utilizou-se o modelo de correlação linear. O modelo testado indica que apenas 0,3% da variância da “satisfação profissional” é explicada pelo tempo de permanência na UCC ($n=254$, $r=0,056$, $r^2=0,3\%$, $p = 0,362$). Em virtude do valor de prova ser superior a 5%, não se rejeita a hipótese de inexistência de correlação significativa. Assim, podemos concluir que se verifica a hipótese nula, ou seja, de que não existe correlação entre o tempo de permanência na UCC e o nível de satisfação profissional.

Nível de satisfação com o coordenador e nível de satisfação profissional

H06. Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das UCC

H1. Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das UCC.

Para testar esta hipótese utilizou-se o modelo de correlação linear. O modelo testado indica que 69,3% da variância da “satisfação profissional” é explicada pelo nível de satisfação com o coordenador das UCC ($n=286$, $r=0,832$, $r^2=69,3\%$, $p = 0,000$). Em virtude do valor de prova ser inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de inexistência de correlação significativa e, portanto, existe correlação significativa, ou seja, verifica-se a hipótese alternativa de que existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o coordenador das UCC.

Nível de satisfação profissional e nível de satisfação com o relacionamento entre equipas

H07. Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas

H1. Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas.

Para testar esta hipótese utilizou-se o modelo de correlação linear. O modelo testado indica que 52,8% da variância da “satisfação profissional” é explicada pelo nível de satisfação com o relacionamento entre equipas ($n=289$, $r=0,727$, $r^2=52,8\%$, $p =0,000$). A intensidade da relação linear entre as variáveis é moderada ($r=0,727$).

Em virtude do valor de prova ser inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de inexistência de correlação significativa e, portanto, existe correlação estatisticamente significativa e portanto existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas.

Nível de satisfação profissional e nível de satisfação com o vencimento

H08. Não existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento

H1. Existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.

Para testar esta hipótese utilizou-se o modelo de correlação linear. O modelo testado indica que 15,5% da variância da “satisfação profissional” é explicada pelo nível de satisfação com o vencimento ($n=288$, $r=0,394$, $r^2=15,5\%$, $p = 0,000$). Em virtude do valor de prova ser inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de inexistência de correlação significativa e, portanto, existe correlação significativa, ou seja, existe correlação entre o nível de satisfação profissional e o nível de satisfação com o vencimento.

Nível de satisfação profissional e nível de satisfação com o relacionamento entre equipas, com o coordenador e com o vencimento.

H09. O nível de satisfação profissional não está relacionado, significativamente, com o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento

H1. O nível de satisfação profissional está relacionado, significativamente, com o nível de satisfação com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento.

Para testar esta hipótese utilizou-se o modelo de regressão linear múltiplo.

O coeficiente de determinação indica que 85,3% da variação que ocorre na variável dependente “satisfação profissional” é explicada pelo nível de satisfação com o relacionamento entre equipas, com a satisfação com o coordenador e com a satisfação com o vencimento ($n=277$, $r=0,923$, $r^2=85,3\%$, $p=0,000$). A intensidade da relação linear múltipla é forte ($r=0,853$).

Para um nível de significância $\alpha=0,05$, rejeita-se a hipótese nula (H09), concluindo-se que o nível de “satisfação profissional” está correlacionado significativamente com o nível de satisfação com o “relacionamento entre equipas”, com a satisfação com o “coordenador” e com a satisfação com o “vencimento”.

3. Análise Qualitativa

Formularam-se duas questões abertas no IASP (*Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por esta UCC e a sua qualidade como local de trabalho? e Tem mais algum comentário a fazer?*), com o objetivo de pedir opinião sobre a forma de melhorar os serviços prestados pelas UCC e a qualidade como local de trabalho.

Foram escritos comentários por 157 profissionais, sendo que em relação à categoria profissional 66,2% (n=104) eram enfermeiros e 33,8% (n=53) não eram enfermeiros. Foram criadas seis categorias relacionadas com as respostas às duas perguntas já referidas:

1. Instalações;
2. Vencimento;
3. Órgãos de gestão do ACeS;
4. Profissionais/Recursos Humanos;
5. Questionário;
6. Comentários Neutros/Positivos.

De seguida foram estabelecidas referências para cada uma das categorias, exceto para os “Comentários Neutros/Positivos”, pois não houve essa necessidade já que a mesma pretende apenas referenciar comentários de natureza neutra ou de motivação e positivismo dos profissionais face ao trabalho desenvolvido nas UCC.

A tabela 21 clarifica a organização final das categorias e respetivas referências criadas para posteriormente estudar cada um dos comentários obtidos às duas perguntas formuladas:

Tabela 21 – Categorias, Referências e Número de Comentários

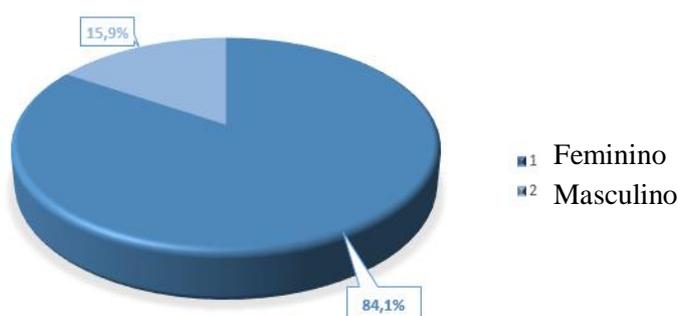
	Nº de comentários	%
Instalações:		
- Limpeza	152	35,6
- Segurança		
- Organização e melhoramento de espaços físicos		
- Transporte e equipamentos técnicos		
- Dispersão das Unidades		

- Material e Equipamento Informático - Mobiliário Climatização		
Vencimento - Aumento de vencimentos - Atribuição de incentivos - Correção de desigualdades (vencimento e tipo de vínculo profissional)	Nº de comentários 12	% 2,8
Órgãos de gestão do ACeS - Melhorar a comunicação - Autonomia financeira das UCC - Falta de reconhecimento - Melhorar a organização de serviços, funções e procedimentos - Horário de funcionamento alargado das UCC - Melhorar a articulação entre UCC e ACeS e UCC com outras unidades funcionais	Nº de comentários 106	% 24,8
Profissionais/Recursos Humanos - Aumento de profissionais - Investimento na formação de profissionais - Aumentar o número de horas afetas à UCC - Melhorar as relações interpessoais	Nº de comentários 136	% 31,9
Questionário - Anonimato - Confidencialidade - Sugestões de melhoria	Nº de comentários 4	% 1,0
Comentários Neutros/Positivos	Nº de comentários 17	% 4,0

Pela análise da Tabela 21 verificamos que obtivemos 427 comentários e que as respostas foram codificadas em 23 referências, sendo a categoria Instalações a que mereceu o maior número de observações, com 35,6% (n=152), seguido dos Profissionais/Recursos Humanos, com 31,9% (n=136) e os Órgãos de Gestão do ACeS, com 24,8% (n=106). Os Comentários Neutros/Positivos representam 4,0% (n=17) do total de comentários, a categoria Vencimento, 2,8% (n=12) e a categoria Questionário, 1,0%, tendo sido as que obtiveram menor número de anotações.

Utilizámos o SPSS para o estudo estatístico de três características relativas aos profissionais que escreveram os diversos comentários, como sendo: sexo, categoria profissional e grupo etário.

Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais por sexo



Relativamente ao sexo, verificámos que 132 respostas correspondiam a profissionais do sexo feminino (84,1%) e deram origem a 427 comentários, distribuídos pelas várias referências. Por outro lado, apenas 25 foram respostas do sexo masculino (15,9%) e deram origem a 50, o que representa 89,5% e 10,5% da amostra, respetivamente (Tabela 23).

Em relação à profissão, enfermeiros/as e não enfermeiros/as, deram origem a 416 referências associadas a cada grupo profissional, correspondendo respetivamente a cada um 294 e 122 (Tabela 22).

No que diz respeito ao grupo etário, 134 foram originadas pelos profissionais com idades entre os 45 e os 54 anos e apenas 27 por profissionais com idades entre os 25 e os 34 anos (Tabela 22).

Tabela 22 - Referências segundo categorias e por descritor

		Categorias						TOTAL	
		Inst.	Venc.	O.G.	Prof/RH	Quest.	Com. N/P		
SEXO	F	185	12	95	120	1	14	427	
	M	17	0	11	18	2	2	50	
		Enf	111	8	76	88	2	9	294
PROFISSAO	Não Enf.	39	2	25	47	2	7	122	
		25 a 34 anos	8	1	3	12	1	2	27
GRUPO ETARIO	35 a 44 anos	35	4	32	42	0	6	119	
		45 a 54 anos	45	7	36	38	2	6	134
		55 a 64 anos	15	0	8	12	0	2	37

Inst: Instalações; Venc: Vencimento; O.G.: Órgãos de Gestão; Prof/RH: Profissionais/Recursos Humanos; Quest: Questionário; Com. N/P: Comentários Neutros/Positivos

Seguidamente iremos analisar as referências atribuídas a cada uma das categorias definidas inicialmente.

A primeira categoria, “Instalações” (anexo II), obteve 152 referências, tal como já tinha sido referido anteriormente. Trata-se da área onde se situa a maioria das preocupações dos profissionais. Poderemos analisar as sugestões em oito áreas: limpeza; segurança; organização e melhoramento de espaços físicos; transporte e equipamentos técnicos; dispersão das Unidades; material e equipamento informático; mobiliário e climatização.

Os profissionais dão grande importância a esta vertente da qualidade do seu local de trabalho, como se pode observar nas seguintes respostas:

- “Equipamento informático e mobiliário novo bem como aquecimento no edifício”. (156)
- “Mais recursos materiais, nomeadamente uma viatura de serviço, aquecedores ou outro tipo de aquecimento das salas de trabalho, porque o que existe é insuficiente”. (69)

A limpeza e a segurança são outro ponto importante comentado pelos profissionais nas várias respostas obtidas:

- “Limpeza - troca de funcionária, uma vez que as funções não são bem realizadas pela atual. Segurança - mais controlo e vigia do espaço”. (201)

Em relação à categoria “Profissionais/Recursos Humanos” (anexo III), foram atribuídas 136 referências. Criar estabilidade nas equipas e dotar as UCC de recursos

humanos adequados, são necessidades percebidas por diversos profissionais, como se depara nos seguintes relatos:

- “Maior disponibilidade de recursos humanos, inclusive para efeitos de maior intervenção ao nível de prevenção primária e promoção da saúde”. (338)
- “Reforço dos Recursos Humanos”. (268)
- “Défice de Recursos Humanos tendo em conta a população e a área de abrangência”. (107)

O trabalho em equipa, o espírito de equipa, a motivação e a cooperação entre profissionais são propostas recorrentes em várias referências:

- “Espírito de entreatajuda entre os profissionais”. (126)
- “Fazer reuniões de grupos com psicólogo para resolver conflitos internos”. (211)
- “Haveria melhoria se houvesse uma maior dedicação à UCC por parte da coordenadora, para motivar a equipa e a ela própria e assim todos em conjunto melhorarmos os serviços prestados”. (234)
- “Melhor ambiente entre os elementos da UCC. Menos individualismo” (88)

No que diz respeito à categoria OG (Órgãos de Gestão do ACeS) (anexo IV), foram atribuídas 106 referências.

Procurámos identificar as medidas, sugeridas pelos profissionais, que sejam da competência dos órgãos de gestão do ACeS. Os profissionais referem a necessidade de melhorar a comunicação entre as UCC e os órgãos de gestão. As respostas típicas desta necessidade são as seguintes:

- “Melhorar os circuitos de comunicação interna e externa”. (23)
- “Rede de comunicação e informação fluida e transparente entre ACeS, UCC e estruturas da comunidade”. (204)

A autonomia financeira também é abordada em oito referências, de que é exemplo:

- “Investimento da tutela nas UCC (o que não se tem verificado, quer a nível de Recursos Humanos, quer de materiais) ” (65)

- “A UCC deveria ter uma verba para aquisição de algum equipamento e materiais para a concretização de algumas atividades dos projetos em desenvolvimento”. (112)

A falta de “reconhecimento”, por parte dos órgãos de gestão do ACeS, do trabalho desenvolvido pelas UCC é considerado um fator de insatisfação, com se descreve:

- “Reconhecimento pelo conselho de administração da ULS de Castelo Branco, do trabalho de qualidade exercido pela UCC Castelo Branco” (132)
- “Maior reconhecimento por parte dos superiores (ACeS)”. (206)

À categoria “Vencimento” (anexo V) foram atribuídas 12 referências. As sugestões organizam-se em três áreas, por um lado a necessidade de aumento de vencimento, por outro, a atribuição de incentivos e por fim a correção de desigualdades entre profissionais (quer em termos de vencimento, quer em termos do tipo de vínculo profissional):

- “Melhores vencimentos”. (319)
- “Reforço dos Recursos Humanos e estabilidade laboral dos profissionais”. (268)
- “Consolidar a mobilidade dos profissionais em situação de Precariedade dos vínculos laborais”. (107)

A categoria “Questionários” (anexo VI) foi analisada em relação a três referências: anonimato, confidencialidade e sugestões de melhoria, tendo obtido apenas 4. Esta categoria foi criada com o objetivo de dar a conhecer aspetos do IASP que, segundo os profissionais, podem ser melhorados num próximo estudo, sendo exemplos:

- “Um questionário sendo anónimo, não deveria colocar questões de resposta obrigatória, tais como, a UCC a que pertence (zona/local) e concomitantemente a profissão, dado que em áreas específicas é óbvio existir apenas um profissional a colaborar”. (334)
- “Questão do anonimato que não parece assegurado para efeitos de confidencialidade”. (338)
- “Este tipo de trabalho - conhecimento da satisfação dos profissionais - poderia ser reproduzido para avaliar a satisfação dos utentes e da própria comunidade” (25)

Por fim, a última categoria diz respeito aos Comentários considerados Neutros ou Positivos (anexo VII), com o pressuposto de enaltecer a motivação que alguns profissionais

demonstram, apesar dos obstáculos, em trabalhar e investir nos projetos das UCC. Seguem alguns exemplos:

- “Quero muito continuar a Lutar pela UCC e pela missão que nos rege, fundamental para as mudanças em saúde na população e tão necessária à melhoria global da qualidade da saúde da nossa comunidade com os respetivos ganhos em saúde”. (340)
- “Só um reforço positivo no sentido de desejar que num futuro próximo venha a existir um crescimento profissional e pessoal nos profissionais desta e de qualquer UCC”. (197)
- “Investir nas UCC é investir na promoção da saúde e na prevenção da doença que não tem sido a prioridade do SNS” (107)
- “É uma equipa pequena mas que tenta fazer o melhor trabalho”. (48)
- “É difícil manter motivação para exercer da melhor forma possível a prestação de cuidados, mas o esforço é feito e os utentes manifestam agrado pela nossa atividade”. (71)

Alguns destes e outros comentários podem ser consultados como exemplos, em anexo, personificando a “voz dos profissionais” como é objetivo do questionário e que podem ser encarados como oportunidades de melhoria para a Organização.

Em síntese, da análise a estas observações transmitidas pelos profissionais de saúde, resulta uma heterogeneidade de “propostas” que vão desde aspetos mais gerais e transversais ao ACeS, até aspetos pontuais das Unidades. No entanto, de entre a totalidade das sugestões, verificou-se um pendor das propostas que se situam no domínio das instalações e dos equipamentos afetos às UCC, no sentido de melhoria da qualidade do local de trabalho e de melhoria contínua da qualidade.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo está reservado para a discussão detalhada dos resultados mais significativos, que serão discutidos de forma crítica, confrontando-se entre si e sempre que possível e oportuno com os resultados de outros estudos bem como com o enquadramento teórico realizado.

Para Lakatos e Marconi (1992), a discussão dos resultados constitui o núcleo central da investigação e os resultados e a sínteses da investigação sobressaem, com o objetivo de se obter um mais conhecimentos dos problemas e dos temas em causa.

Das pesquisas que fizemos não encontramos estudos feitos no contexto das Unidades de Cuidados na Comunidade o que torna este trabalho inédito, interessante e útil para todos os intervenientes, não só os utentes, como também os profissionais que fazem parte integrante destas equipas e responsáveis da ARS Centro e respetivos ACeS.

Efetivamente surgiram dos resultados informações e conhecimentos que irão proporcionar novas reflexões nesta área temática e levantar questões de investigação noutras. Um deles é a questão do anonimato e confidencialidade.

Segundo Madge (2007), ambos são condições absolutas, que devem ser garantidas pelo investigador a quem colabora num inquérito por questionário.

Apesar de terem sido criadas, na nossa ótica, as condições de confidencialidade necessárias para que os inquiridos se sentissem à vontade nas respostas que dariam, visto estas terem sido explicitadas na folha de rosto do questionário e garantidas pelo comportamento ético do investigador, verificamos que uma percentagem, substancial de profissionais continuam a ter algum receio em falar do seu local de trabalho. O que pode levantar algumas questões, como sendo: Se vivemos num país democrático, com liberdade de expressão, porque é que as pessoas continuam a ter medo de falar livremente sobre aquilo que não está bem?! Medo de represálias?!; E têm motivos para ter medo??. Ou será que o nosso sistema é que não é justo nem permite que as pessoas falem?!

A verdade é que são questões deste tipo que são cada vez mais comuns na nossa sociedade, principalmente devido à atual crise económica.

Para uma maior garantia desta questão ética, optou-se também por deixar como opcional a resposta às questões relacionadas com as características sociodemográficas. Esta possibilidade foi utilizada pelos profissionais que optaram por não responder, num total de 44 para a questão relativa à identificação do sexo, 55 para a idade, 48 para a situação familiar e 38 para as habilitações académicas.

Contudo, ao longo do nosso estudo observámos algumas UCC sem qualquer tipo de resposta ao questionário, como foi o caso da UCC de Montemor-o-Velho. Apesar de não podermos provar que as razões das “não-respostas” serem estas, fica em “cima da mesa” esta hipótese para refletir.

Relativamente ao anonimato, este foi assegurado uma vez que não foi solicitada a identificação dos profissionais em nenhuma das questões. Contudo alguns dos inquiridos, referiram que nas UCC existem várias categorias profissionais e algumas delas muitas vezes, têm apenas um profissional e posto isto, seria fácil identificar a pessoa em causa. Embora seja uma realidade possível, essa não é de todo a nossa intenção enquanto investigadores, e por isso considerámos esses comentários, como uma mais-valia, no sentido de melhorar este aspeto num próximo estudo.

A taxa de resposta obtida na nossa investigação foi de 62,4%, inferior à de Ferreira e Antunes (2009), que foi de 85%, mas mesmo assim, consideramos um resultado muito positivo. Contudo, os motivos que podem justificar esta diferença, por nós encontrada, pode eventualmente estar relacionada com a falta de motivação dos profissionais, pela escassez de tempo devida à sobrecarga de trabalho, por dificuldades associadas à utilização de ferramentas informáticas (esta comprovada, já que tivemos vários contatos de profissionais que não conseguiam aceder ao *link* do questionário *online*) e, também, pelo fato já referido anteriormente de algum receio em responder, com medo de possíveis represálias.

A amostra ficou composta por 305 profissionais, predominantemente do sexo feminino (n=219; 83,9%) e apenas 16,1% do sexo masculino (n=42).

No que diz respeito à distribuição dos profissionais da nossa amostra que trabalham nas UCC, por categoria profissional, verificamos que mais de metade são enfermeiros (55,4%), e apenas 0,3% são terapeutas da fala e técnicos de saúde ambiental.

O nosso objetivo principal passava por determinar a satisfação profissional. Relativamente a este obtivemos a média foi de 71,1%, considerada “bom”, de acordo com os parâmetros por nós definidos. Outros estudos, como o de Matos (2012) e de Fonseca (2014), que utilizaram também o IASP, tendo em linha de conta a satisfação obtida nas escalas QLT, QPC e MCQ, em estudos realizados em ACeS, o nível de satisfação encontrado foi respetivamente de 67,7% e de 71,5%, o que acaba por ir de encontro aos valores que obtivemos no nosso estudo. Contudo, Tavares (2008), num estudo realizado num serviço hospitalar encontrou um nível de satisfação de 44%, claramente inferior ao da nossa amostra.

Na nossa investigação não foi possível perceber se existiu um aumento ou um decréscimo da satisfação profissional nas UCC, visto não existir nenhum estudo sobre estas unidades. Contudo, outros realizados sobre a temática da satisfação profissional mas em outras unidades funcionais têm vindo a provar um decréscimo neste âmbito. Exemplo disso é o estudo verificado por Ferreira e Antunes, em 2009, que foi de 76,9% e o de Fonseca, 2014 de 71,5%, provando um decréscimo de satisfação a rondar os 5,4%.

Em relação às dimensões da satisfação, medida através das escalas QLT, QPC e MCQ, verificámos uma média de 66,6%, 78,6% e 81%, respetivamente. Comparativamente, Fonseca (2014) obteve valores em média apenas superiores para a escala QLT, de 67,42%, enquanto para as restantes os valores foram inferiores, com 78,28% e 80,71%. Ferreira e Antunes (2009) também verificaram valores superiores para a QLT (72%) e MCQ (81,1%) e ligeiramente inferior na QPC (77,6%).

Todos os estudos referidos, inclusive o nosso apresentam uma média de satisfação superior para a escala MCQ. Matos (2012) obteve também 72,2% e Tavares (2008), 47,0%. Perante o exposto podemos concluir que é de esperar que a satisfação profissional seja influenciada diretamente por esta dimensão. Para defender este pressuposto, Kvist *et al.* (2013) e Tyssen *et al.* (2013), referem também que a perceção da qualidade do trabalho desenvolvido tem relação clara com a satisfação profissional

A faceta “vencimento” foi aquela de entre todas as escalas, subescalas e facetas a que apresentou uma média de satisfação mais baixa (32,2%). O mesmo aconteceu com Fonseca (2014), com 39%, e Ferreira e Antunes (2009) com 48,6%, que apesar de serem valores um pouco acima do encontrado no nosso estudo, também foi a faceta com a pior

avaliação. Segundo a teoria de Herzberg (2003) o vencimento não provoca satisfação, pode apenas aumentar ou diminuir a insatisfação. Por outro lado, a teoria de Lawler (1973) avalia a discrepância entre a remuneração e as responsabilidades e a experiência e o desempenho, ou seja, neste caso podemos considerar que os profissionais têm uma remuneração francamente inferior à que estavam à espera de obter. Assim, parece-nos importante refletir sobre esta situação uma vez que é preocupante o fato dos profissionais cada vez mais se sentirem insatisfeitos devido à sua situação financeira.

Noutro ponto de vista, a faceta que maior média de satisfação teve foi a faceta “coordenador” com 82,4% situando-se dentro do valor obtido por Fonseca (2014), 80,74% e por Ferreira e Antunes (2009), que foi de 80,3%. Mais uma vez, visto não existirem estudos realizados no âmbito das UCC, a comparação é sempre feita com investigações mais recentes, sobre a satisfação profissional e na área dos CSP. Assim sendo e perante os valores apresentados, podemos concluir que apesar de não haver grandes oscilações, houve uma ligeira subida ($\pm 2,4\%$) em relação aos últimos anos, o que não deixa de ser positivo, uma vez que as UCC estão organizadas ainda em pequenas equipas e lideradas por um coordenador e, segundo Passos (2001) e Santos *et al.* (2007a), o trabalho em equipa aumenta a satisfação profissional. Contudo, apesar dos valores obtidos, parece-nos importante ter em linha de conta alguns comentários que os profissionais foram deixando no questionário, no sentido de alertar para o melhoramento do espírito de entreajuda, no sentido de terem líderes de equipa que motivem mais a equipa multidisciplinar e não apenas a equipa em maior numero, como é o caso dos enfermeiros:

- “Todas as UCC(s) funcionariam melhor se houvesse um pouco mais de espírito de equipa e partilha para com os profissionais das outras áreas (para além da enfermagem)”. (197)

A satisfação com os “órgãos de gestão” ocupa, no presente estudo, o antepenúltimo lugar (50,2%). Nas sugestões efetuadas pelos profissionais, a maioria refere a necessidade de uma maior aproximação por parte dos órgãos de gestão, bem como o reconhecimento das atividades desenvolvidas. Segundo Herzberg (2003), o fato de não se ser reconhecido pelos órgãos de gestão, podem conduzir a uma diminuição da satisfação profissional, situação que também tem vindo a ser confirmada em vários estudos (Hespanhol *et al.*, 2000; Van Ham *et al.*, 2006).

Em 2009, Ferreira e Antunes obtiveram um nível de satisfação para a faceta “órgãos de gestão” de 71,3%. No estudo realizado por Matos (2012), o valor desceu significativamente para 52,5% e com Fonseca (2014), para 51,07. É notória uma grande redução na percepção da satisfação. Contudo, acaba por ser compreensível devido à evolução da crise económica por que tem passado o nosso país nos últimos anos e que tem prejudicado de alguma forma todos os setores, sendo que o da saúde não é exceção.

Em relação à “satisfação global”, que está relacionada com a atitude dos profissionais perante o trabalho, verificamos que 84,9% responderam “claro que sim” e 14,8% “provavelmente sim”, à pergunta “Recomendaria esta UCC a familiares ou amigos caso necessitasse de cuidados?”, o que significa que os profissionais têm confiança nos cuidados prestados nas UCC onde exercem funções. No entanto, quando questionados sobre se voltariam a escolher aquela UCC, se pudessem voltar atrás, 11,3% responderam “provavelmente não” e 1,4% “claro que não”. No estudo de Ferreira e Antunes (2009) esta situação foi encontrada em 5,8% dos profissionais e por Matos (2012) em cerca de 12%. Este aumento pode estar relacionado com a insatisfação com os fatores extrínsecos ao trabalho, como seja, a remuneração, as condições de trabalho, a organização do trabalho e o relacionamento com as chefias (Gomes, 1992; Herzberg, 2003).

Tal como já foi analisado anteriormente, algumas das referências feitas pelos profissionais nas perguntas de resposta aberta estão muito relacionadas com as “instalações”. Para além da falta de recursos materiais que são mencionados inúmeras vezes, a limpeza das unidades de saúde, a segurança, a organização dos espaços e as condições precárias das instalações, são outros dos aspetos muito focados nos comentários. Estes aspetos, na nossa opinião podem estar relacionados com o fato das UCC ainda não terem autonomia financeira que lhe dê capacidade para resolver rapidamente estes problemas.

De seguida iremos apresentar e analisar alguns determinantes da satisfação profissional, baseados nas hipóteses formuladas ao longo do estudo empírico, confrontando os resultados com outros estudos existentes no âmbito dos CSP, tendo sempre em linha de conta que não existe nenhum realizado sobre as UCC.

No que diz respeito aos fatores sociodemográficos, relativamente ao sexo concluímos que não há diferenças estatisticamente significativas. Contudo, o sexo masculino

apresenta maior satisfação na escala QPC (78,60% vs 80,03%) e nas facetas “recursos humanos” (66,95% vs 67,90%), “coordenação” (82,91% vs 84,25%) e “estado de espírito” (74,59% vs 76,79%). Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Fonseca (2014) para a escala QLT (71,52% vs 66,93%) e para a faceta “recursos humanos” (79,49% vs 74,42%). Por outro lado, outros estudos que utilizaram a mesma metodologia (Ferreira, 2011; Matos, 2012) obtiveram resultados que contrariam os últimos, embora em relação à insensibilidade da variável em causa, esta é coincidente ao obtido pelos estudos de satisfação profissional destes autores.

Em relação à idade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos, relativamente à satisfação, para a subescala “Política de recursos humanos” ($p=0,018$), e nas facetas “órgãos de direção e política” ($p=0,012$) e “vencimentos” ($p=0,002$), sendo que na primeira e na última os profissionais com idade entre os 55 e 64 anos se encontram mais satisfeitos (64,98% e 48,19%) respetivamente e na faceta relacionada com os órgãos de direção é o grupo etário entre os 35 e os 44 anos que apresenta um nível médio de satisfação superior (49,92%). Fonseca (2014) também não encontrou diferenças significativas para esta variável, e verificou que os profissionais com idade superior a 54 anos se encontravam mais satisfeitos do que aqueles que apresentavam idade inferior a 44 anos, em relação à escala “qualidade do local de trabalho”.

Ferreira (2011) refere que os mais novos são os mais satisfeitos e que a relação da satisfação com o vencimento é mais elevada nos mais velhos. No nosso estudo, apesar do nível de satisfação ser baixo (32,2%), também os mais velhos estão mais satisfeitos que os mais novos.

Para o estado civil não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma escala, subescala ou faceta do IASP, assim como no estudo de Fonseca (2014) e Matos (2012). Ao contrário, para o grau de escolaridade, verificámos que essas diferenças existem para a subescala PRH e faceta Recursos humanos, e para a subescala RTF e para a faceta Vencimento ($p<0,05$), sendo que em todas estas o grupo com maior nível de satisfação tem habilitações mais baixas, contrariamente ao que verificaram noutros estudos Azevedo (2012) e Matos (2012), que o nível de satisfação era mais elevado nos profissionais com maior grau de escolaridade.

No que diz respeito aos fatores organizacionais, em relação ao tipo de horário, nas escala QLT, na subescala PRH e nas facetas RH e Unidade e equipamento não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), assim como para o tipo de vínculo profissional e para o exercício de funções de chefia. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Ferreira (2011) e por Matos (2012), contudo, este apenas encontrou relação com o “tipo de vínculo profissional”. Segundo Hackman e Oldham (1980), a satisfação advém do desempenho da função e da necessidade de desenvolvimento do indivíduo, pelo que aqueles que procuram desafios, e revelam mais interesse no trabalho, estariam mais satisfeitos. Já Herzberg (2003) refere que os fatores organizacionais não estão relacionados com a satisfação mas com o evitar, ou não, a insatisfação, o que contraria de alguma forma os resultados obtidos.

Em relação à satisfação global concluímos que em regra os que responderam afirmativamente às perguntas: recomendar a UCC a amigos ou familiares, recorrer o próprio à UCC se necessitasse, e escolher de novo a UCC para trabalhar, apresentam um nível de satisfação maior relativamente aos restantes. Martinez e Paraguay (2003), explica esta situação relacionando aquilo que o profissional sente, com a opinião que tem em relação ao trabalho ou seja, os que têm maior nível de satisfação apresentam também uma atitude mais positiva.

Por fim, no que diz respeito à relação da satisfação profissional com o vencimento, as equipas e o coordenador, verificamos uma correlação positiva entre a satisfação profissional e as três variáveis, sendo que a primeira apenas explica 15,5% da variância da satisfação, enquanto que a segunda e a terceira explicam respetivamente, 52,8% e 69,3%. No estudo de Fonseca (2014) não foi considerada significativa a correlação entre a satisfação e o vencimento, uma vez que o modelo apenas explica 8,2% da variância da satisfação profissional, o que também está de acordo com o verificado por Santana e Cerdeira (2011).

Por fim, testámos o modelo que correlaciona a satisfação profissional com a satisfação com o coordenador, com as equipas e com o vencimento. Esta correlação é positiva e forte, e representa 85,3% da variância da satisfação profissional sendo, por isso, o modelo que melhor explica o nível de satisfação profissional do nosso estudo.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O nosso estudo tinha como principal objetivo avaliar a satisfação dos profissionais das UCC da ARS Centro. Assim, neste capítulo apresentaremos as principais conclusões da nossa investigação, algumas limitações encontradas, faremos sugestões para futuras investigações e apresentaremos algumas recomendações finais.

Para o processo de monitorização foi adotado o modelo conceptual do IASP, compreendendo dimensões, subdimensões e facetas, dirigindo-se o questionário a todos os setores profissionais. Num total de 489 questionários entregues, para 48 UCC e obtivemos 305 questionários com as respostas dos profissionais, a que corresponde uma taxa de resposta de 62,4%.

Os profissionais foram na sua maioria do sexo feminino (83,9%), casados ou em união de facto (77,8%), situando-se 38,2% entre os 35 a 44 anos.

Relativamente à categoria profissional, 55,4% eram enfermeiros e 44,6% pertenciam a outras categorias profissionais. Mais de metade dos inquiridos continuaria a escolher trabalhar na mesma UCC (87,3%), apenas 1,4% admitiram mudar de local de trabalho.

O nível de satisfação profissional (71,1%) é praticamente idêntico a outro estudo realizado em 2014 (71,5%), em que ambos utilizaram a mesma metodologia.

Considerando o grau de satisfação profissional e os fatores sociodemográficos, verificou-se não há diferenças significativas entre o sexo e a satisfação, embora os homens estejam mais satisfeitos que as mulheres. Em relação à idade foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos, para a subescala “Política de recursos humanos” e nas faceta “órgãos de direção e política” e “vencimentos sendo que os profissionais com idade entre os 55 e 64 anos se encontram mais satisfeitos que os mais novos.

Relativamente aos fatores organizacionais, a satisfação está relacionada com o “tipo de horário”, “tipo de vínculo”, com “exercer funções de chefia” e com o “setor profissional”. Os profissionais com “outro” tipo de vínculo, assim como os que não exercem funções de chefia são os que se apresentam mais satisfeitos. Os enfermeiros apresentam um menor nível de satisfação em relação às outras classes profissionais.

Encontrámos uma correlação pouco significativa entre a satisfação profissional e a satisfação com o vencimento, como era de esperar, uma vez que a satisfação com este é baixa.

O modelo que relaciona a satisfação profissional com a satisfação com o coordenador, com o trabalho em equipa e com o vencimento é aquele que melhor representa a satisfação profissional do nosso estudo.

Propomos de seguida algumas ideias no sentido de melhorar estudos futuros, na área da satisfação profissional.

Em relação à taxa de resposta obtida no nosso estudo (62,4%), apesar de significativa, foi inferior a outros estudos já realizados neste âmbito, como é o caso de Fonseca (2014) ou Ferreira e Antunes (2009). Foram desenvolvidos esforços no sentido de obtermos resultados muito positivos. Não só o planeamento em conjunto com a ARS Centro, e o fato de se ter procurado envolver os coordenadores das UCC, como se terem estabelecidos alguns contactos com os mesmos durante o período em que a aplicação esteve disponível para preenchimento *online*, no sentido de apelar à importância da sua colaboração para o sucesso desta investigação. Contudo, apesar de formalmente não termos tido qualquer resposta negativa no sentido de recusa à participação no estudo, ainda tivemos algumas UCC que não responderam a qualquer pergunta do questionário. Para além disso, dos que aceitaram colaborar ainda tivemos taxas de resposta inferiores ao esperado.

Assim, achamos pertinente que em estudos futuros, e visto que as UCC são unidades relativamente recentes, ainda em crescimento, que seja feita uma abordagem de sensibilização mais intensa junto das equipas multidisciplinares e dos coordenadores alertando para a necessidade de se conhecer melhor e monitorizar a satisfação já que esta constitui, um dos critérios de avaliação do SNS.

Por outro lado, achamos também que o fato de o nosso estudo ter sido realizado apenas na ARS Centro, e abrangido apenas as UCC desta região, poderá ter sido uma limitação, uma vez que não nos permite generalizar os resultados para outros contextos. Sugerimos que seja feito um novo estudo, uma vez que também ainda não existem outras investigações feitas sobre as UCC, mas de forma mais abrangente, pois seria importante e interessante perceber as potencialidades destas unidades noutras regiões do país.

Outro aspeto importante a salientar, é o fato da metodologia adotada ser um pouco limitadora, uma vez que as respostas tendem a ser mais superficiais e independentes dos contextos em que se situam os inquiridos. Apesar de relativamente a outros estudos realizados o nosso já ter duas perguntas de resposta aberta, ainda continua a ser maioritariamente um estudo com resultados de cariz quantitativo.

Apesar de todas estas limitações acreditamos que os resultados obtidos servirão para refletir sobre uma possível reorganização de recursos, no sentido de estabelecer planos de melhoria, e obter em estudos futuros opiniões mais positivas em relação às UCC e à satisfação profissional.

Para terminar, e como recomendações finais achamos importante dar ênfase aos vários comentários feitos pelos profissionais em relação a aspetos a melhorar, como sendo, as relações entre os órgãos de gestão do ACeS e as UCC; um maior reconhecimento dos profissionais que nelas trabalham, e uma maior autonomia financeira destas unidades por forma a reforçar os equipamentos, materiais e instalações. Uma das causas para muitos profissionais não terem respondido ao questionário, foi o fato de terem dificuldades em conectar-se à internet para aceder à plataforma *online* e terem de utilizar os seus computadores particulares em casa.

Por outro lado, outro aspeto importante a realçar é a baixa satisfação dos inquiridos em relação à remuneração. Sugerimos que esta seja tida em linha de conta no sentido de diminuir as discrepâncias existentes entre diferentes grupos profissionais.

Apesar da contratualização ainda não ser um aspeto muito desenvolvido nas UCC, mas visto já existirem indicadores de monitorização e acompanhamento da sua atividade, sugerimos que aquando da sua efetivação, os estudos de avaliação da satisfação profissional sejam incluídos nos seus objetivos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Adams, J. S. (1963). Towards an understanding of inequality. *Journal of Abnormal and Normal Social Psychology*, Vol. 67, pp. 422-436.

Affonso, L.; Rocha, H. (2010). Fatores organizacionais que geram insatisfação no servidor público e comprometem a qualidade dos serviços prestados. *VII SEGeT – Simpósio Excelência em Gestão e Tecnologia*.

Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 281-306). Lisboa: Mc Graw Hill.

Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, p.142-75.

Almeida, A. (2012). *Satisfação dos Enfermeiros face ao estilo de liderança*. Dissertação de Mestrado, na Especialidade de Enfermagem em Gestão de Serviços de Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Almeida, João F.; Pinto, José M. (1995). *A investigação nas ciências sociais*. 5ª ed. Lisboa: Presença.

Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.

Antun (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care service?* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Azevedo, R. (2012). *Satisfação no trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto. http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM_RosemereAzevedo.pdf [5 de Fevereiro de 2015].

Batista, V., Santos, R., Santos, P., Duarte, J. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. *Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem, II Série*(12), 57-69.

Biscaia e Amorim (2013). “A Essência das Unidades de Saúde Familiar: USF - Modelo positivo do presente e para o futuro”. 5.º Encontro Nacional das USF: Saúde, Capital do Futuro. ISCTE/Auditório Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Blegen, M. A. (1993). Nurses job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, Vol. 42, Nº 1, pp. 36-41.

Bluedorn, A. C. (1978). A Taxonomy of Turnover. *Academy of Management Review*, Vol. 3, Nº 3, pp. 647-651.

Bond, M. A.; Punnett, L.; Pyle, J. L.; Cazeca, D. & Cooperman, M. (2004). Gendered work conditions, health, and work outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 28-45.

Borda, R. G.; I. J. Norman (1997), Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 34, Nº 6, pp. 385-394.

Branco, F., Madeira, T. (2014). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal. Trabalho no âmbito do mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Butler, J.; R. J. Parsons (1989). Hospital perceptions of job satisfaction. *Nursing Management*, Vol. 20, Nº 8, pp. 45-48.

Caetano, A.. & Vala J. (1994). Estratégias de atuação organizacional. *Psicologia Social das Organizações: Estudo em organizações portuguesas*, pp.123-137. Oeiras: Celta Editora.

Carvalho, Jorge Manuel M. C. (2005). *(In)Satisfação Profissional e Burnout em Professores e Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.

Carr, K. K.; M. K. Kazanowski (1994). Factors affecting job satisfaction of nurses who work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 19, Nº 5, pp. 878-883.

Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 17, Nº 6, pp. 704-711.

Chiavenato, I. (1994). *Recursos humanos na empresa: pessoas, organizações e sistemas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas.

Clark, A. E. (1996). Job Satisfaction in Britain. *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 34, Nº 2, pp. 189-218.

Cohen, A. R.; N. Josefowitz (1980). *Effective behavior in organizations*. Homewood, IL: Richard D. Irwin.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*.16, 297-334.

Cunha, M. P.; Rego, A.; Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. (5ª ed.). Lisboa: Editora RH.

Decreto-Lei n.º 28/2008. (22/2/2008) *Diário da República n.º 38 SÉRIE I* (pp. 1182 a 1189): Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 60/2003. (1/4/2003) *Diário da República n.º 77 SÉRIE I-A* (pp. 2118 a 2127): Cria a rede de cuidados de saúde primários.

Decreto-Lei n.º 88/2005. (3/6/2005) *Diário da República n.º 107 SÉRIE I-A* (pp. 3606): Cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (*Diário da República, 1.ª Série A, Nº 109*), Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Decreto-Lei n.º 117/98. (5/5/1998) *Diário da República n.º 103/98 SÉRIE I-A* (pp. 1991 a 1995): Estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral.

Decreto-Lei n.º 157/99. (10/5/1999) *Diário da República n.º 108/99 SÉRIE I-A* (pp. 2424 a 2435): Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Decreto-Lei nº88/2005. (3/6/2005) *Diário da República n.º 107 SÉRIE I-A* (pp. 3606): Cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril (*Diário da República, 2.ª Série, N.º 74*), Estabelece os princípios informadores da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

DeVellis, R.F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.

Dias, Fátima (2012). *A motivação dos enfermeiros em tempo de crise*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia do Porto,

Dicionário Ilustrado da Língua portuguesa (2001). Porto: Porto Editora.

Direção Geral de Saúde (2010). Indicadores de desempenho das Unidades de Cuidados na Comunidade. http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/indicadores_daucc_vf.pdf [10 de Fevereiro de 2015]

Donabedian, A. (1966). *Evolution the Quality of Medical Care*. Quaterby: Millbank Memorial Fund.

Ferreira, Paulo A. C. (2001). Satisfação Profissional dos Enfermeiros do CROC Estudo Descritivo das relações com Padrões de Vinculação, Ansiedade Perante a Morte e Interesses Vocacionais. *Revista Investigação em Enfermagem*. (4), p.20-28.

Ferreira, P., & Antunes, P. (2009). Monitorização da satisfação dos profissionais das USF. Coimbra: *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)*.

Ferreira, V. (2011). *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de braga*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Universidade do Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf> [5 de dezembro de 2014]

Festinger, L. A. (1954). Theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2),117-40.

Filho, Gilsée; Lopes, Mônica (2004). “A motivação humana no trabalho: O desafio da gestão num serviço de saúde pública”. *R.Adm., São Paulo*. v39, n.1, jan./fev./mar.

Fonseca, R. (2014). *Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro - Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Furnham, A.; K. V. Petrides; C. J. Jackson ; T. Cotter (2002), “Do personality factors predict Job satisfaction?”, *Personality and Individual Differences*, Vol. 33, Nº 8, pp. 1325-1342.

Garcia, Luís M. A. (1997). O Stress no Enfermeiro, nos Primeiros Anos de Vida Profissional. *Revista Sinais Vitais*. (14), p.37-39.

Gestão de Sistemas e Infra-estruturas de Informação e Comunicação (GSIIC). (2013). Alojamento de Servidores (housing). http://www.uc.pt/ciuc/servicos_geral/servicos_inst/housing [21 de Fevereiro de 2015]

Gil, A. (2001). *Gestão de pessoas*. São Paulo: Editora Atlas.

Gomes, A. D. (1992). Formas de organização e técnicas de gestão: Análise comparativa e Níveis de análise. *Revista Portuguesa de Gestão*, II, 29-47.

Graça, L. (1999). Satisfação profissional: O melhor do SNS somos nós. <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos26.html>. [5 de dezembro de 2014]

Graça, L. (2006). *A satisfação profissional dos médicos de família no Serviço Nacional de Saúde*. Relatório de Investigação. Grupo de Disciplinas de Saúde Ocupacional. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Greenberg, J. & Baron, R. A. (1993). *Behavior in organizations: Understanding and managing the human side of work* (4ª ed.). Estados Unidos da América: Allyn and Baco.

Guimarães, R. C.; Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*, 2ª Edição. Verlag Dashöfer.

Hackman, J., & Oldham, G. (1980). *Work redesign*. Reading, Massachusetts: AddisonWesley.

Herzberg, F. (1976). *The Managerial Choice, to be Efficient and to be Human*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Herzberg, F.; Mausner B.; Snyderman (1959). *The Motivation to Work*. New York: Wiley.

Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. Oxford, England: World.

Hespanhol, A.; Pereira, A. & Pinto, A. (2000). Insatisfação profissional em medicina geral e familiar: um problema intrínseco dos médicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 16(3), 183-199.

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário (2a ed.)*. Lisboa: Sílabo.

Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário (2ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.

Hill, J. M. M.; E. L. Trist (1955), "Changes in Accidents and other Absences with Length of Service: A Further Study of their Incidence and Relation to each other in an Iron and Steel Works". *Human Relations*, Vol. 8, Nº 2, pp. 121-152.

Hinshaw, A. S.; Smeltzer, J. R. Atwood (1987), Innovative Retention Strategies for Nursing Staff. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 17, Nº 6, pp. 8-16.

Jackson, S. E. (1983). Participation in decision making as a strategy for reducing job related strain. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 68, Nº 1, pp. 3-19.

Kalleberg, A., L. (2003). Flexible firms and labor market segmentation, effects of workplace restructuring on jobs and workers. *Work and Occupations*, 30(2), 154-175.

Kamoche, K. (2001). Human resources in Vietnam: The global challenge. *Thunderbird International Business Review*, 43 (5), 625-650.

KEEF, T. Stress coping skills: an ounce of prevention in direct practice. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 2:475-82,1988.

Kvist, T.; Mäntynen, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Does Finnish hospital staff job satisfaction vary across occupational groups? *BMC health services research*, 13(1), 376.

Lakatos, E. M.; Marconi; M. A. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.

Landy, F. & Trumbo, D. (1980). *Psychology and work behavior*. Homewood: 111 Dorsey.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (*Diário da República, 1.ª Série, Nº 159*), Lei de Bases da Saúde.

Lima-Santos, N. (2004). Sociedade da informação: mudanças e desafios psicossociais no contexto sócio-laboral. In L. B. Gouveia & S. Gaio (Orgs.), *Sociedade da informação: balanço e implicações*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Locke, E. A. e R. J. Whiting (1974). Sources of satisfaction and dissatisfaction among solid waste management employees. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 59, Nº 2, pp. 145-156

Locke, E. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309-336.

Locke, E. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

Locke, E. (1986). Work motivation theories. In Cary Cooper & Ivan Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 1, pp. 1-35). New York: Willey and Sons.

Lu, H., A. E. While e K. L. Barriball (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 42, Nº2, pp. 211-227.

Lucas, J.S. (1984). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Teorias e conceitos, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, 63-68.

Madge, C. (2007). Developing a geographers' agenda for online research ethics. *Progress in human geography*, 31(5), 654-674.

Maroco, João (2011). *Análise Estatística com o SPSS*. 5.^a Edição. Edições: ReportNumber.

Martin, J. (1971). Some Aspects of Absence in a Light Engineering Factory. *Occupational Psychology*, Vol. 45, N^o 2, pp. 77-89.

Martinez, M. C. & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row Publishers.

Matos, V. M. (2012). *Monitorização da satisfação profissional num agrupamento de centros de saúde da região centro*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21497> [10 de dezembro de 2014].

McCLELLAND, D. C. (1961). *The achieving society*. Princenton, NJ, Van Nostrand.

McCloskey, J. C. (1990). Two requirements for job contentment: autonomy and social integration. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 22, N^o 3, pp. 140-143.

McGREGOR, D. M. (1960). *The human side of enterprise*. New York, McGraw-Hill.

McIntyre, T. (1994). O *stress* e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 193-200.

McNeese-Smith, D. (1995). Job Satisfaction, Productivity, and Organizational Commitment: The Result of Leadership. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 25, N^o 9, pp. 17-26.

Ministério da Saúde (2010). *Unidade de Cuidados na Comunidade: Coordenação Estratégica*. S/local. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/04_ucc.pdf [5 de dezembro de 2014].

Ministério da Saúde (2009). *Missão para os CSP. Documento de suporte à implementação das UCC*. S/local. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/doc_suporte_de_ucc.pdf [5 de dezembro de 2014].

Ministério da Saúde (2009). *Administração Central dos Serviços de Saúde e Missão Cuidados de Saúde Primários Indicadores de Desempenho das UCC*. S/local.

Ministério da Saúde. (2009). *Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. <http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/7BC7CBA8-CAFB-4BA0-8CEED214AF7316A5/0/RelatorioCSPFev2009FECHADOx300dpi.pdf> [10 de Janeiro de 2015].

Ministério da Saúde. (2004). Direção de serviços de prestação de cuidados de saúde. Comissão de acompanhamento e avaliação do RRE – Regime remuneratório experimental dos médicos de clinica geral. Relatório. Lisboa.

Mowday, R. T.; D. G. Spencer (1981). The influence of task and personality characteristics on employee turnover and absenteeism incidents. *Academy of Management Journal*, Vol. 24, N^o 3, pp. 634-642

Mullins, L. J. (2004). *Gestão da hospitalidade e comportamento organizacional*. Porto Alegre: Bookman Ed. 4^a ed.

Muñiz, J. (2003). *Teoria clássica de los tests*. Madrid: Pirâmide.

Muñiz, J.; Fidalgo, A.M.; García-Cueto, E.; Martinez, R.J. & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.

Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality: a clinical and experimental study of fifty men of college age*. New York, Oxford University Press.

Nunes *et al.* (2012). Quadro de orientação estratégica para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde - Grupo Técnico para o Desenvolvimento

dos Cuidados de Saúde Primários. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1quadrodeorientaogicaparadesenvolvimentodoscsp_2012.09.30pdf [2 de Novembro de 2014].

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill

Passos, A. (2001). Grupos e equipas de trabalho in: *Manual de psicossociologia das organizações* (pp. 335-356). Amadora: McGraw-Hill.

Paulo, G. (2003). *Satisfação dos profissionais de saúde—avaliação em dois modelos de gestão hospitalar: Adaptação e validação cultural do hospital employee judgment system*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Peres, H.H.C.; Leite, M.M.J.; Gonçalves, V.L.M. (2005). Educação permanente em saúde: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant, P. (Coord.). *Gerenciamento em enfermagem: trabalho em equipe e processo grupal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.138-56.

Pérez-Ramos, J. (1987). *Análise do esquema de necessidades, de Maslow, em diferentes categorias ocupacionais*. Assis, UNESP, p. 134.

Peter, M. A. (1994). Making the hidden obvious: Management education through survey feedback. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 24, Nº 6, pp. 13-19.

Pisco (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.16, n.6, p. 2841-2852. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000600022&lng=en&nrm=iso [8 de Outubro de 2014].

Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril (*Diário da República, 1.ª Série, Nº 77*) Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar e aos profissionais que as integram.

Portaria n.º 394-A/2012 (29/11/2012) *Diário da República nº 231, Série I, 4º Suplemento* (pp. 6832-(6832) a 6832-(6835)): Reorganiza os Agrupamentos de Centros de

Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., e revoga a Portaria n.º 274/2009, de 18 de março.

Queirós, P. J. P. (2003). O que causa mal-estar, stresse, em Enfermeiros?. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Agosto, 8, p. 3-7.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: RH Editora.

Ramos e Branco (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal, Volume Temático: 2, 2001. <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2001-t/e-01-2001.pdf> [10 de Janeiro de 2015].

Rice, A. K.; E. L. Trist (1952). Institutional and Sub-institutional Determinants of Change in Labor Turnover. *Human Relations*, Vol. 5, Nº 4, pp. 347-372.

Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2007). *Organizational behavior* (12ª ed.). New Jersey, NJ: Pearson Prentice Hall.

Sakellarides et al (2009). Acontecimento Extraordinário - Relatório do grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários. http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/070DDE8532AD4317B1746D2ED2C173F9/0/2REL_Fev09_formatado_Final.pdf [8 de dezembro de 2014].

Santos, O.; Biscaia, A.; Antunes, A.; Craveiro, I.; Júnior, A.; Caldeira, R. & Charondière, P. (2007a). Os centros de saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento atual & prioridades de reforma. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Estudo_CS_Portugal.pdf [20 de Dezembro de 2014].

Santos, D. N. (2006). *História da enfermagem: um olhar fotográfico*. Rio de Janeiro: Centro Universitário Metodista.

Satisfação no trabalho [fotografia] http://3.bp.blogspot.com/-zIHuG_GlHs/UjY1DUwWyMI/AAAAAAAAAEwM/k3ukzKZ0D4g/s1600/satisfacao-no-trabalho-size-598.jpg [20 de Junho de 2015].

Shields, M. A.; M. Ward (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intention to quit. *Journal of Health Economics*, Vol. 20, N° 5, pp. 677-701.

Sibbald, B.; Bojke, C., & Gravelle, H. (2003). National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*, 326(7379), 22.

Sousa, M. J. (1999). *Teletrabalho em Portugal: Difusão e condicionantes*. Lisboa: FCA - Editora de informática.

Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction - Application, Assessment, Causes, and Consequences*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Spurgeon, P. (1982). Fatores de absentismo e quebra de rentabilidade do pessoal de enfermagem qualificado no Serviço Nacional de Saúde. *Análise Psicológica*, Vol. 2, N° 2/3, pp. 239-254.

Steuer, R. S. (1989). *Satisfação no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis: estudo junto às enfermeiras de Maternidade Escola do Município de São Paulo*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

Steers, R. M. & Porter, R. W. (1983). *Motivation and work behavior*. 3. ed. New York, McGraw-Hill.

Taunton, R. L.; S. D. Krampitz; C. Q. Woods (1989). Manager Impact on Retention of Hospital Staff. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 19, N° 3, pp. 14-19.

Tavares, O. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Aplicação do instrumento de avaliação de satisfação profissional*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9700/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf> [10 de Janeiro de 2014].

Tavares, S. & Caetano, A. (2000). A emergência estratégica da gestão de recursos humanos. In A. Caetano (Coord.), *Mudança organizacional e gestão de recursos humanos* (pp. 13- 51). Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.

Tett, R. P.; J. P. Meyer (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analysis based on meta-analytical findings. *Personal Psychology*, Vol. 46, N° 2, pp. 259-293.

Tyssen, R.; Palmer, K. S.; Solberg, I. B.; Voltmer, E. & Frank, E. (2013). Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC health services research*, 13(516), 1- 10.

Tribet, C. W. & Rush, R. J. (1984). Theories of motivation: a broader perspective. *Quality Progress*, 17(1), 38-42.

Van Ham, I.; Verhoeven, A. A.; Groenier, K. H.; Groothoff, J. W. & De Haan, J. (2006). Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *The European journal of general practice*, 12(4), 174-180.

Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York, John Wiley.

Weiner, N. (1980). Determinants and behavior consequences of pay satisfaction: a comparison of two models. *Personnel Psychology*, Vol. 33, N° 4, pp. 741-757.

Wernimont, P. F. (1966). Intrinsic and extrinsic factors in job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 50, N°1, pp. 41-50.

Yamashati, M. (1995). Job satisfaction in Japanese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22, N° 1, pp. 158-164.

ANEXOS

**ANEXO I: IASP - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO
PROFISSIONAL**

SATISFAÇÃO EM TRABALHAR NESTA UCC



Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra



Bem-vindo/a ao inquérito de satisfação dos profissionais das UCC da Região Centro,
projeto aprovado pela ARS do Centro.

Este questionário contém perguntas que nos ajudarão a compreender a imagem que os profissionais desta Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) têm sobre esta Unidade de Saúde. 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.

Este inquérito estará acessível de 1 a 30 de abril de 2015

Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer.

Nunca ninguém poderá vir a ser identificado a partir dos resultados deste inquérito. De qualquer modo, para reforçar isso, colocámos como opcionais as perguntas referentes aos dados pessoais. No entanto, e apesar disso, gostaríamos muito que as preenchesse.

Para qualquer esclarecimento, por favor contacte o CEISUC pelo telefone 239 790 507 ou pelo endereço ceisuc@fe.uc.pt

Obrigado por partilhar connosco a sua opinião.

Existem 35 perguntas neste inquérito

DADOS SOBRE AS SUAS FUNÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

[] 1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ACeS Baixo Mondego
- ACeS Baixo Vouga
- ACeS Cova da Beira
- ACeS Dao Lafões
- ACeS Pinhal Interior Norte
- ACeS Pinhal Litoral
- ULS Castelo Branco
- ULS Guarda

[] Indique, por favor, o nome da sua UCC no ACeS Baixo Mondego. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ACeS Baixo Mondego' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC Bairradina
- UCC Cantanhede
- UCC Farol do Mondego
- UCC Montemor-o-Velho
- UCC Mortágua
- UCC Norton de Matos
- UCC S. Martinho
- UCC Soure

[] Indique, por favor, o nome da sua UCC no ACeS Baixo Vouga. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ACeS Baixo Vouga' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC Albergaria-a-Velha
- UCC Anadia
- UCC Aveiro
- UCC Cubo Mágico da Saúde
- UCC Grei
- UCC Laços de Mar e Ria
- UCC Ovar
- UCC Terras da Ria
- UCC Vagos
- UCC Vouga

[] Indique, por favor, o nome da sua UCC no ACeS Cova da Beira *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ACeS Cova da Beira' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC Belmonte
- UCC Cava Juliana
- UCC Fundão

Indique, por favor, o nome da sua UCC no ACeS Dão Lafões *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ACeS Dão Lafões' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC Aristides Sousa Mendes
- UCC Castro Daire
- UCC Mirante do Seixo
- UCC Nelas com Mais Saúde
- UCC Pena D'Alva
- UCC Santa Comba Dão
- UCC Tondela
- UCC Viseu

Indique, por favor, o nome da sua UCC no ACeS Pinhal Interior Norte *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ACeS Pinhal Interior Norte' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC AL Baiaz
- UCC Arouce
- UCC Castelo de Penela
- UCC Figueiró dos Vinhos
- UCC Góis Vive
- UCC Nabão
- UCC Pedra da Sé
- UCC Peragrande
- UCC Pinheiro dos Abraços
- UCC Por Poiares
- UCC Torre de Sinos

Indique, por favor, o nome da sua UCC no ACeS Pinhal Litoral *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ACeS Pinhal Litoral' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC Arnaldo Sampaio
- UCC D. Fuas Roupinho
- UCC Marinha Grande
- UCC Pombal

Indique, por favor, o nome da sua UCC na ULS Castelo Branco *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ULS Castelo Branco' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC Castelo Branco
- UCC Idanha-a-Nova
- UCC Sertã

Indique, por favor, o nome da sua UCC na ULS Guarda *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'ULS Guarda' na pergunta '1 [q01]' (1. Em que ACeS/ULS está inserida a sua UCC?)

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- UCC Gouveia
- UCC Seia

[] 2. Quantas horas semanais tem normalmente alocadas nesta UCC? *

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

horas por semana

[] 3. Qual o tipo de vínculo que possui? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Contrato por tempo indeterminado em funções públicas
- Contrato de trabalho em funções públicas a termo certo
- Contrato individual de trabalho por tempo certo indeterminado
- Contrato individual de trabalho a termo certo
- Outro (por favor, especifique no espaço de comentários à direita)

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 4. Desempenha funções de coordenação, de gestão ou de chefia? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

[] 5. Qual a sua categoria profissional? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Assistente Operacional
- Assistente Técnico/a
- Enfermeiro/a
- Fisioterapeuta
- Higienista Oral
- Médico/a
- Nutricionista / Dietista
- Psicólogo/a
- Técnico/a de Saúde Ambiental
- Técnico/a de Serviço Social
- Terapeuta da Fala
- Outro

[] 6. Aproximadamente há quanto tempo trabalha nesta USF? *

Por favor, escreva aqui a(s) sua(s) resposta(s):

Anos

Meses

7. Há quanto tempo exerce a sua profissão?

Por favor, escreva aqui a(s) sua(s) resposta(s):

Anos

Meses

A QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO

8. O/A COORDENADOR/A DA SUA UCC *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
A. ABERTURA Abertura e disponibilidade revelada para consigo.	<input type="radio"/>				
B. RAZOABILIDADE Justo e razoável para si e para os outros.	<input type="radio"/>				
INOVAÇÃO: permite-lhe experimentar novas formas de executar o seu trabalho.	<input type="radio"/>				
LIBERDADE: liberdade e responsabilidade que lhe é dada para tomar decisões quando necessário.	<input type="radio"/>				
ATTITUDE POSITIVA: diz quando algo é bem feito.	<input type="radio"/>				
ATTITUDE CONSTRUTIVA Diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado.	<input type="radio"/>				
INVESTIMENTO NA QUALIDADE: esforço despendido pelo/a Coordenador/a da sua UCC para melhorar a qualidade.	<input type="radio"/>				
APOIO: forma como o/a Coordenador/a o/a apoia perante os outros quando necessita.	<input type="radio"/>				
EXPECTATIVAS: informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras.	<input type="radio"/>				
CONHECIMENTOS: a experiência e conhecimentos do/a Coordenador/a sobre o seu desempenho.	<input type="radio"/>				
CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO: informação adequada e a tempo.	<input type="radio"/>				

Pense no/a Coordenador/a da sua UCC. Como é que classificaria essa pessoa nestes itens?

9. A SUA UNIDADE E O EQUIPAMENTO *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
LIMPEZA: nível de limpeza das salas de consulta, de tratamento ou outras e equipamento.	<input type="radio"/>				
SEGURANÇA: nível de segurança das salas e equipamentos (roubo, segurança física).	<input type="radio"/>				
ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO: forma como a UCC se encontra organizada para que consiga trabalhar de forma adequada.	<input type="radio"/>				
EQUIPAMENTO: disponibilidade de bom equipamento.	<input type="radio"/>				

Pense na sua UCC e no equipamento lá instalado. Como é que a classificaria nestes itens?

q10. RECURSOS HUMANOS *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
CONTINUIDADE DO PESSOAL: estabilidade da equipa da sua UCC.	<input type="radio"/>				
PROPORÇÃO HIERÁRQUICA: relação entre o número de pessoas com funções de coordenação e de supervisão e com funções de execução.	<input type="radio"/>				
NÚMERO DE PROFISSIONAIS: adequação entre o número de profissionais do serviço e a quantidade de trabalho.	<input type="radio"/>				

Pense na sua UCC e nos recursos humanos existentes. Como é que a classificaria nestes itens?

[] q11. RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPAS E PROFISSIONAIS *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
TRABALHO DE EQUIPA: forma como as várias equipas colaboram com a sua equipa.	<input type="radio"/>				
COMUNICAÇÃO: forma como é feita a comunicação entre profissionais.	<input type="radio"/>				

Pense na sua UCC e no relacionamento entre equipas e profissionais. Como é que a classificaria nestes itens?

[] q12. ESTADO DE ESPÍRITO NO LOCAL DE TRABALHO *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
DÓS OUTROS: forma como pensa ser encarado/a pelos outros pelo facto de trabalhar nesta UCC.	<input type="radio"/>				
DO SEU: forma como encara o facto de trabalhar nesta UCC.	<input type="radio"/>				

Pense na sua UCC e no estado de espírito que existe. Como é que a classificaria nestes itens?

[] q13. COMO CARACTERIZA O SEU VENCIMENTO EM RELAÇÃO... *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
... à sua responsabilidade nesta UCC	<input type="radio"/>				
... à sua experiência como profissional	<input type="radio"/>				
... ao seu desempenho nesta UCC	<input type="radio"/>				

Pense no vencimento que aufer. Como é que o classificaria nestes itens?

[] q14. ORGÃOS DE DIREÇÃO E DE POLÍTICA DO SEU ACeS *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
RECONHECIMENTO DOS ORGÃOS DE DIREÇÃO: forma como os órgãos de direção tratam, apreciam e apoiam os profissionais.	<input type="radio"/>				
COMUNICAÇÃO: forma como os órgãos de direção comunicam e dialogam com os profissionais.	<input type="radio"/>				
QUEIXAS E OBJEÇÕES: forma como os órgãos de direção lidam com as queixas dos profissionais.	<input type="radio"/>				
PLANIFICAÇÃO DE ATIVIDADES: forma como os órgãos de direção informam os profissionais acerca dos projetos e objetivos do ACeS, no seu conjunto.	<input type="radio"/>				

Pense nos órgãos de direção e de política do seu ACeS. Como é que os classificaria nestes itens?

A QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS NA SUA UCC

[] q15. QUALIDADE DOS CUIDADOS QUE ESTA UCC PRESTA AOS SEUS UTILIZADORES *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
ATENDIMENTO: facilidade no processo de atendimento dos doentes, incluindo o tempo despendido.	<input type="radio"/>				
COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS: trabalho de equipa de todos os profissionais da UCC na prestação de cuidados de saúde aos utilizadores.	<input type="radio"/>				
CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: forma como os profissionais de saúde desempenham as suas funções.	<input type="radio"/>				
SENSIBILIDADE: sensibilidade dos profissionais em relação aos problemas e preocupações dos utentes.	<input type="radio"/>				
CONDIÇÕES DAS INSTALAÇÕES: limpeza, conforto, iluminação e temperatura das salas de espera e dos sanitários.	<input type="radio"/>				
INFORMAÇÕES: forma como os utentes são informados acerca da sua doença e do tratamento.	<input type="radio"/>				
CUSTO DOS CUIDADOS: capacidade da UCC em ter informação e em controlar os custos com os cuidados prestados.	<input type="radio"/>				

Como classifica a qualidade dos cuidados que esta UCC presta aos utilizadores

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

[] q16. MELHORIA DA QUALIDADE *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Mau
MELHORIA DA QUALIDADE: esforço da sua UCC na melhoria contínua, na relação com os doentes e profissionais.	<input type="radio"/>				
BEM A PRIMEIRA VEZ: forma como a sua UCC tenta fazer bem à primeira, em vez de corrigir os erros depois.	<input type="radio"/>				
CONHECIMENTOS SOBRE QUALIDADE: forma como foi preparado/a para melhorar a qualidade no serviço.	<input type="radio"/>				
AMBIENTE DE TRABALHO: confiança e afeto que os profissionais da sua UCC têm uns pelos outros.	<input type="radio"/>				
DIMINUIR O DESPERDÍCIO: esforço desenvolvido no sentido de evitar desperdícios e repetição de tarefas.	<input type="radio"/>				
PARTILHA DE IDEIAS: encorajamento e partilha de ideias que permitam melhorar o serviço.	<input type="radio"/>				
ORGULHO DA PROFISSÃO: orgulho que sente no desempenho de funções da sua profissão.	<input type="radio"/>				
EXPECTATIVAS NA QUALIDADE: compreensão da missão e dos objetivos da sua UCC e as suas expectativas de qualidade.	<input type="radio"/>				

Como classifica a forma como a sua UCC está a caminhar na melhoria da qualidade

SATISFAÇÃO GLOBAL

[] q17. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

[] q18. Recomendaria os serviços desta UCC a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

[] q19. Recorreria a esta UCC caso necessitasse de cuidados? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

[] q20. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta UCC para trabalhar? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

q21. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados por esta UCC e a sua qualidade como local de trabalho?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

DADOS PESSOAIS

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

q22. Qual o seu local de residência?

Por favor, escreva aqui a(s) sua(s) resposta(s):

Localidade	<input type="text"/>
Concelho	<input type="text"/>
Distrito	<input type="text"/>

q23. Qual é o seu sexo?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino
 Masculino

q24. Qual é a sua idade?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

anos

q25. Qual é a sua situação familiar?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Casado/a ou em união de facto
 Solteiro/a
 Viúvo/a
 Divorciado/a
 Separado/a

[] q26. Que grau de ensino é que completou?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Ensino Básico (até ao 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro (por favor, especifique no espaço de comentários à direita)

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

COMENTÁRIO FINAL

[] q27. Há mais algum comentário que queira acrescentar?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

Submeter o seu inquérito
Obrigado por ter concluído este inquérito.

ANEXO II: INST. (INSTALAÇÕES)

Referências:

Inst.1: “Local de trabalho no mesmo edifício das equipas de saúde e não a 4 km de distância entre a UCC e as outras unidades funcionais”

Inst.2: “Equipamento informático e mobiliário novo bem como aquecimento no edifício”

Inst.3: “Mais recursos materiais, nomeadamente uma viatura de serviço, aquecedores ou outro tipo de aquecimento das salas de trabalho, porque o que existe é insuficiente”

Inst.4: “Existir telefone com linha direta ou telemóvel”

Inst.5: “Existir 1 computador para cada profissional”

Inst.6: “Existir viatura; Instalações velhas, desconfortáveis, frias, espaço partilhado por todos - que não favorece a concentração e rendimento de tempo”

Inst.7: “Adequar convenientemente o transporte dos profissionais na realização das atividades no domicílio e comunidade”

Inst.8: “Recursos materiais insuficientes;

Inst.9: “A falta de equipamentos, viaturas de serviço e recursos materiais compromete a qualidade dos serviços prestados por esta UCC e o normal cumprimento do seu plano de ação”

Inst.10: “A qualidade como local de trabalho poderia ser melhorada com a dotação dos materiais solicitados aos ACES e que comprometem o normal funcionamento da UCC, nomeadamente carro de serviço para VD, impressoras a cores, equipamentos de eletroterapia portáteis, telefone portátil, guilhotina, folhas de vários tipos, entre outros”

ANEXO III – P/RH (PROFISSIONAIS/RECURSOS HUMANOS)

Referências:

P/RH1: "Aumento do número de profissionais a trabalhar na UCC"

P/RH2: "Mais recursos humanos"

P/RH3: "Alocar mais profissionais de diferentes áreas de intervenção MOTIVADOS para trabalhar numa unidade com estas características"

P/RH4: "Mais formação/orientação na área da investigação, para a podermos fazer e mostrar os ganhos em saúde que vamos obtendo com os vários projetos"

P/RH5: "Afetação de recursos humanos em termos de horas e de outras áreas profissionais indispensáveis a uma boa prestação de cuidados"

P/RH6: "Aumentando o nº de enfermeiros a tempo inteiro"

P/RH7: "AUMENTAR O Nº DE HORAS AFETAS A ESTA UNIDADE"

P/RH8: "Coma alocação de mais recursos humanos à UCC, e maior disponibilidade de tempo dos profissionais que já executam funções na UCC"

P/RH9: "Espírito de entreaajuda entre os profissionais"

P/RH10: "Melhor ambiente entre os elementos da UCC. Menos individualismo"

ANEXO IV – OG (ÓRGÃOS DE GESTÃO)

Referências:

OG1:” Há tarefas que estão a ser desempenhadas pelos enfermeiros que poderiam ser feitas por este elemento deixando maior disponibilidade para a prestação de cuidados”

OG2: “Melhorando os processos de comunicação entre o ACES e as diferentes unidades”

OG3: “Melhorar os serviços prestados por esta UCC, seria por exemplo e claro, na minha opinião de técnica, criar projetos mais multiprofissionais e cada vez mais de acordo com as reais necessidades da população abrangida”

OG4: “Cumprimento da carga horaria alocada à UCC, por parte de alguns profissionais”

OG5: “Possibilidade de um fundo de maneo que nos permitisse realizar atividades de baixo custo”

OG6: “Reconhecimento da importância da UCC por parte dos restantes profissionais”

OG7: “Falta de RECONHECIMENTO do trabalho desenvolvido, pelos dirigentes e pelos profissionais das outras unidades funcionais, estes "competem" pelos doentes e "boicotam" o seu encaminhamento (receio de não cumprirem os seus objetivos/indicadores??”

OG8: “Melhorando as relações de comunicação entre os profissionais da equipa, com aumento também do espírito de trabalho e interajuda”

OG9: “Reconhecimento ao empenho dos profissionais na formação da unidade e ao início de atividade sem a contemplação de recursos”

OG10: “Discussão dos objetivos concretizados ou não, dificuldades e novas estratégias”

ANEXO V – VENC. (VENCIMENTOS)

Referências:

Venc.1: “Melhores vencimentos”

Venc.2: “Atribuição de vínculos definitivos aos colaboradores da UCC Castelo Branco”

Venc.3: “Reforço dos Recursos Humanos e estabilidade laboral dos profissionais”

Venc.4: Consolidar a mobilidade dos profissionais em situação de Precariedade dos vínculos laborais”

Venc.5: “Resolução dos vínculos laborais”

Venc.6: “É desejável a harmonização de todas as condições laborais, designadamente incentivos salariais, entre todos os profissionais independentemente da Unidade Funcional do ACES em que exercem as suas funções”

Venc.7: “Reforçar o descontentamento em exercer funções de especialista e não ser remunerada como tal”

Venc.8: “Se algumas USF têm incentivos, porque não as UCC terem também??”

Venc.9: “O facto de haver diferenças entre USF e UCC, na questão dos incentivos monetários devia ser resolvida”

Venc.10: “Sou Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Comunitária, a desenvolver atividades como tal, estaria muito mais satisfeita e motivada se fosse reconhecida como tal”

ANEXO VI – QUEST. (QUESTIONÁRIO)

Referências:

Quest.1: “Questão do anonimato que não parece assegurado para efeitos de confidencialidade”

Quest.2: “Questionário sem nada confidencial. Era mais correto pedir para assinar”

Quest.3: “Um questionário sendo anonimo não deveria colocar questões de resposta obrigatória, tais como a UCC a que pertence (zona/local) e concomitantemente a profissão, dado que em áreas específicas é óbvio existir apenas um profissional a colaborar”

Quest.4: “Este tipo de trabalho/questionário - conhecimento da satisfação dos profissionais - poderia ser reproduzido para avaliar a satisfação dos utentes e da própria comunidade”

ANEXO VII – COM.N/P (COMENTARIOS NEUTROS/POSITIVOS)

Referências:

COM.N/P1: “Tem de haver uma grande aposta nestas unidades”

COM.N/P2: “Só um reforço positivo no sentido de desejar que num futuro próximo venha a existir um crescimento profissional e pessoal nos profissionais desta e de qualquer UCC”

COM.N/P3: “Quero muito continuar a Lutar pela UCC e pela missão que nos rege, fundamental para as mudanças em saúde na população e tão necessária à melhoria global da qualidade da saúde da nossa comunidade com os respetivos ganhos em saúde”

COM.N/P4: “Investir nas UCC é investir na promoção da saúde e na prevenção da doença que não tem sido a prioridade do SNS”

COM.N/P5: “Obrigada pela oportunidade que me deram para participar. Bom sucesso e que se apliquem e se desenvolvam os vossos resultados da melhor forma para todos”

COM.N/P6: “É muito importante que se faça este tipo de estudo e que se repita no futuro”

COM.N/P7: “É uma equipa pequena mas que tenta fazer o melhor trabalho”

COM.N/P8: “Espero que este questionário seja para ter uma noção do que se passa nos serviços e para proporcionar a melhoria contínua da sua qualidade”

COM.N/P9: “É difícil manter motivação para exercer da melhor forma possível a prestação de cuidados, mas o esforço é feito e os utentes manifestam agrado pela nossa atividade”

COM.N/P10: “Desejo que a UCC Figueiró dos Vinhos continue com o seu trabalho dignificante, em prol da comunidade, como tem vindo a acontecer desde que foi criada”